

MATERIAŁY SZKOLENIOWE

Szkolenie pt.

„Praca z dzieckiem po traumie, przebywającym w pieczy zastępczej”

grudzień 2015

I dzień

1. Trauma jako doświadczenie zdarzenia skrajnie urazowego. Rodzaje zdarzeń traumatycznych. Czynniki wywołujące traumę.

Katastrofy

Definicje katastrof

- Światowa Organizacja Zdrowia
- Czerwony Krzyż i Czerwony Półksiężyc
- Definicja medyczna
- Definicja socjologiczna
- Definicje psychologiczne

Zdarzenia masowe i katastrofy wg medycyny katastrof

- katastrofy
- wypadek masowy
- wypadek mnogi
- wypadek jednostkowy

Zadaniem medycyny katastrof jest wypracowanie takich procedur by wypadek mnogi nie przeobrażał się niepotrzebnie w masowy, a wypadek masowy w katastrofę dla lokalnego systemu ochrony zdrowia.

Podział katastrof ze względu na ich przyczyn wg WHO

Naturalne, wywołane siłami przyrody – powodzie, susze, upały, mrozy, huraganowe wiatry, śnieżyce, trzęsienia ziemi, itd.

Spowodowane przez człowieka – techniczne i społeczne – katastrofy budowlane, pożary w budynkach publicznych, masowe wypadki komunikacyjne, skutki zamieszek społecznych czy paniki podczas dużych zgromadzeń.

Wśród katastrof spowodowanych przez człowieka rozróżniamy katastrofy te które wywołane są jego błędem czy zaniechaniem bądź nieuwagą i te które spowodowane są intencjonalnie.

Do zdarzeń katastrofalnych intencjonalnych należą konflikty zbrojne, zamachy terrorystyczne z użyciem materiałów wybuchowych i materiałów niebezpiecznych (biologicznych, chemicznych, radiacyjnych).

Psychologiczne definicje zdarzenia traumatycznego

DSM 4 Sytuacja zagrażająca życie i dodatkowo wywołująca silne reakcje emocjonalne

R. Janoff Bullmann, naruszenie podstawowych przekonań o świecie, o nienaruszalności własnej osoby, o przewidywalności świata, o własnej wartości

R. Lifton, sytuacja w której człowiek doświadcza naruszenia ciągłości życia

M. Horowitz, każde nieoczekiwane doświadczenie niemożliwe do zasymilowania przez dany system

Gurris, Fischer, Riedesser, przeżycie dramatycznej różnicy pomiędzy sytuacją zagrożenia a możliwością sprostania jej z równoczesnym odczuciem bezradności i opuszczenia, które skutkuje zmianą postrzegania własnej osoby i obrazu świata

Zjawisko potencjalnie urazowe (PTE)

Wg. Ronnie Janoff-Bullman, jest to zdarzenie niezwykle oraz spostrzegane wprost jako niosące zagrożenie dla życia i ochrony siebie samego. Podczas zajścia takiego zdarzenia człowiek nosi w sobie przekonanie, że on sam lub ktoś mu bliski zmierza ku śmierci. Trauma dotyka wszystkich wymiarów człowieka: jego ciała, umysłu i ducha. Zdarzenie traumatyczne zachodzi na poziomie fizjologicznym, emocjonalnym i poznawczym, ma również głęboki wpływ na duchowość człowieka.

- Nagłość i niespodziewaność
- Spostrzegana utrata kontroli
- Niezwykłość zdarzeń
- Długotrwałe następstwa i problemy
- Samoobwinianie
- Wpływ kryzysu a wiek rozwojowy/etap życia

Trauma interpersonalna

Trauma w bliskich relacjach

- wczesnodziecięca trauma, teoria przywiązania Bowlby`ego jako teoria traumy
- zespoły zaburzeń więzi
- chroniczne doświadczenie traumatyczne – zaniedbanie
- przemoc fizyczna i emocjonalna
- bycie świadkiem przemocy wobec osób znaczących
- psychopatologiczne zaburzenia u rodziców/opiekunów
- wykorzystanie seksualne
- alkoholizm lub inne uzależnienie w rodzinie
- traumatyczne utraty

Trauma ze strony obcych

- napaść, pobicie
- porwanie
- molestowanie, nadużycie seksualne
- gwałt
- przemoc rówieśnicza, doświadczanie bullingu
- inne niespodziewane, porażające, wywołujące wstrząs wydarzenia

2. Charakterystyka traumy dziecięcej.

Formy reakcji na uraz - fizjologiczne mechanizmy regulacyjne i ich skutki.

Ogólny zespół adaptacyjny:

- Faza alarmowa – fizjologia
- Faza odporności – zróżnicowanie indywidualne
- Faza wyczerpania – zróżnicowanie indywidualne

Reakcja na stres traumatyczny, a upływ czasu

- Pierwsze 8 godzin do 2 dni naturalna reakcja- stres incydentu krytycznego
- 2 – 28 – 30 ostra reakcja na stres lub ostre zaburzenie stresu traumatycznego
1 – 3 miesiące, ostry zespół stresu pourazowego
- Powyżej 3 miesięcy – przewlekły zespół stresu pourazowego
- Pierwsze objawy po upływie 6 miesięcy – odroczonego zespół stresu pourazowego

Trwała zmiana osobowości wg ICD - złożony zespół stresu pourazowego (stwierdzone cechy osobowości nie występowały przed wydarzeniem stresowym i utrzymują się co najmniej 2 lata)

Ostra reakcja stresowa (stres incydentu krytycznego) CIS

- Szok , dezorientacja i odrętwienie psychiczne
- Zaprzeczenie
- Automatyzacja działań

Kryteria diagnostyczne zespołu ostrego stresu (ASD)

Doświadczenie zdarzenia, istotnie dystresującego dla każdej osoby oraz zawierało śmierć lub zagrożenie śmiercią lub poważnym zranieniem, lub też zagrożeniem fizycznej spójności siebie oraz innych.

Wynikiem tego doświadczenia były doznania intensywnego strachu, porażenia lub bezradności.

Stwierdzenie występowanie czterech szerokich kategorii objawów:

- Objawy dysocjacyjne
- Objawy lękowe
- Objawy ponownego przeżywania traumatycznego zdarzenia
- Objawy unikania wspomnień o zdarzeniu

Proces adaptacji do traumy wg. Everstine

Fazy wydarzenia traumatycznego

I. Przed wydarzeniem

- Kontekst życia
- Świadomość zagrożenia
- Nieuchronność

II. Wydarzenie

III. Bezpośrednio po wydarzeniu krytycznym

3. Konsekwencje urazów psychicznych i fizycznych na rozwój dziecka.

Trauma powoduje istotne i trwałe szkody w psychicznym i fizycznym rozwoju dziecka

- utratę zdrowia i sprawności fizycznej, okaleczenie, niepełnosprawność
- poczucie bezradności
- utratę bezpieczeństwa
- bezbronność
- utratę panowania nad sytuacją
- objawy-zaburzeń psychopatologicznych
- reaktywne zaburzenia przywiązania
- problemy w kontaktach społecznych
- kłopoty z nauką i zachowaniem
- zachowania autodestrukcyjne
- poważne trudności w funkcjonowaniu w życiu dorosłym
- szansa na pozytywne zmiany na skutek negatywnego zdarzenia urazowego

4. Objawy typowe dla traumy jednorazowej i chronicznej.

Ostry incydent traumatyczny

Naturalna reakcja emocjonalna w sferze:

- emocjonalnej
- poznawczej
- fizjologicznej

Trauma chroniczna

- Niestabilność fizjologiczna i emocjonalna
- Zaburzenia w zakresie koncentracji i uwagi
- Zaburzenia typowe dla PTSD
- Zaburzenia w samoocenie i relacjach
- transpokoleniowy charakter traumy

5. Trauma relacyjna, trauma kumulacyjna

Style przywiązania, odnoszące się do typów wczesnej więzi a występowanie zaburzeń emocjonalnych:

- styl przywiązania oparty na poczuciu bezpieczeństwa
- styl przywiązania lękowo-ambiwalentny
- styl przywiązania unikający
- styl przywiązania lękowo-zdezorbnizowany

Istotą relacji przywiązania jest ochrona

Relacja przywiązania umożliwia pozostawanie w bliskości fizycznej i emocjonalnej, co przekłada się na poczucie bezpieczeństwa

Funkcje przywiązania

- biologiczna jako szansa na przetrwanie
- psychologiczna jako ochrona i bezpieczeństwo

Potrzeba przywiązania jako potrzeba wrodzona

Dwustronność aktywności w przywiązaniu

Wzajemność w relacji (dostrojenie fizjologiczne)

Zależność efektywna i nieefektywna

Cechy i specyfika przywiązania:

- selektywność wiązania
- fizyczna bliskość
- poczucie bezpieczeństwa
- lęk separacyjny

Trauma relacyjna w wyniku:

- braku więzi (częsta zmiana opiekunów , skrajne zaniedbania)
- zerwanie lub utrata więzi
- nadużycie
- zaniedbanie

Zaburzenia selektywności przywiązania

Reaktywne zaburzenia przywiązania

Trauma kumulacyjna pojedyncze doświadczenia nie są traumatyzujące

Chroniczny stres wynikający z relacji oraz zaburzenia regulacji emocji dziecka na skutek:

- nadmiernego zaangażowania opiekunów
- silnych negatywnych emocji (złość, gniew, wrogość)
- konflikt między rodzicami

II dzień

1. Czynniki predysponujące do wystąpienia zaburzeń po traumie u dzieci zależnie od wieku.

Czynniki indywidualne

- Młodszy wiek
- Poziom rozwoju
- Dziewczynki
- Wrodzony brak odporności
- Wyuczone nie przystosowawcze strategie radzenia sobie
- Brak zewnętrznego źródła wsparcia fizycznego, emocjonalnego i społecznego
- Częstość występowania zdarzeń traumatycznych w historii życia dziecka
- Powszechność występowania objawów zaburzeń stresu pourazowego
- Traumatyczne utraty i ich powtarzalność PTSD
- Przekaz pokoleniowy na drodze wychowania i doświadczeń społecznych
- Rodzaj podatności na wystąpienie zespołu zaburzeń pourazowych
- Odroczone reakcje pourazowe
- Długi czas wystawienia z na czynniki traumatyzujące
- Intencjonalność ranienia przez osoby bliskie
- Izolacja społeczna

Trauma wczesnodziecięca w wyniku zaburzeń przywiązania

Zachowania przywiązaniowe

- Behawioralny system przywiązania jako system motywacyjny uruchomiany w sytuacji zagrożenia wobec możliwości osiągnięcia bliskości obiektu przywiązania
- Wiąz przywiązaniowa jako relacja jakości pomiędzy bliskimi osobami
- Wewnętrzny model roboczy przywiązania jako schemat poznawczy wiedzy na temat siebie i innych – prototyp przyszłych relacji

Zachowania przywiązaniowe zależą od:

- wieku
- kompetencji poznawczych i behawioralnych
- kondycji psychofizycznej
- sytuacji zewnętrznej

Fazy rozwoju przywiązania wg Johna Bowlby'ego

I. od 0 do 12 tygodnia życia
przed – przywiązanie

II. od 4 do 6 miesiąca życia
przywiązanie w trakcie tworzenia

III. od 7 miesiąca do 2,5 roku życia
wyraźne ukształtowanie przywiązania

IV. od 2,5 roku życia ustanowiony związek ze względu na cel

Zachowania sygnałowe we wczesnym rozwoju dziecka

- płacz
- orientacja na uzyskanie uwagi
- poszukiwanie bliskości- utrzymanie uwagi i bliskości

Skutki braku bezpiecznego przywiązania

- zaburzenia rozwoju i zaburzenia zachowania np. nieprzystosowanie społeczne
- działania dzieci w kierunku budowania pozornego poczucia bezpieczeństwa i ważności np. związki przemocowe
- zastępcze formy odreagowania urazów i frustracji np. zachowania ryzykowne
- nadużywanie środków psychoaktywnych, uzależnienia

Zespoły zaburzeń więzi – kryteria diagnostyczne wg Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego

- znaczne zaburzenia i nieodpowiednie pod względem rozwoju nawiązywanie kontaktów społecznych w większości kontekstów
- brak kryteriów dominującego zaburzeń rozwoju
- początek przed 5 rokiem życia
- historia poważnego zaniedbania
- brak obiektu przywiązania

Koncepcja odporność na traumę (resilience) jako ważna perspektywa myślenia o tworzeniu strategii pomagania i wsparcia dla dzieci doświadczających traumy

Czynniki chroniące przed zaburzeniami pourazowymi:

- silna więź z opiekunem, dobre relacje z dorosłą osobą znaczącą, autorytetem
- zaangażowanie w grupach społecznych, towarzyskość
- nadanie sensu i znaczenia zdarzeniu urazowemu
- poczucie sprawczości i mocy

- elastyczność i sprężystość emocjonalna
- starszy wiek
- ogólne dobre funkcjonowanie: intelektualne, emocjonalne, wysoka samoocena, uzdolnienia, atrakcyjność, optymizm, przyjaźnie
- poczucie ciągłości w wymiarze poznawczym, pełnionych ról, społecznym i personalnym

2. Reakcje dzieci na stres traumatyczny w zależności od wieku.

Specyficzne dla wieku rozwojowego reakcje dzieci na katastrofę wg Farberrow i Gordon:

Wiek przedszkolny

- płacz
- ssanie kciuka
- utrata kontroli nad czynnościami jelit i pęcherza
- lęk przed samotnością/przed obcymi
- łatwość irytacji
- zmieszanie
- lgnięcie do innych
- apatyczność

Młodszy wiek szkolny

- bóle głowy i inne dolegliwości somatyczne
- depresja
- zmieszanie
- trudności w koncentracji
- niezadawalające wykonywanie poleceń
- agresja fizyczna
- unikanie rówieśników

Pre i adolescenci

- bóle głowy i inne dolegliwości somatyczne
- depresja
- zmieszanie
- niezadawalające wykonywanie czynności
- zachowania agresywne i autoagresywne
- wycofywanie się i izolacja

Konsekwencje braku bezpiecznego przywiązania u małych dzieci:

- Unikanie kontaktu wzrokowego
- Brak spontanicznego uśmiechu
- Brak prób inicjowania kontaktu

- Brak reakcji na próby uspokojenia
- Brak zainteresowania bliską obecnością opiekuna
- Brak zainteresowania zabawami
- Nie obserwuje i nie reaguje na otoczenie
- Gwałtowny płacz bez przyczyna
- Samouspakajanie się

U starszych dzieci pojawiają się trudności:

- Emocjonalne
- Społeczne
- Zdrowotno-medyczne
- Kłopoty z nauką i zachowaniem

Zaburzenia więzi u dorosłych

Niepokój przywiązaniowy – poziom niepokoju, lęku związany z brakiem zaufania do bliskich

Unikanie – poziom unikania bliskości, zależności od bliskich, poleganie na samym sobie

Reaktywne zaburzenia przywiązania – typ zahamowany cechuje się brakiem możliwości nawiązania lub odpowiedzi na interakcje społeczne zgodnie z etapem rozwoju

Zaburzenia selektywności przywiązania – typ odhamowany wiąże się z bezrefleksyjną towarzyskością i poufałością z nieznanymi

3. Specyfika objawów zaburzeń u dzieci wynikających z doświadczenia traumy

Objawy pourazowe występujące u dzieci po doświadczeniu traumatycznym:

- fizjologiczne reakcje oparte są na biologicznych instynktach i pozostają zwykle poza kontrolą dziecka, charakteryzują się one odczuwaniem szoku, dezorientacji oraz porażenia. Jest to następstwem fizycznego pobudzenia uruchomionego przez instynkt. Neurobiologiczne reakcje mózgowe spowodowały wyrzut hormonów tych informujących o zagrożeniu i tych mobilizujących do ochrony. Reakcje fizjologiczne są przyspieszone, po czym dochodzi do wyczerpania na skutek pozbywania się przez organizm zbędnych substancji rozchodzących się po ciele. Może dojść do wymiotów, defekacji. Percepcja zmysłowa jest zaburzona;
- afektywne objawy pourazowe to przede wszystkim lęk, depresja, gniew, dysregulacja emocji w zakresie zmienności nastrojów, jak również zmniejszona tolerancja w znoszeniu negatywnych stanów emocjonalnych, emocje jak na „diabelskim młynie”, trudności w przeżywaniu, uwalnianiu i odreagowaniu ich, ale także dzieci mogą odczuwać pustkę i nicość emocjonalną;

- behawioralne objawy pourazowe powodują strategie na przetrwanie, zachowania mogą być automatyczne, często nieracjonalne w celu uniknięcia krzywdzenia nadmierny spokój lub płacz, izolowanie się, unikanie kontaktów rówieśniczych, odczuwanie bycia innym, zasługującym na krzywdzenie, może prowadzić do odrętwienia emocjonalnego, czy dysocjacji, zgeneralizowany lęk prowadzi do zachowań unikowych;
- poznawcze objawy pourazowe jako pierwsze objawy reakcji pourazowej to zwykle szok, niedowierzanie, zaprzeczenie traumatycznemu wydarzeniu, umysł próbuje ogarnąć wydarzenie i zinterpretować je. Następuje zniekształcenie rzeczywistości, ale także zniekształcone myślenie o sobie i innych. Jeśli dziecko w swoich przekonaniach nie wzięło odpowiedzialności za zranienie na siebie, a zatem nie czuje się winne, to odczucie wstydu i przekonania, że czymś zasłużyły na wyrządzoną krzywdę powoduje, że mogą rozumieć świat jako przewidywalny i sprawiedliwy;
- złożony obraz PTSD dotyczy powtarzających się i długotrwałych doświadczeń traumatyzujących i objawia się zmianami w zakresie regulacji procesów emocjonalnych i popędowych w tym między innymi tendencji samo destrukcyjnych, zachowań samobójczych, a także zmianami w zakresie procesów uwagi lub świadomości skutkującymi amnezjami i zwiewnymi epizodami dysocjacyjnymi i depersonizacji. Występowaniem somatyzacji jak również zmian w zakresie spostrzegania samego siebie i sprawcy krzywdzenia, zmianami w relacji z innymi, w tym podatność na dalsze zranienia lub ranienie innych, konfliktowość. Następują również zmiany w systemie sensu i znaczenia wydarzenia urazowego, rozpacz i utrata nadziei.
- psychobiologiczne następstwa urazu powodują trwałe strukturalne zmiany i uszkodzenia w mózgu, co przekłada się na adaptacyjne funkcjonowanie dzieci i dalsze problemy rozwojowe w zakresie ich psychofizjologicznego funkcjonowania. Funkcje i struktura mózgu pozostaje w zależności z przeżyciami, emocjami, myślami i zachowaniami dziecka. Jednocześnie aktualna wiedza na temat dynamiki fizycznej struktury mózgu w zależności od jego funkcjonowania w obliczu podwyższonego poziomu stresu traumatycznego, pozwala na sensowne stosowanie skutecznych tradycyjnych jak i nowych technik pomagania w sytuacji urazów psychicznych;

Uwzględnienie specyfiki żałoby traumatycznej u dzieci

- żałoba typowa przebiegająca prawidłowo – dziecko otrzymuje prawidłową opiekę po stracie rodzica/opiekuna. Oczekiwane i trafne wsparcie i adekwatna pomoc umożliwia rozpoczęcie przeżywania utraty w bezpiecznej dla dziecka sytuacji, przy pomocy i ułatwieniu ekspresji uczuć, jak również psychoedukacji na temat możliwych reakcji emocjonalnych na skutek trudności adaptacyjnych w żałobie;
- żałoba atypowa powiązana z objawami reakcji i zaburzeń pourazowych odroczone przeżywanie utraty z powodu ostrej reakcji pourazowej nasilone emocje negatywne, dramatyczne okoliczności śmierci rodziców/opiekunów, uruchomienie działań dochodzeniowo –śledczych, brak, w tej sytuacji, odpowiedniej opieki dla dziecka, powoduje zatrzymanie przeżywanie adekwatnych uczuć adaptacyjnych do utraty.

Weryfikacja doniesień z aktualnych badań dotyczących czasu trwania żałoby tej o typowym przebiegu jak i traumatycznej nie określa prawidłowości w długości jej trwania. Jednak praktyka pokazuje, że w obliczu utraty w traumatycznych okolicznościach czas pożegnania bliskiego i pogodzenia się z jego stratą trwa znacznie dłużej, czasem całe życie. Brak szybkiej bądź profesjonalnej pomocy często w traumatycznej żałobie może skutkować pojawieniem się psychopatologicznych objawów u dzieci w żałobie po bliskim.

4. Zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania u dzieci po traumie w zestawieniu z innymi typami zaburzeń.

Diagnoza innych zaburzeń psychicznych współwystępujących z traumą:

- problemy poznawcze - nie adaptacyjne sposoby myślenia na swój temat, innych osób, nierzeczywista ocena sytuacji, zniekształcenie i nie konstruktywność w zakresie myślenia;
- problemy w relacjach - nie podtrzymywanie i trudności w dobrych kontaktach rówieśniczych, brak zaufania, trudności interpersonalne, nadwrażliwość, słabe umiejętności społeczne i w rozwiązywaniu problemów, nieadaptacyjne sposoby zawierania znajomości;
- problemy emocjonalne - niskie umiejętności w radzeniu sobie z własnymi emocjami, znoszenia negatywnych własnych emocji takich jak strach, lęk, smutek, gniew, złość, brak możliwości samouspokojenia się;
- problemy w rodzinie - zaburzone relacje między dzieckiem i rodzicami/opiekunami, zaburzenia więzi, słabe kompetencje wychowawcze, zła komunikacja, zrywane relacji z powodu różnych form przemocy, ogólnie złe funkcjonowanie rodziny;
- problemy wywołane traumą - polegające na unikaniu bodźców związanych z traumą, powielanie zachowań wywołanych zranieniem, seksualnych, agresywnych, sprzeciwu, podejmowanie zachowań ryzykownych;
- problemy somatyczne - nadmierne pobudzenie fizjologiczne, zaburzenia snu, napięcie fizyczne, bóle brzucha, głowy, mięśniowe, podwyższona czujność na sygnały przypominające traumę;

Patologiczna opieka nad dzieckiem.

Minimum jedno z kryterium:

- Uporczywe lekceważenie podstawowych potrzeb dziecka w zakresie komfortu, stymulacji rozwoju, potrzeby miłości
- Uporczywe lekceważenie podstawowych potrzeb fizjologicznych
- Stałe zmiany głównego opiekuna uniemożliwiający tworzenia się stabilnych relacji więzi

III dzień

1. Pomoc okołotraumatyczna.

W ostrym zdarzeniu urazowym

- czas, niezwłoczny początek
- koncentracja na aktualnej sytuacji
- szybkie diagnozowanie stanu psychicznego i sytuacji (tzw. ostry kryzys)
- ograniczenie celów działania
- rozładowanie napięcia emocjonalnego (odreagowanie)
- wsparcie emocjonalne
- zrozumienie reakcji jako naturalnej
- aktywność i dyrektywność terapeuty
- elastyczność metod oddziaływania
- uruchomienie i współpraca z siecią wsparcia

Pierwsza Pomoc Psychologiczna

- Bezpieczeństwo i ochrona
- Wentylacja i walidacja
- Przewidywanie i przygotowanie
- Przepracowanie.
- Psychoedukacja

Interwencja kryzysowa

Interwencja kryzysowa wg D.C Aguilera to oddziaływanie terapeutyczne, którego minimalnym celem jest psychologiczne rozwiązanie kryzysu i przywrócenie przynajmniej poprzedniego poziomu funkcjonowania, zaś celem maksymalnym jest poprawa funkcjonowania ponad poziom sprzed kryzysu.

Terapia kryzysu traumatycznego

Krótkoterminowe działania o walorach terapeutycznych

- ocena dalszych zagrożeń
- minimalizowanie odległych skutków traumy
- towarzyszenie, wzmacnianie i potrzymanie

2. Budowanie strategii wychowawczej wspomagającej powrót dziecka do równowagi, szczególnie w przypadku dziecka przebywającego w pieczy zastępczej.

Pomocne postawy wychowawcze w sytuacji doświadczenia traumatycznego dziecka

- Zapewnienie bezpieczeństwa!!!
- Ochrona
- Ułatwienie zwerbalizowania zdarzenia i wentylacji uczuć
- Uznanie reaktywność objawów
- Zrozumienie przeżyć
- Empatyczne wysłuchanie relacji treści traumatycznych
- Nie ocenianie
- Okazanie współczucia
- Normalizacja przeżyć
- Przewidywanie i przygotowanie do dalszych następstw doświadczenia
- Przepracowanie
- Psychoedukacja

Bezpieczna więź jako czynnik chroniący

- prawidłowy rozwój dziecka
- kształtowanie się zintegrowanej, dojrzałej osobowości
- zdolność do budowania bliskich intymnych związków
- rozbudzanie w bezpiecznych warunkach aspiracji i ambicji osobistych i zawodowych
- ochrona przed zagrożeniami przemocą, uzależnieniem, czy ryzykownym zachowaniem seksualnym
- Systemowa praca z rodzicami i dziećmi
- Niwelowanie przyczyn zaburzeń przywiązania
- Rozwijanie umiejętności rodzicielskich

Badanie skuteczności udzielanej pomocy-ewaluacja

- Ocena bezpieczeństwa dziecka
- Wsparcie rodziny
- Psychoedukacja
- Interwencje psychoterapeutyczne
- Monitorowanie
- Leczenie dzieci

3. Metody pracy z dzieckiem, które doświadczyło traumy.

Podejścia teoretyczne

- Behawioralne koncentruje się na zmianie zachowań nie przystosowawczych warunkowanymi dotychczasowymi doświadczeniami
- Psychoanalityczne podkreśla rolę wczesnodziecięcych doświadczeń w tworzeniu się zburzeń psychicznych
- Etologiczne zajmuje się zachowaniami w ujęciu czysto biologicznym
- Poznawczo – rozwojowe uważa, że istotą rozwoju psychicznego jest rekonstrukcja i reintegracja struktur poznawczych.

Doświadczenie traumy przez dziecko wymaga dobrze pojętego eklektyzmu w doborze metody do pracy z nim. Trauma charakteryzuje się tym, że jest niepowtarzalna, nie ma dwóch takich samych katastrof lub innych raniących wydarzeń życiowych, a trauma interpersonalna zawsze niesie skrzywdzenie w jedynej określonej relacji. Doświadczenie zdarzenia, czy zdarzeń traumatycznych w traumie kumulacyjnej przeżywane jest w sposób subiektywny. Należy to uwzględniać w doborze metody pomagania dziecku.

Istotne aspekty terapii

- Powracanie do bolesnych przeżyć
- Terapia podzielona na etapy odpowiadające etapom rozwoju dziecka
- Udział opiekunów dziecka w pracy terapeutycznej
- Podejście otwarte i bezpośrednie
- Styl intensywny, zabawowy
- Strategia wielowymiarowa
- Reakcje terapeuty na doświadczenia, które spotkały dziecko

Etapy procesu leczenia

- komunikowanie się
- porządkowanie przeżyć
- psychoedukacja
- przywracanie właściwych proporcji

Zintegrowane podejście interdyscyplinarne organizacji pomocy terapeutycznej dla dzieci po traumie

Charakter zespołowej pracy w tym podejściu może przynieść najbardziej efektywny wynik terapii, wymaga jednak zaangażowania jako współterapeutów:

- Rodziców
- Opiekunów
- Nauczycieli

- Pracowników pomocy społecznej
- Lekarzy
- I inne służby pomocowe

Tworzących wspólny program terapeutyczny uwzględniający indywidualne potrzeby dziecka z doświadczeniem traumatycznym. Taki program pomocy może przynieść najlepsze efekty poradzenia sobie dziecka z przeżyciami urazowymi. Zaangażowanie tylu osób wymaga będzie skoordynowania działań podejmowanych w celu ocalenia dziecka z traumy. Nie zawsze będzie to możliwe, zawsze jednak warto spróbować stworzyć sieć pomocy dla zranionego dziecka. Dobre praktyki w tym sposobie pomagania dzieciom po traumie czynią pracę terapeutyczną wysoce satysfakcjonującą.

4. Wskazówki do pracy osób zajmujących się pracą z dzieckiem przebywającym w pieczy zastępczej Omówienie przykładów z pracy uczestników szkolenia

Rozumienie rodzaju i kolejności (sekwencji) następstwa emocji i towarzyszącym im mechanizmów obronnych w sytuacji traumatycznej jest jądrem pomagania

Wymagania od pomagającego

- wiedza
- umiejętności
- właściwe podejście

Strategie diagnostyczne

- ocena ekspozycji traumatycznej
- rozpoznanie objawów PTSD
- diagnoza innych zaburzeń psychicznych
- diagnoza żałoby traumatycznej
- informacja zwrotna na temat diagnozy

Diagnoza żałoby traumatycznej

- traumatyczny charakter śmierci
- obecność objawów w związku ze śmiercią
- wpływ PTSD na przebieg żałoby

Stany emocjonalne wynikające z doświadczenia urazu, które należy ująć w planie pomagania:

- poczucie winy
- poczucie bezsilności
- strata i porzucenie

- fragmentacja doświadczenia cielesnego
- stygmatyzacja
- erotyzacja
- zachowania destrukcyjne
- zaburzenia dysocjacyjne
- zaburzenia relacji przywiązania

5. Podsumowanie szkolenia

Radzenie sobie z traumą

Większość ludzi doświadczających zdarzenia traumatyczne posiada odporność na stres traumatyczny i poradzi sobie z min skutecznie w ciągu kilkunastu tygodni. Taką odporność posiadają też dzieci. U wielu jednak z nich rozwijają się objawy pourazowe, które będą miały destruktywny i długotrwały wpływ na ich rozwój, zdrowie oraz ich poczucie bezpieczeństwa.

Trauma w pracy

Ryzyko zastępczej tramy, czyli jak nie „zarazić się traumą” w pracy. Jak jej zapobiegać poprzez rozwiązania systemowe.

Pracując z ludźmi doświadczającymi zdarzeń traumatycznych jesteśmy narażeni na przeżywanie emocji wywołanych traumą i wnoszonych przez naszych klientów, pacjentów i podopiecznych, zatem

UWAŻAJMY NA SIEBIE!!!!!!!

Syndrom wypalenia zawodowego

- źródła
- proces
- symptomy

Test zmęczenia współczuciem i zadowolenia Charles'a Figley'a

- indywidualne badanie
- wspólne omówienie wyników

Literatura:

- W. Badura-Madej: *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Warszawa 1996
- B. Dudek: *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003
- R. Rogers: *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment & Research*, Oxford 2005
- Ripley: *The Unthinkable: Who Survives when Disaster Strikes*, Random House 2008
- *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, Nr. 6-7, 8

- Wykorzystano również materiały ze szkolenia Defence Institute for Medical Operations pt. „Wojownik XXI wieku: countering psychology of terrorism and combat stress”, przeprowadzonego w dniach 11-15. 09. 2006 w Warszawie
- D. Kubacka-Jasiecka, Krzysztof Mudyń: Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna, Toruń 2004
- Pilecka: Kryzys psychologiczny, Kraków 2004
- Herbert: Zrozumieć traumę, Gdańsk 2004
- H. Sękowa: Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki, Warszawa 1993
- J. Bomba: Wokół pojęcia kryzysu-implikacje diagnostyczne i terapeutyczne, Kraków 1993
- J. Terelak: Psychologia stresu. Bydgoszcz 2001
- J. Hilary: Nie mam czasu na stres, Warszawa 1998
- Heszen-Niejodek, Z Ratajczak: Człowiek w sytuacji stresu, Katowice 1996, Titkow: Stres i życie społeczne, Warszawa 1993
- J. Strelau Psychologia , Gdańsk 2001
- Gray: Adopcja i przywiązanie, Sopot 2015
- Miller: Zniewolone dzieciństwo, Poznań 1999
- M. Czub: Zrozumieć dziecko wykorzystane seksualnie, Sopot 2015
- J. Briere: C. Scott, Podstawy terapii traumy, Warszawa 2010
- James: Leczenie dzieci po urazach psychicznych, Warszawa 2003
- J.A. Cohen, A. P. Mannarino, E. Deblinger, Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży, Kraków 2013
- J. A. Heaton: Podstawy umiejętności terapeutycznych, Gdańsk 2004
- J. Bowlby: *Wypowiedź druga* (w:)R. Zazzo (red.) "Przywiązanie", Warszawa, 1978
J. Bowlby: *Uwagi o kontekście historycznym teorii przywiązania* (w:) R. Zazzo (red.)"Przywiązanie",Warszawa1978
J. Bowlby: *Wypowiedź trzecia* (w:) R. Zazzo (red.) "Przywiązanie", Warszawa 1978
- J. Bowlby J: Przywiązanie, Warszawa 2007
- Hryniewicz: Rodzina zastępcza i adopcyjna z perspektywy teorii przywiązania. Czy możliwa jest odbudowa więzi ? Korzenie zaburzeń, czyli wpływ przywiązania na jakość funkcjonowania psychospołecznego ze szczególnym uwzględnieniem problemów dzieci z FAS., Konferencja Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi, Szczecin 15 październik 2008

ZESPÓŁ EKSPERTÓW MANAGER (ZEM)

ul. Wielopole 18b (IV p.)
31-072 Kraków
tel./fax: 12 423-23-45
tel./fax: 12 423-23-48
e-mail: zem@zem.krakow.pl
www.zem.krakow.pl

Opracowanie i prowadzenie: **Ewa Skoczyńska**