

Studium interwencji

Tytuł interwencji: Procedura postępowania dla nauczycieli specjalistów w przypadku uczniów, którzy doświadczyli traumy, z uwzględnieniem perspektywy międzysektorowej

Poziom interwencji:

Interwencje zostały podzielone na trzy warianty:

Wariant A – dotyczy traumy dużej

1. Oddziaływania na nauczycieli.
2. Oddziaływania na nauczycieli specjalistów (pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych).
3. Oddziaływania na rodziców.
4. Oddziaływania na dziecko, ucznia.
5. Oddziaływania na zespół klasowy.
6. Oddziaływania na interwenta kryzysowego z ośrodka zewnętrznego (np. Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej) lub psychologa z poradni psychologicznej na I poziomie referencyjnym.

Wariant B – dotyczy traumy małej

1. Oddziaływania na nauczycieli.
2. Oddziaływania na nauczycieli specjalistów (pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych).
3. Oddziaływania na rodziców.
4. Oddziaływania na dziecko, ucznia.
5. Oddziaływania na zespół klasowy.

6. Oddziaływania na psychologa, psychoterapeutę, terapeutę środowiskowego z Ośrodka środowiskowej pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży na I poziomie referencyjnym.

Wariant C – dotyczy traumy dziecka uchodźczego z Ukrainy

1. Oddziaływania na nauczycieli.
2. Oddziaływania na nauczycieli specjalistów (pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych).
3. Oddziaływania na rodziców.
4. Oddziaływania na dziecko, ucznia.
5. Oddziaływania na zespół klasowy.
6. Oddziaływania na psychologa, psychoterapeutę, terapeutę środowiskowego z Ośrodka środowiskowej pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży na I poziomie referencyjnym.
7. Oddziaływania na tłumacza lub interwenta kryzysowego mówiącego w języku ukraińskim/rosyjskim.

Etap edukacyjny:

szkoła podstawowa klasy 4–8, szkoła ponadpodstawowa, szkolenie nauczycieli

Kategoria interwencji:

interwencja w sytuacjach kryzysowych

Problem:

Trauma w psychologicznym znaczeniu obejmuje te wydarzenia, które przekraczają normalne, codzienne trudności, jakie napotyka człowiek, a tym samym przekraczają możliwości poradzenia sobie z nimi. Każde dziecko w szkole przeżywa stres, który z jednej strony, na naturalnym dla dziecka poziomie, jest normalny i niezbędny do rozwoju, a z drugiej w momencie, kiedy osiąga bardzo wysoki poziom, staje się stresem traumatycznym, definiowanym przez jego nieprzewidywalność i towarzyszące mu uczucia przerażenia i bezradności.

Dzieci poprzez swoje aktywne uczestnictwo w świecie od najmłodszych lat są konfrontowane z wieloma sytuacjami, które mogą być źródłem traumy. Zdarzenia traumatyczne należy traktować jako wyjątkowe, ponieważ aktywizują poczucie niebezpieczeństwa w wyniku działania bardzo silnych stresorów związanych z zagrożeniem życia własnego lub bliskich lub też w konfrontacji ze śmiercią.

Przykładem takich wydarzeń mogą być między innymi: gwałt, uczestnictwo w wojnie, napaść, porwanie, bycie ofiarą przemocy rówieśniczej, udział w wypadku bądź katastrofie, tortury, kataklizmy żywiołowe.

Pierwsza reakcja na zdarzenie traumatyczne zagrażające życiu i zdrowiu jednostki może spowodować ostrą reakcję na stres, która charakteryzuje się intensywnym napięciem fizycznym bądź psychicznym. Objawy, które mogą wystąpić, to szok, ograniczona zdolność do skupienia uwagi, dezorientacja, gniew, przygnębienie, nastrój depresyjny, bezskuteczna i nadmierna aktywność, pobudzenie psychoruchowe, lęk paniczny. Wystąpienie objawów ostrej reakcji na stres może pojawić się w ciągu kilku minut po incydencie i powinno ustąpić do 4 tygodni po zdarzeniu.

Badacze zajmujący się tymi zjawiskami opisują traumę typu I, inaczej zwaną traumą „dużą”, która obejmuje pojedyncze, ekstremalne wydarzenie, które wystąpiło w życiu dorosłym lub dzieciństwie (np. wypadek samochodowy, pobicie lub gwałt), oraz traumę typu II, zwaną „małą”, określaną czasem traumą relacyjną, która dotyczy powtarzających się wydarzeń, występujących zwykle w kontekście bliskiej relacji.

W związku z tym do doświadczeń traumatycznych zaliczamy także: nadużycie emocjonalne (np. umniejszanie, dokuczanie, wyzwiska, groźby słowne, niesprawiedliwe karanie), nadużycie fizyczne (np. bycie uderzanym, dręczonym lub ranionym fizycznie), co jest często elementem przemocy rówieśniczej w szkole, a także molestowanie lub nadużycie seksualne oraz emocjonalne zaniedbanie.

Jeżeli po ostrej reakcji na stres objawy nie ustępują, może rozwinąć się u dziecka zespół stresu pourazowego, czyli tak zwane PTSD (ang. *posttraumatic stress disorder*). W sytuacji, kiedy dziecko było uczestnikiem bądź obserwatorem wydarzeń, które mogły zagrozić jego życiu, zdrowiu fizycznemu, psychicznemu czy też naruszyć jego nietykalność cielesną, może powstać zespół objawów charakterystyczny dla grupy zaburzeń diagnozowanych jako zaburzenie stresowe pourazowe. Bardzo często można zaobserwować je w środowisku szkolnym.

Pierwszą grupą objawów, jakie nauczyciel może zaobserwować u ucznia z traumą, są zmiany zwłaszcza w sferze przeżywania i okazywania emocji, czyli samoregulacji, która często decyduje o gotowości szkolnej i przyczynia się do zapewnienia powodzenia dziecka w szkole. Dziecko po traumie ma problem z radzeniem sobie z emocjami i dużą emocjonalną labilnością. Jest nadmiernie czujne i funkcjonuje w ciągłym stanie pobudzenia, odbierając i klasyfikując wiele sygnałów jako zagrażające. Towarzyszą temu nieadekwatne do wieku zachowania uspakajające, które przez nauczycieli mogą być mylnie interpretowane jako niebezpieczne lub niegrzeczne.

Druga grupa objawów obejmuje ciało i fizyczność. Dzieci mogą somatyzować przeżywany lęk w postaci bólów brzucha, głowy lub innych niesprecyzowanych. Mają też problem z wyznaczaniem granic dotyczących kontaktu fizycznego, które mogą być zbyt sztywne (brak zgody na jakikolwiek kontakt) lub zbyt rozmyte (kontakt natarczywy lub nachalny). Czasami mają również problem w zadaniach wymagających precyzji czy dobrej koordynacji. Obserwujący takie dziecko nauczyciel, nie mając świadomości tego, co dziecko może przeżywać, może nieprawidłowo interpretować jego zachowanie.

Trzecia grupa objawów dotyczy relacji dziecka z innymi i jest szczególnie nasiloną u dzieci, które dotknęła trauma interpersonalna. Konsekwencje obejmują przede wszystkim trudności w budowaniu i podtrzymywaniu więzi z rówieśnikami i dorosłymi, co z kolei przekłada się na problemy z funkcjonowaniem w grupie szkolnej i utrudnia efektywną współpracę ucznia z nauczycielem w toku nauki.

Czwarta grupa dotyczy tego, na ile dziecko radzi sobie z zadaniami szkolnymi i jak wyglądają jego osiągnięcia szkolne. Dziecko dotknięte traumą ma trudności w nauce, koncentracji na lekcji, często problemem są wypowiedzi ustne i pisemne, rozumienie tekstu, a także praca w grupach, rozumienie i stosowanie się do wskazówek nauczyciela, rozwiązywanie złożonych problemów, panowanie nad sobą i swoimi reakcjami. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie doświadczało porażek w szkole. Niezrozumienie problemu takich dzieci często doprowadza do stosowania kar lub warunkowego promowania z klasy do klasy, żeby dziecko szybko szkołę opuściło i zabrało swoje trudności.

Dziecko dotknięte traumą nie funkcjonuje w izolacji, lecz jest członkiem szerszych społeczności. Ważne jest obserwowanie, jak szkoła, rodzina i środowisko reagują na uraz i czy go łagodzą czy też wzmacniają. Otoczenie dziecka odgrywa niebagatelną rolę, bo może albo ułatwiać proces leczenia, albo pogłębiać urazy. Szkoła jest jednym ze środowisk, które mogą wspierać zdrowienie dziecka lub przyczyniać się do nasilania jego reakcji pourazowych.

Jeśli dziecko prezentuje niepokojące zachowania w środowisku szkolnym, należy mieć na uwadze, że mogą one wynikać z urazów, jakich doświadczyło lub nadal doświadcza oraz rozpatrywać je w takim kontekście. Jednak oczywiste jest, że nie wszystkie trudności szkolne można wytłumaczyć traumą. Mogą być z nią powiązane, mogą się do nich przyczyniać lub być odpowiedzialne za większość problemów. Czasami zdarza się, że sygnały wysyłane przez dziecko są mylnie interpretowane, a zachowanie nauczycieli zamiast pomagać może dodatkowo dziecko krzywdzić. Zachowania widziane przez nauczycieli jako trudne mogą być dla dzieci jedynymi, które służą ochronie zachowania ich dobrostanu. Identyfikacja ucznia prezentującego niepokojące objawy i odpowiednia pomoc są kluczowe, gdyż dziecko nieradzące sobie z urazem stanie się osobą dorosłą z nieprzepracowaną traumą i szeregiem kolejnych problemów i trudności.

Szkoła i pracujący w niej nauczyciele powinni być uważni na swoich uczniów i prezentowane przez nich trudności. Przedstawiona procedura ma pomóc nauczycielom stworzyć środowisko, w którym dziecko z trudnościami wynikającymi z

przeżytej traumy będzie się mogło uczyć i odpowiednio rozwijać. Posiadanie przez nauczycieli odpowiedniej wiedzy na temat traumy, powikłań po traumie w postaci PTSD i jego skutków w funkcjonowaniu szkolnym oraz objawów, jakie mogą zaobserwować, a także omówienie kolejnych kroków, jakie mogą zrobić, żeby dziecku pomóc poradzić sobie z trudnymi doświadczeniami, może mieć dobry wpływ na funkcjonowanie całej szkoły, przyczyni się bowiem do zmniejszenia trudnych zachowań uczniów i do ograniczenia przemocy szkolnej oraz pozwala na poczucie, że każdy z uczniów, pomimo trudności, jest odpowiednio zaopiekowany.

Cele:

1. **Budowanie świadomości nauczycieli w zakresie możliwych zmian w zachowaniach dzieci i młodzieży pod wpływem ekspozycji na trudne doświadczenia.**

Procedura ma na celu uświadomienie nauczycielom, że problemowe zachowania dzieci i młodzieży w szkole mogą być wynikiem ekspozycji na traumatyczne doświadczenia, jakich dzieci doświadczyły lub nadal doświadczają w życiu, zarówno w środowisku szkolnym, jak i pozaszkolnym. Znajomość kontekstu konkretnych zachowań może pozwolić na podjęcie kolejnych kroków, które mają na celu kompleksową pomoc dziecku po przeżytej traumie.

2. **Podnoszenie kompetencji nauczycieli w zakresie wiedzy na temat traumy dzieci i młodzieży, jej skutków i sposobów radzenia sobie z problemem PTSD.**

Procedura zakłada wyposażenie nauczycieli w wiedzę na temat traumy i jej skutków w różnych aspektach życia ucznia, który jej doświadczył. Pozwoli nauczycielowi zrozumieć i odpowiedzieć na pytania, czym jest trauma, kiedy może się pojawić, co się dzieje z dzieckiem, czego dziecko doświadcza pod wpływem doznanej traumy, jak zachowuje się w sytuacji, kiedy sam jest ofiarą zdarzenia traumatycznego oraz jak pomóc dziecku i rodzicom w doprowadzeniu do odpowiedniej diagnozy i leczenia dziecka.

3. Budowanie świadomości nauczycieli na temat możliwości współpracy międzysektorowej wspierającej zdrowienie dziecka po traumie.

Zadaniem nauczyciela nie jest diagnoza dziecka, tylko zwiększenie uważności na niepokojące go zachowania dziecka w szkole i ich zrozumienie. Po zebraniu niepokojących symptomów i omówieniu ich z rodzicami dziecko należy pokierować do specjalisty. Odpowiednia i szybka diagnoza oraz interwencja terapeutyczna mogą zapobiec późniejszym powikłaniom i oszczędzą młodym ludziom cierpienia. Procedura wskazuje kolejne kroki i rozwiązania, gdzie pokierować rodziców z dzieckiem i jak wspólnie ze specjalistami spoza szkoły najlepiej zaopiekować się dzieckiem.

4. Doskonalenie technik nauczyciela we wspieraniu, rozmowie i radzeniu sobie z dzieckiem po przeżytej traumie.

Każdy nauczyciel po stwierdzeniu, że w zachowaniu dziecka w szkole nastąpiła istotna zmiana, jest zobowiązany poinformować o tym rodziców. Procedura ma na celu ułatwienie tego zadania poprzez podanie wskazówek, jak przeprowadzić rozmowę psychoedukacyjną z rodzicami na temat źródeł zachowania dziecka oraz możliwych następstw przeżytej przez dziecko traumy i metod wsparcia dziecka w środowisku pozaszkolnym, zwłaszcza jeśli rodzice sami cierpią z powodu przeżytej traumy i są dla dziecka niedostępni emocjonalnie. Wskazuje także nauczycielowi sposoby, jak rozmawiać z dzieckiem o traumatycznym wydarzeniu, jak przełamać jego niechęć do mówienia o tym i w jaki sposób go wesprzeć w poczuciu osamotnienia i smutku, jakie przeżywa.

Ogólny opis interwencji:

Procedura postępowania dla nauczycieli specjalistów w przypadku uczniów, którzy przejawiają trudności w zachowaniach pod wpływem doświadczonej traumy, z uwzględnieniem perspektywy międzysektorowej, ma na celu uświadomienie nauczycielom, że problemowe zachowania dzieci i młodzieży w szkole mogą być wynikiem ekspozycji na traumatyczne doświadczenia, jakich dzieci doświadczyły lub nadal doświadczają w życiu, zarówno w środowisku szkolnym, jak i pozaszkolnym.

Znajomość etiologii konkretnych zachowań może pozwolić na podjęcie kolejnych kroków, które mają na celu kompleksową pomoc dziecku po przeżytej traumie.

Najważniejszym elementem w procedurze jest obserwacja dziecka przez nauczyciela, pedagoga i psychologa szkolnego, gdy pojawią się niepokojące objawy w zachowaniu ucznia oraz zebranie informacji, z czego te zmiany mogą wynikać. Obserwacja ma służyć określeniu, na ile zachowania mogą być konsekwencją przeżycia traumatycznego ucznia i ukazywać się w formie objawów na poziomie zachowania, przeżywania i myślenia dziecka oraz na ile sprawiają mu trudność w funkcjonowaniu w szkole i jak długo się utrzymują. Zadaniem nauczyciela nie jest diagnoza dziecka, tylko zwiększenie uważności na niepokojące go zachowania w szkole i ich zrozumienie.

W momencie podejrzenia, że może to być PTSD, niezbędne będzie przeprowadzenie odpowiedniej rozmowy z dzieckiem, poinformowanie rodziców, objęcie dziecka indywidualną opieką, a następnie przekierowanie dziecka do poradni psychologicznej na I poziomie referencyjnym w celu przeprowadzenia diagnozy oraz ustalenie wspólnego planu oddziaływań we współpracy nauczycieli, pedagoga i psychologa szkolnego i specjalistów poradni.

Najważniejsze w procedurze jest uświadomienie nauczycielom, że w trudnej sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko po traumie, niezbędna jest współpraca dorosłych ze wszystkich środowisk, w jakich dziecko funkcjonuje, nie tylko specjalistów ze środowiska szkolnego.

Podstawy naukowe interwencji:

Trauma to szczególny rodzaj stresującego wydarzenia w postaci narażenia na utratę życia, poważne obrażenia ciała bądź doświadczanie przemocy seksualnej. Sytuacje te mogą dotyczyć samego dziecka, a także opiekuna lub innych osób, jeśli dziecko jest świadkiem takich zdarzeń (APA, 2013, za Odachowska-Rogalska, 2022).

Sytuacje traumatyczne to nie tylko okoliczności zagrożenia życia dziecka lub innych osób poprzez bezpośrednie uczestnictwo czy bycie świadkiem takich zdarzeń, lecz

także agresja oraz przemoc fizyczna i psychiczna. Wszystkie one nie mieszczą się w normalnych dziecięcych doświadczeniach i wymagają uruchomienia strategii radzenia sobie odpowiednich do wieku i posiadanych zasobów (Odachowska-Rogalska, 2022).

Wśród czynników wywołujących traumę wymienia się wszystkie sytuacje związane z narażeniem na utratę życia, zdrowia lub zagrażające integralności fizycznej, takie jak:

- wypadki komunikacyjne;
- poważne zranienia i inne wypadki;
- przebywanie na obszarze, na którym toczy się wojna, terroryzm;
- pożary, klęski żywiołowe, katastrofy naturalne;
- poważna choroba, hospitalizacja, przejście inwazyjnego i bolesnego leczenia;
- napad i inne formy nadużyć w otoczeniu, środowisku rówieśniczym czy szkolnym;
- przemoc seksualna (w tym seksualne wykorzystywanie dziecka);
- przemoc fizyczna;
- przemoc emocjonalna, czyli zachowania powodujące obniżanie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka, w tym przemoc rówieśnicza w szkole;
- przedwczesne narodziny, komplikacje okołoporodowe;
- depresja i inne choroby psychiczne rodziców/opiekunów;
- rozwód czy separacja rodziców;
- separacja/izolacja z opiekunem, na przykład wskutek pobytu w szpitalu, dłuższej nieobecności opiekuna lub innej przerwy w sprawowaniu opieki;
- ciężka choroba lub śmierć członka rodziny;
- poważne zaniedbania w opiece nad dzieckiem, niezaspokajanie podstawowych potrzeb, zarówno psychicznych (poczucie bezpieczeństwa, troska i miłość), jak i fizycznych (odżywianie, ubiór, ochrona zdrowia, edukacja);
- uzależnienie rodzica lub opiekuna od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych;

- nieprofesjonalnie umieszczenie dziecka w opiece zastępczej czy adopcyjnej, domu dziecka czy placówce opiekuńczo-wychowawczej (Odachowska-Rogalska, 2022).

Na podstawie powyższych czynników można wyróżnić 2 koncepcje traumy:

1. Trauma „duża” (PTSD) w odpowiedzi na nagłe, jednorazowe zdarzenie, którego dziecko doświadczyło, było jego świadkiem lub miało styczność z sytuacją, która wiązała się ze śmiercią, zagrożeniem życia, poważnymi obrażeniami lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych (wypadek, śmierć bliskiej osoby, nagła katastrofa, klęska żywiołowa, napaść, gwałt, wojna).
2. Trauma „mała” (cPTSD – *complex PTSD*) w odpowiedzi na ciężkie, długotrwałe, powtarzające się traumatyczne sytuacje w życiu dziecka, prawie zawsze o charakterze interpersonalnym (przemoc w rodzinie, przemoc rówieśnicza w szkole, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie, rozłąka z rodzicem, przemoc emocjonalna).

Dzieci różnie reagują na traumatyczne doświadczenia. Starsze dzieci częściej stosują strategię pobudzenia, polegającą na tym, że w miarę narastania poczucia zagrożenia dziecko staje się coraz bardziej pobudzone oraz aktywuje przekonania, że świat jest niebezpieczny i wrogi, a opiekun nie jest w stanie zapewnić mu adekwatnej troski i wsparcia. Natomiast młodsze dzieci wykorzystują strategię zamrożenia, czyli reakcję polegającą na wyłączeniu świadomości, odcięciu się, niereagowaniu na to, co się dzieje dookoła, jakby zawieszeniu się. Reakcja dziecka nie zależy od niego samego, lecz pojawia się jako konsekwencja doświadczenia urazowego i często warunkowana jest różnymi czynnikami, także tym, co dziecko widziało, co przeżyło podczas zdarzenia, wiekiem dziecka, czyli fazą rozwoju emocjonalnego, czy też płcią dziecka (Odachowska-Rogalska, 2022).

Sytuacja traumatyczna nigdy nie będzie obojętna dla dziecka. Konsekwencje traumy doświadczanej przez dzieci i młodzież obejmują zaburzenia zdrowia psychicznego i

fizycznego, w szczególności zachowania i reakcje w postaci trudności emocjonalnych, agresji, przeżywania złości i strachu oraz upośledzenia funkcji poznawczych. Strach powodowany przez zagrożenie zdrowia i życia własnego lub innych powoduje, że dziecko traci poczucie wszechmocy własnej i bliskich wokół siebie, a co za tym idzie traci poczucie bezpieczeństwa. Zaczyna obawiać się tego, że nie jest w stanie ochronić siebie w trudnych sytuacjach i nie może w tej kwestii liczyć na rodziców/opiekunów (Wiśniewska, 2016).

Strategia, jaką dziecko zastosowało w momencie doświadczenia traumy, może przyczynić się do ukształtowania nieadekwatnych zachowań, koniecznych do poradzenia sobie z narastającym lękiem przed niebezpieczeństwem (Odachowska-Rogalska, 2022).

Najczęstszym skutkiem zdarzeń traumatycznych wśród dzieci i młodzieży jest zespół stresu pourazowego (PTSD). Jest to ciężkie zaburzenie lękowe, charakteryzujące się powtarzającym się, niechcianym przeżywaniem traumatycznego zdarzenia w koszmarach sennych, zabawach, natrętnych myślach i obrazach, pomimo prób powrotu do normalnego życia. Takie przeżycia powodują u dzieci pobudzenie w postaci wybuchów złości, nadpobudliwości, bezsenności, irytacji czy zachowań agresywnych, a co za tym idzie zmiany nastroju w postaci apatii, smutku, utraty zainteresowań, obwiniania się czy obniżenia poczucia własnej wartości. Naturalnym zachowaniem wtedy staje się unikanie sytuacji, myśli, osób, miejsc czy czynności w jakikolwiek sposób przypominających sytuację traumatyczną.

Objawy posttraumatyczne mogą pojawiać się w różnych sferach funkcjonowania dziecka (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2011):

- w sferze somatycznej – zaburzenia kontroli funkcji fizjologicznych, skłonność do chorób psychosomatycznych;
- w sferze procesów poznawczych – zaburzenia myślenia, koncentracji uwagi, rozkojarzenie, zaburzenia pamięci, trudności w przełączaniu się z jednej aktywności na inną;

- w sferze procesów emocjonalnych – poczucie braku bezpieczeństwa, zakłócenia w procesie regulacji i samoregulacji emocji, brak zaufania do innych, obniżony nastrój, lękliwość, zaburzona samoocena;
- w sferze zachowania – zachowania impulsywne, autodestrukcyjne, skłonność do regulacji nastroju za pomocą używek.

Objawy PTSD diagnozowane są po miesiącu od urazu, ale u dzieci mogą pojawić się nawet do 3 miesięcy po urazie i obejmują sferę somatyczną, procesy poznawcze, procesy emocjonalne oraz zmiany w zachowaniu dziecka.

W funkcjonowaniu szkolnym dzieci i młodzieży w przypadku PTSD możemy zaobserwować niepokojące objawy w postaci:

- nieradzenia sobie z emocjami w szkole, trudności w panowaniu nad emocjami, szczególnie w reakcji na bodźce kojarzone z traumą (np. nagły płacz dziecka bez powodu lub w nieadekwatnej sytuacji czy też wybuch złości i zachowania agresywne);
- nieadekwatnych reakcji na sytuacje z nauczycielami i rówieśnikami – gwałtowne wybuchy, impulsywne lub autodestruktywne zachowania, labilność czy niestabilność w relacjach;
- wycofania z relacji społecznych i aktywności podczas lekcji;
- unikania aktywności, które dotychczas dziecko chętnie podejmowało;
- trudności w uczeniu się lub pogorszenia się czy obniżenia wyników w nauce;
- zaburzeń koncentracji uwagi;
- opuszczania lekcji, niskiej frekwencji;
- senności (na skutek koszmarów sennych lub trudności ze snem);
- obniżonego nastroju, niezdolności do odczuwania przyjemności, radości;
- odrętwienia, „bycia nieobecny duchem”, otępienia emocjonalnego, nagłego zastygania w bezruchu, zamyślenia się;
- niskiej samooceny, obwiniania się, trudności w zaufaniu dorosłym, poczucia niezrozumienia;
- utraty dotychczasowych zainteresowań;

- nasilenia się dolegliwości somatycznych, bólów głowy, żołądka czy bólów o nieznanym pochodzeniu;
- nadużywania substancji psychoaktywnych;
- zachowań ryzykownych, destrukcyjnych, lekkomyślnych;
- form samookaleczeń lub ujawniania myśli rezygnacyjnych czy samobójczych;
- wszelkich zachowań, które pojawiają się u dziecka, a ich dotychczas nie obserwowano, utrudniających dziecku funkcjonowanie w szkole.

Nasilenie lub zróżnicowanie objawów doznanej traumy w dużym stopniu zależy od poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego dzieci i młodzieży (Januszewska, 2020). U dzieci w wieku szkolnym często można zaobserwować odreagowywanie wydarzeń traumatycznych podczas zabawy oraz odtwarzanie w zachowaniu różnych aspektów urazu. Pojawia się także mylenie przez dziecko kolejności traumatycznych przeżyć, gdy przywołuje je z pamięci. Częściej też występują objawy psychosomatyczne w postaci bólów głowy lub brzucha, trudności w koncentracji uwagi czy zachowania agresywne. Dziecko najczęściej znajduje się w stanie wiecznej czujności, załęknienia. Młodzież w swoich objawach bardziej przypomina dorosłych z PTSD. Młodzi ludzie odtwarzają uraz poprzez wcielanie jego elementów do swojego życia codziennego. Częściej przeżywają poczucie bezradności, beznadziejności, mają poczucie chronicznego zmęczenia i wyczerpania współwystępujące z trudnościami w koncentracji uwagi. W nieoczekiwanych sytuacjach przejawiają niekontrolowane pobudzenie, drażliwość, pojawiają się wybuchy gniewu. Konsekwencją przeżytej traumy u młodej osoby staje się subiektywne odczucie osamotnienia (Januszewska, 2020).

Obserwując objawy PTSD u dzieci i młodzieży, należy stwierdzić, jak długo trwają (powinny utrzymywać się co najmniej przez miesiąc), na ile te zachowania mogą być konsekwencją przeżycia traumatycznego dziecka i ukazywać się w formie objawów na poziomie zachowania, przeżywania i myślenia dziecka oraz na ile sprawiają dziecku trudność w funkcjonowaniu w szkole.

Ważne jest zaobserwowanie, czy zmiany zachowania dziecka nie wynikają z innych powodów, np. fizjologicznych skutków używania substancji psychoaktywnych

(alkoholu czy leków), lub czy nie są skutkiem innych uwarunkowań medycznych bądź innych zaburzeń (na przykład często PTSD mylone jest z depresją czy zaburzeniami lękowymi lub nadpobudliwością psychoruchową, która ma podłoże biologiczne i pomimo pewnych podobieństw cechuje się inną specyfiką objawów). Do tego potrzebna jest świadomość, czy przed traumatycznym zdarzeniem występowały u dziecka inne problemy psychologiczne, takie jak depresja czy zaburzenia zachowania. Są one bowiem czynnikiem zwiększającym podatność na pojawienie się stresu pourazowego czy ostrej reakcji na stres. Powtarzające się doświadczenia traumatyczne, także o niskim nasileniu, przyczyniają się do psychologicznej odpowiedzi na nowy stresor. Jedno doświadczenie traumatyczne ułatwia pojawienie się kolejnych ze względu na obniżenie u dziecka możliwości radzenia sobie. Samo istnienie u dziecka przed traumą podwyższonego poziomu napięcia może prowadzić do bardziej emocjonalnie naznaczonych wspomnień w wyniku ekspozycji na traumatyczne wydarzenie oraz może zainicjować proces pojawienia się PTSD.

Pomimo wielu prawidłowości w sposobach reagowania dzieci na sytuacje traumatyczne istnieje też zróżnicowanie w tym zakresie. Na odmienność w reagowaniu wpływa wiele czynników, w tym wiek oraz poziom rozwoju, siła układu nerwowego i odporność, a także wyuczone sposoby radzenia sobie i wsparcie społeczne (Sikorska, 2014). Wśród czynników indywidualnych sprzyjających dobremu radzeniu sobie z traumą znajdują się efektywne strategie zaradcze, zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, umiejętności ekspresji emocji, dobra samokontrola oraz poczucie nadziei.

Rozpowszechnienie występowania objawów PTSD w grupie dzieci i młodzieży jest bardzo zróżnicowane i waha się od 0% do nawet 80–90%. Różnice te mogą być spowodowane wiekiem i płcią dziecka, rodzajem doświadczanych zdarzeń, a także czasem, jaki upłynął od zdarzenia oraz czynnikami indywidualnymi i społecznymi. Według Dąbkowskiej (2002, za Odachowska-Rogalska, 2022) PTSD rozpoznaje się u 15–25% dzieci i młodzieży.

Powrót do równowagi po jednorazowej konfrontacji z masywnym stresorem przebiega o wiele szybciej niż po podleganiu przez długi czas traumatyzującym

wpływow. Tym, co pomaga w takich sytuacjach, jest zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa, uspokojenie lęków co do możliwości powtórzenia traumatycznych zdarzeń oraz przekierowanie do specjalistycznych oddziaływań. Profesjonalne działania psychologiczne mają na celu zmniejszenie lęków z powrotem do urazowych wspomnień oraz restrukturyzację sposobu przystosowania się do rzeczywistości na model pozytywnej adaptacji (Gil, 2006, Ford, 2010, za Sikorska, 2014).

Środowisko szkolne i nauczyciele, którzy przejawiają adaptacyjne formy radzenia sobie, mogą pomóc dziecku zatrzymać rozwój poważnych objawów PTSD i stanowić czynnik ochronny dla dziecka w postaci stabilnego wsparcia. Danie możliwości dziecku podzielenia się dramatycznymi przeżyciami w atmosferze akceptacji i zrozumienia jest aspektem katalizującym proces wzrostu oraz zmniejszającym zagrożenie depresją (Tedeschi, Calhoun, 2007, za Sikorska, 2014).

Strategia działania:

Procedura została opracowana w trzech wersjach, w zależności od posiadanej wiedzy nauczyciela na temat sytuacji dziecka i od tego, czy dziecko doświadczyło nagłego traumatyzującego wydarzenia czy też jest narażone na długotrwałe, powtarzające się traumy.

Ścieżka interwencji A dotyczy traumy dużej, ścieżka interwencji B – traumy małej, a w przypadku dzieci z Ukrainy niezbędne jest po wybraniu ścieżki zadbanie o zniesienie bariery językowej w postaci zapewnienia tłumacza lub nauczyciela znającego język ojczysty dziecka.

Wariant A – PTSD trauma duża

Jeśli nauczyciel posiada wiedzę, że w życiu dziecka nastąpiła ekspozycja na wyjątkowo zagrażające lub przerażające wydarzenie, jak na przykład bezpośrednie doświadczenie klęski żywiołowej, walki, wypadku, przemocy seksualnej, napaści, choroba zagrażająca życiu, niespodziewana śmierć rodzica lub bliskiej osoby, bycie świadkiem grożącego zranienia lub śmierci innych osób w sposób nagły, oraz

zauważy niepokojące zachowanie dziecka, wówczas wybiera interwencję w wariacie A.

Krok 1. Zgromadzenie informacji przez nauczyciela na temat zaistniałego zdarzenia i omówienie sytuacji ucznia w czasie zebrania zespołu wychowawczego zwołanego przez dyrektora szkoły

W momencie, kiedy nauczyciel lub inny pracownik szkoły dowiaduje się o nagłej, trudnej, traumatycznej sytuacji, jaka zdarzyła się w życiu ucznia, pierwszym krokiem powinno być zgromadzenie informacji niezależnie przez nauczyciela i wychowawcę dziecka oraz psychologa lub pedagoga szkolnego na temat zaistniałej sytuacji, wykorzystując do tego różne źródła. Źródłem mogą być rodzice, inni nauczyciele przedmiotowi ucznia, pracownicy szkoły (na przykład woźny, pracownik ochrony), służby zaangażowane w sytuację (na przykład policja, straż pożarna), a także inne dzieci w szkole.

Po zebraniu informacji dyrektor szkoły powinien w trybie pilnym zwołać zebranie zespołu wychowawczego, w skład którego powinni wchodzić: psycholog, pedagog, wychowawca klasy, nauczyciele przedmiotowi uczący w klasie danego ucznia. Podczas spotkania należy omówić sytuację ucznia oraz uwspólnić wersję wydarzenia, na jakie zostało narażone dziecko.

Krok 2. Identyfikacja problemu dziecka i ustalenie, jakie przejawia objawy

Po ustaleniu, na jakie zdarzenie dziecko zostało narażone, psycholog wraz z pedagogiem szkolnym powinni zidentyfikować problem dziecka poprzez ustalenie, na jakie bodźce zostało narażone, czy było zagrożenie dla jego życia i jakie obecnie przejawia objawy, które mogą świadczyć, że znajduje się pod wpływem stresu posttraumatycznego. Narzędziem do tego jest checklista objawów dołączona do procedury, na której można zaznaczyć te punkty, które dotyczą danego dziecka i odpowiadają jego zachowaniom (Załącznik nr 1).

Krok 3. Ocena ryzyka zaistniałej sytuacji w celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku oraz przywrócenia bezpieczeństwa w szkole czy szkolnej grupie rówieśniczej

Psycholog i/lub pedagog szkolny powinien według zdobytej wiedzy ocenić ryzyko zaistniałej sytuacji dla dziecka oraz sprawdzić, czy ma zapewnione bezpieczeństwo i

podstawowe potrzeby w danej chwili. Zaopiekowanie się dzieckiem w postaci rozmowy o jego potrzebach może też pomóc w przywróceniu bezpieczeństwa w szkole i szkolnej grupie rówieśniczej, do której należy narażony uczeń.

Krok 4. Normalizacja i psychoedukacja dziecka przez psychologa lub pedagoga szkolnego – rozmowa z dzieckiem po traumie

Po zapewnieniu podstawowych potrzeb dziecka kolejnym krokiem powinna być rozmowa z dzieckiem na temat doświadczonych przez niego traumatycznych wydarzeń w celu normalizacji emocji i psychoedukacji dziecka na temat tego, jak może się czuć i zachowywać w takich okolicznościach („normalna reakcja na nienormalną sytuację”). Rozmowa powinna być ustrukturalizowana według wytycznych, które dotyczą tego, jak rozmawiać z dzieckiem o traumie, co może przeżywać w danej chwili i w kolejnym czasie, jak może reagować na daną sytuację, co może myśleć i jak może się zachowywać lub jakie trudności może przeżywać. Należy wykorzystać listę pytań i wskazówek do rozmowy załączoną do procedury (Załącznik nr 2).

Krok 5. Rozmowa z rodzicami/opiekunami dziecka po traumie

Po rozmowie z dzieckiem należy zaprosić do szkoły rodziców lub opiekunów prawnych ucznia oraz powinna zostać przeprowadzona rozmowa nauczyciela i psychologa lub pedagoga szkolnego z rodziną, polegająca na psychoedukacji systemu pozaszkolnego, uwzględniającej uwagę na mogące pojawiać się problemy w funkcjonowaniu dziecka w szkole i poza szkołą. Rodzicom należy przekazać wskazówki będące niejako instrukcją, jak postępować z dzieckiem, jak z nim rozmawiać, a także należy zachęcić do kontroli objawów dziecka. Należy wykorzystać listę pytań i wskazówek do rozmowy załączoną do procedury (Załącznik nr 3).

Krok 6. Identyfikacja potrzeb dziecka i określenie sieci wsparcia dziecka w trudnej sytuacji

Po rozpoznaniu okoliczności, w jakich znalazło się dziecko oraz po rozmowie na temat przeżywanej traumy i identyfikacji potrzeb dziecka na daną chwilę psycholog wraz z pedagogiem szkolnym oraz nauczycielem/wychowawcą powinni stworzyć listę osób, które mogą zapewnić bezpieczeństwo dziecku i wspierać go w trudnych chwilach. Na liście mogą znaleźć się – w zależności od informacji posiadanych przez

psychologa/pedagoga szkolnego i wychowawcę – takie osoby jak nauczyciele, rodzina, rodzeństwo, psycholog/pedagog szkolny, które mogą być dyspozycyjne, gdy dziecko będzie tego potrzebować, np. na przerwie czy podczas zajęć szkolnych. Do tego celu można wykorzystać formularz przygotowany do procedury dotyczącej sieci wsparcia dziecka (Załącznik nr 4).

Krok 7. Dalsza obserwacja dziecka po traumie i jego zachowań oraz przekierowanie dziecka do dalszych oddziaływań poza szkołą w celu specjalistycznej diagnozy i uzyskania profesjonalnego wsparcia

Po wykonaniu poprzednich kroków należy kontynuować obserwację funkcjonowania dziecka w dalszych dniach, tygodniach. Jeśli wychowawca wraz z psychologiem/pedagogiem szkolnym ocenią, że dziecko sobie nie radzi mimo udzielanego wsparcia, że trudności przewyższają zasoby dziecka do poradzenia sobie z nimi, objawy dłuższy czas nie ustępują lub nasilają się, wówczas należy umówić kolejne spotkanie z rodzicami lub opiekunami prawnymi w celu przekierowania dziecka do dalszych oddziaływań i specjalistycznej diagnozy. Na tym etapie niezbędne będzie włączenie innych podmiotów wspierających dziecko i system rodzinny, w tym Ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny. Rodzicom można podać listę podmiotów, do których można ich wraz z dzieckiem przekierować w celu otrzymania profesjonalnej pomocy (Załącznik nr 5).

Krok 8. Sesja koordynacji zewnętrznej zorganizowana przez psychologa lub pedagoga szkolnego z innymi pracownikami podmiotów, do których rodzice zgłosili dziecko

Jeśli rodzice zdecydują się na skorzystanie z pomocy poza szkołą i poinformują o tym szkołę, dyrektor szkoły powinien podpisać z podmiotem leczącym porozumienie o współpracy (Załącznik nr 10). Następnie powinna odbyć się sesja koordynacji zewnętrznej polegająca na kontakcie psychologa i/lub pedagoga szkolnego z innymi podmiotami, pod których opieką znajduje się dziecko. Sesję taką inicjuje psycholog i/lub pedagog szkolny poprzez kontakt z osobami wskazanymi przez rodziców, takimi jak psycholog interwent z Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej lub psycholog diagnosta z Ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny. Sesja taka będzie pomocna w wypracowaniu i wyznaczeniu indywidualnego planu działania wobec dziecka, który

może zawierać wytyczne i wskazówki dla nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych, a także rady, jak reagować na posttraumatyczne zachowania dziecka oraz co robić, gdy dziecko na lekcji zaczyna płakać, reaguje agresywnie w określonych sytuacjach lub unika pewnych sytuacji.

Krok 9. Utrzymanie współpracy pomiędzy szkołą a jednostkami zewnętrznymi

W kolejnym kroku, gdy dziecko pozostanie pod wpływem oddziaływań w jednostkach poza szkołą, powinna zostać podtrzymana współpraca pomiędzy szkołą a jednostkami zewnętrznymi. Rekomenduje się stały kontakt pomiędzy psychologiem i pedagogiem szkolnym a psychologiem diagnostą dziecka w Ośrodku środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny oraz z terapeutą środowiskowym dedykowanym rodzinie dziecka, a także włączenie szkoły do realizacji Indywidualnego Planu Zdrowienia dziecka oraz prowadzenie ustalonych na pierwszym spotkaniu comiesięcznych sesji koordynacji między jednostkami.

Krok 10. Psychoedukacja otoczenia dziecka po traumie

Jeśli objawy dziecka utrzymują się przez dłuższy czas i wpływają na całą grupę rówieśniczą dziecka, to może okazać się niezbędna psychoedukacja pozostałych uczniów w klasie w zakresie reagowania na kryzys i poznania zachowań, z jakimi mogą się spotkać w sytuacjach kryzysowych – lekcja wychowawcza według scenariusza (Załącznik nr 6).

Wariant B – PTSD trauma mała

Jeśli nauczyciel nie posiada dokładnej wiedzy na temat sytuacji dziecka, a zauważy u niego niepokojące objawy i zachowania, które dotychczas nie były ujawniane, podobne do dużego PTSD, ale znacznie osłabione, takie jak problemy w regulacji emocji, w tym nagłe wybuchy złości w odpowiedzi na drobne stresory, impulsywne lub autodestrukcyjne zachowania, otępienie emocjonalne, niezdolność do odczuwania pozytywnych, przyjemnych emocji czy negatywne przekonania dziecka na swój temat, poczucie porażki, wstydu, gorszości, wówczas wybiera interwencję w wariacie B.

Interwencja w tej formie jest bardzo podobna do wariantu A, różni się jednak kolejnością podejmowanych kroków i obejmuje niewielkie modyfikacje w postaci

dotychczasowych działań ze strony szkoły, takich jak w razie potrzeby zgłoszenie dziecka do odpowiednich instytucji.

Krok 1. Zgromadzenie informacji przez nauczyciela/wychowawcę na temat nietypowych/problemowych zachowań ucznia

W momencie, kiedy nauczyciel/wychowawca otrzymuje od innych nauczycieli czy pracowników szkoły informacje na temat problemowych/nietypowych zachowań ucznia, pierwszym krokiem powinno być zgromadzenie informacji niezależnie przez nauczyciela/wychowawcę dziecka oraz psychologa lub pedagoga szkolnego na temat zaistniałej sytuacji, wykorzystując do tego różne źródła. Źródłem może być niezależna obserwacja dziecka lub rozmowa z innymi nauczycielami przedmiotowymi ucznia czy z administracyjnymi pracownikami szkoły (np. woźny/a, pracownik ochrony).

Krok 2. Identyfikacja problemu dziecka i ustalenie, jakie przejawia objawy

Po zebraniu informacji i ich analizie oraz ustaleniu, w jakiej trudnej sytuacji dziecko może się znajdować, psycholog wraz z pedagogiem szkolnym powinni zidentyfikować problem dziecka poprzez ustalenie, czy objawy i reakcje, jakie obecnie przejawia, mogą wynikać z przeżywanego stresu po możliwej traumie. Narzędziem do tego jest checklista objawów dołączona do procedury, na której można zaznaczyć te punkty, które dotyczą danego dziecka i odpowiadają jego zachowaniom (Załącznik nr 1).

Krok 3. Rozmowa dziecka z psychologiem lub pedagogiem szkolnym w celu pogłębienia informacji i normalizacji emocji dziecka

Po zebraniu informacji kolejnym krokiem powinna być rozmowa z dzieckiem na temat doświadczanych przez niego traumatycznych zdarzeń w celu pogłębienia wiedzy o sytuacji dziecka i normalizacji jego emocji. Należy wykorzystać listę pytań i wskazówek do rozmowy załączoną do procedury (Załącznik nr 2).

Krok 4. Ocena ryzyka zaistniałej sytuacji w celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku oraz omówienie sytuacji ucznia w czasie zebrania zespołu wychowawczego zwołanego przez dyrektora szkoły

Psycholog i/lub pedagog szkolny powinni według zdobytej wiedzy ocenić ryzyko zaistniałej sytuacji dla dziecka, a także sprawdzić, czy ma ono zapewnione bezpieczeństwo i podstawowe potrzeby w danej chwili. Zaopiekowanie się dzieckiem w postaci rozmowy o jego potrzebach może też pomóc w przywróceniu bezpieczeństwa w szkole i szkolnej grupie rówieśniczej, do której należy narażony uczeń.

Po zebraniu informacji i ocenie ryzyka dyrektor szkoły powinien w trybie pilnym zwołać zebranie zespołu wychowawczego, w skład którego powinni wchodzić: psycholog, pedagog, wychowawca klasy, nauczyciele przedmiotowi uczący w klasie danego ucznia. Podczas spotkania należy omówić sytuację ucznia i ustalić, w jaki sposób zaopiekować się dzieckiem oraz jakimi możliwościami pomocy dysponuje szkoła. W zaistniałej sytuacji trauma dziecka musi zostać zakończona, uczeń nie może być narażony na kolejne traumatyczne przeżycia (np. trwającą przemoc).

Krok 5. Rozmowa z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka

Po rozmowie z dzieckiem i spotkaniu zespołu wychowawczego należy zaprosić do szkoły rodziców lub opiekunów prawnych ucznia oraz powinna zostać przeprowadzona rozmowa nauczyciela i psychologa lub pedagoga szkolnego z rodziną, polegająca na omówieniu zaobserwowanych objawów i problemów ucznia, a także zidentyfikowanie problemu w systemie pozaszkolnym i psychoedukacji, uwzględniające uważność na mogące pojawiać się problemy w funkcjonowaniu dziecka w szkole i poza szkołą. Należy wykorzystać listę pytań i wskazówek do rozmowy z rodzicami załączoną do procedury (Załącznik nr 3).

Krok 6. W zależności od stopnia trudności problemu zawiadomienie przez dyrektora szkoły odpowiednich służb

Po rozpoznaniu okoliczności, w jakich znalazło się dziecko, identyfikacji problemu i rozmowie na ten temat z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka oraz uznaniu, że bezpieczeństwo i dobrostan dziecka są zaburzone, dyrektor szkoły powinien powiadomić o tym fakcie odpowiednie służby, takie jak ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny lub policja.

Krok 7. Normalizacja i psychoedukacja dziecka przez psychologa lub pedagoga szkolnego – rozmowa z dzieckiem po traumie

Po zapewnieniu podstawowych potrzeb dziecka kolejnym krokiem powinna być ponowna rozmowa z dzieckiem na temat doświadczonych przez niego traumatycznych wydarzeń w celu normalizacji emocji i psychoedukacji dziecka na temat tego, jak może się czuć i zachowywać w takich okolicznościach („normalna reakcja na nienormalną sytuację”). Rozmowa powinna być ustrukturalizowana według wytycznych wskazujących, jak rozmawiać z dzieckiem o traumie, co może przeżywać w danej chwili i w kolejnym czasie, jak może reagować na tę sytuację, co może myśleć i jak może się zachowywać lub jakie trudności może przeżywać. Należy wykorzystać listę pytań i wskazówek do rozmowy załączoną do procedury (Załącznik nr 2).

Krok 8. Dalsza obserwacja dziecka po traumie i jego zachowań oraz przekierowanie dziecka do dalszych oddziaływań poza szkołą w celu specjalistycznej diagnozy i uzyskania profesjonalnego wsparcia

Po wykonaniu poprzednich kroków należy kontynuować obserwację funkcjonowania dziecka w dalszych dniach. Jeśli wychowawca wraz z psychologiem/pedagogiem szkolnym ocenią, że dziecko sobie nie radzi mimo udzielanego wsparcia, trudności przewyższają zasoby dziecka do poradzenia sobie z nimi, a objawy dłuższy czas nie ustępują lub się nasilają, należy umówić kolejne spotkanie z rodzicami lub opiekunami prawnymi w celu przekierowania dziecka do dalszych oddziaływań i specjalistycznej diagnozy. Na tym etapie niezbędne będzie włączenie innych podmiotów wspierających dziecko i system rodzinny, w tym Ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny. Rodzicom można podać listę podmiotów, do których można ich wraz z dzieckiem przekierować w celu otrzymania profesjonalnej pomocy (Załącznik nr 5).

Krok 9. Sesja koordynacji zewnętrznej zorganizowana przez psychologa lub pedagoga szkolnego z innymi pracownikami podmiotów, do których rodzice zgłosili dziecko

Jeśli rodzice zdecydują się na skorzystanie z pomocy poza szkołą i poinformują o tym szkołę, dyrektor szkoły powinien podpisać z podmiotem leczącym porozumienie o współpracy (Załącznik nr 10). Następnie powinna odbyć się sesja koordynacji

zewnętrznej polegająca na kontakcie psychologa i/lub pedagoga szkolnego z innymi podmiotami, pod opieką których znajduje się dziecko. Sesję taką inicjuje psycholog i/lub pedagog szkolny poprzez kontakt z osobami wskazanymi przez rodziców, takimi jak psycholog interwent z Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej lub psycholog diagnosta z Ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny. Sesja taka będzie pomocna w wypracowaniu i wyznaczeniu indywidualnego planu działania wobec dziecka, który może zawierać wytyczne i wskazówki dla nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych wskazujące, jak reagować na posttraumatyczne zachowania dziecka, co robić, gdy dziecko na lekcji zaczyna płakać oraz reaguje agresywnie w określonych sytuacjach lub unika pewnych sytuacji.

Krok 10. Utrzymanie współpracy pomiędzy szkołą a jednostkami zewnętrznymi i monitorowanie sytuacji dziecka

W dalszej kolejności, gdy dziecko pozostanie pod wpływem oddziaływań w jednostkach poza szkołą, powinna zostać podtrzymana współpraca pomiędzy szkołą a jednostkami zewnętrznymi. Rekomendowany jest stały kontakt pomiędzy psychologiem i pedagogiem szkolnym a psychologiem diagnostą dziecka w poradni psychologicznej I poziomu referencyjnego oraz z terapeutą środowiskowym dedykowanym rodzinie dziecka, a także włączenie szkoły do realizacji Indywidualnego Planu Zdrowienia dziecka oraz ustalonych na pierwszym spotkaniu comiesięcznych sesji koordynacji między jednostkami, tak aby można było na bieżąco monitorować sytuację dziecka i go wspierać.

Wariant C – dziecko uchodźcze z Ukrainy

W przypadku dzieci z Ukrainy niezbędne jest zebranie wstępnego wywiadu przez nauczyciela/psychologa/pedagoga szkolnego na temat sytuacji dziecka oraz wybranie odpowiadającego sytuacji wariantu interwencji – A lub B.

Kluczowe w opiece nad dziećmi uchodźczymi jest zadbanie podczas interwencji o zniesienie lub przynajmniej złagodzenie bariery językowej w postaci zapewnienia tłumacza lub osoby ze szkoły znającej ojczysty język dziecka.

Interwencja w wariancie A dla dzieci świeżo przybywających do Polski z założeniem, że są bezpośrednio po doświadczeniach traumatycznych, powinna być uzupełniona o psychoedukację na temat radzenia sobie z traumą oraz z przedłużającą się sytuacją stresową według scenariusza serii lekcji wychowawczych przeprowadzanych przez psychologa/pedagoga szkolnego wspieranego przez tłumacza lub psychologa mówiącego w języku ojczystym dzieci (Załącznik nr 6).

Interwencja w wariancie B dla dzieci już przebywających w Polsce od jakiegoś czasu powinna być poszerzona o psychoedukację na temat radzenia sobie z traumą oraz z przedłużającą się sytuacją stresową według scenariusza lekcji wychowawczej przeprowadzonej przez psychologa/pedagoga szkolnego wspieranego przez tłumacza lub psychologa mówiącego w języku ojczystym dzieci (Załącznik nr 6), a także o propozycje spotkań wsparciowych dla dzieci, które zgłaszają potrzebę uzyskania wsparcia w postaci rozmowy z psychologiem/pedagogiem szkolnym według wytycznych rozmowy (Załącznik nr 2, Załącznik nr 7) lub współpracy z psychologiem/interwentem z jednostki zewnętrznej, który mógłby pełnić dyżury wsparciowe w szkole dla potrzebujących/chętnych uczniów (z pobliskiego Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej lub ze Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży po nawiązaniu współpracy przez dyrektora szkoły).

Czas trwania:

W zależności od wariantu czas trwania interwencji może się różnić.

W wariancie A, dotyczącym traumy dużej, procedura interwencji powinna być uruchomiona zaraz po otrzymaniu przez nauczyciela informacji, że dziecko uległo trudnemu doświadczeniu i nie powinna ona trwać dłużej niż 2 tygodnie, do kroku 7, kiedy dziecko podlega dalszej obserwacji przez nauczyciela oraz psychologa/pedagoga szkolnego. Jest to wersja optymalna, która może zagwarantować zapewnienie dziecku odpowiedniej opieki. Kolejne kroki – od 8 do 11 – będą zależne od woli rodzica, czy zgłosi dziecko do jednostek poza szkołą i jak szybko dziecko zostanie tam objęte oddziaływaniami pomocowymi.

W wariantcie B, dotyczącym traumy małej, procedura może trwać dłużej, w zależności od ilości informacji, jakie zbierze nauczyciel/wychowawca oraz psycholog i pedagog szkolny. Realizacja procedury do kroku 8 nie powinna jednak zająć dłużej niż miesiąc od momentu zauważenia u ucznia niepokojących objawów czy otrzymania zgłoszenia o zachowaniach problemowych. Jest to wersja optymalna, która może zagwarantować zapewnienie dziecku odpowiedniej opieki. Każde wydłużenie procedury naraża ucznia na występowanie kolejnych traumatycznych wydarzeń i może pogłębić zespół stresu pourazowego. Kolejne kroki, czyli 9 i 10, będą zależne od woli rodzica, czy zgłosi dziecko do jednostek poza szkołą i jak szybko dziecko zostanie tam objęte oddziaływaniami pomocowymi.

Monitorowanie i ewaluacja skuteczności:

W celu monitorowania i ewaluacji skuteczności wprowadzonej procedury należy przeprowadzić trzy kroki.

W pierwszym kroku dyrektor szkoły powinien posiadać listę zalecanych interwencji pomagającą ustalić, czy wszystkie punkty z zalecanej interwencji zostały wypełnione przez kolejne wyznaczone przez dyrektora szkoły osoby (Załącznik nr 8). Lista ta powinna być wypełniana przez poszczególne osoby zaangażowane w interwencję na terenie szkoły i biorące udział w interwencji oraz powinna być złożona do dyrektora szkoły w momencie osiągnięcia ostatniego punktu, gdy dziecko jest już zaopiekowane przez instytucje pozaszkolne.

Kolejnym krokiem powinno być wypełnienie przez nauczyciela/wychowawcę oraz psychologa i pedagoga szkolnego arkusza obserwacji ucznia (Załącznik nr 9). Arkusz ten ma służyć monitorowaniu zachowania dziecka w środowisku szkolnym przez nauczyciela/psychologa/pedagoga oraz określeniu, czy objawy się zmniejszyły/ustąpiły, czy nadal występują zachowania problemowe i jaka jest ocena frekwencji dziecka. Taki arkusz powinien być wypełniany raz w miesiącu i omawiany podczas sesji koordynacji zewnętrznej z jednostkami udzielającymi wsparcia poza szkołą.

Trzecim ważnym elementem ewaluacji jest regularne sprawdzanie i monitorowanie przez psychologa/pedagoga szkolnego, czy dziecko przekierowane do dalszych oddziaływań otrzymało pomoc poza placówką szkoły i w jakim zakresie. Takie informacje powinny być kontrolowane raz w miesiącu podczas sesji koordynacji z podmiotami udzielającymi dziecku wsparcia poza szkołą.

Ryzyko/zagrożenia w realizacji:

Realizacja interwencji nie zawsze jest łatwa i bezproblemowa. Objawy związane ze stresem posttraumatycznym mają różnorodną specyfikę i wymagają dużej wiedzy, aby móc je odpowiednio zidentyfikować i następnie zaopiekować się dzieckiem w odpowiedni sposób. W związku z tym pojawia się szereg czynników ryzyka, które mogą utrudniać odpowiednią realizację interwencji.

Konieczność wyposażenia nauczycieli w odpowiednią wiedzę na temat traumy i jej objawów oraz zrozumienie przyczyn zachowań dziecka po traumie

Rozpoznanie objawów charakterystycznych dla przeżywanego stresu posttraumatycznego u dziecka wymaga wiedzy na temat zaburzenia i jego objawów. Wymaga to przeszkolenia nauczycieli/wychowawców oraz psychologów i pedagogów szkolnych w tym zakresie, aby mieli możliwość zrozumieć, że nawet najbardziej destrukcyjne zachowania mogą być efektem doświadczanego niepokoju i są przejściowe, a nie charakterystyczne dla dziecka. Niedostępność takich szkoleń dla nauczycieli i specjalistów w szkole może sprawić, że dziecko we właściwym czasie nie otrzyma odpowiedniej pomocy i procedura będzie bezużyteczna, a objawy będą miały długotrwały i destrukcyjny wpływ na zdrowie, rozwój i poczucie bezpieczeństwa dziecka.

Blokada dziecka w mówieniu o trudnych przeżyciach

Dla dziecka rozmowa z nauczycielem, psychologiem lub pedagogiem szkolnym może być okazją do wyrażenia swoich obaw i lęków oraz opowiedzenia o traumie. Jednak nie każde dziecko, będąc w lęku, jest w stanie się otworzyć i opowiedzieć o tym, czego doświadczyło i czy stale tego doświadcza, nie zawsze też szuka pomocy

u dorosłego. Brak chęci dzielenia się trudnym doświadczeniem jest jednym z objawów zaburzeń po stresie traumatycznym, ale może wynikać również z chęci ochrony siebie lub rodzica. Taka rozmowa wymaga od nauczyciela umiejętności rozmowy z dzieckiem i budowania relacji, która stworzy bezpieczną przestrzeń do wyznania, co dziecko przeżyło. Nie każdy nauczyciel posiada takie umiejętności, co może blokować dziecko i utrudniać poznanie realnej sytuacji, w jakiej dziecko się znalazło.

Brak współpracy rodziców

Wspólnym celem nauczyciela i rodzica lub opiekuna dziecka powinna być współpraca pomiędzy środowiskami, w jakich dziecko funkcjonuje oraz szukanie wspólnych rozwiązań. Psycholog i pedagog szkolny, pomimo odpowiedniej psychoedukacji i poinformowania rodziców o zaistniałych problemach, może mieć utrudniony wpływ na decyzję rodziców na temat podjęcia pomocy w placówkach pozaszkolnych. Jeśli dziecko nie zostanie przekierowane do podmiotów leczących, istnieje duże ryzyko, że objawy będą się utrzymywać, a trauma się utrwali i będzie problemem w życiu dziecka na dalszych etapach.

Zrzucanie odpowiedzialności na środowisko szkolne oraz brak gotowości do współpracy ze strony rodziców i dostrzegania własnego udziału w rozwoju zaburzeń u dziecka

Czasami rodzicom trudno samym odnaleźć się w traumatycznej sytuacji – przejawiają chaos i bezradność w swoich zachowaniach, utrudniając dziecku wypracowanie adaptacyjnych form radzenia sobie. Jeśli rodzic nie potrafi dojrzałe zinterpretować dziecku trudnej sytuacji, jaka go spotkała, a jednocześnie nie chce uzyskać pomocy i wsparcia z zewnątrz w tym zakresie, wówczas dziecko będzie zagrożone głębokim i dramatycznym przeżywaniem traumy.

Długi okres oczekiwania na pomoc w jednostkach leczących poza szkołą

Instytucje pozaszkolne działające na rzecz pomocy i wsparcia dziecka w kryzysie często są przeciążone ilością takich przypadków, co sprawia, że dostępność specjalistów nie zawsze jest natychmiastowa. W momencie, kiedy wsparcie ze strony

środowiska szkolnego wydaje się niewystarczające i pomimo współpracy rodziców dziecko „utknie” w kolejce do specjalistów i dedykowanych oddziaływań, procedura może nie być doprowadzona do końca, niezależnie od przygotowania do niej szkoły.

Niechęć nauczycieli do współpracy między sobą w środowisku szkolnym oraz z podmiotami zewnętrznymi – natłok obowiązków, brak czasu

W pomocy dziecku z objawami stresu posttraumatycznego niezbędna jest praca zespołowa dorosłych, która może przynieść najbardziej efektywny wynik. Tworząc wspólną linię opieki nad dzieckiem, uwzględniającą jego potrzeby, mamy pewność uzyskania najlepszych efektów w poradzeniu sobie dziecka z traumą. Niestety wiemy, że nauczyciele są w szkołach obciążeni obowiązkami w ramach swoich etatów i często trudno jest wygospodarować dodatkową przestrzeń na współpracę między sobą, a co dopiero z osobami z systemu spoza szkoły. Należy zwrócić na to uwagę i zastanowić się, jak zorganizować pracę, aby nikt nie odczuwał przeciążenia podczas realizacji procedury.

Bariera językowa uniemożliwiająca pomoc dzieciom uchodźczym, niedostępność tłumaczy i nauczycieli specjalistów w języku ojczystym dziecka

Kluczowe w opiece nad dziećmi uchodźczymi jest zadbanie podczas interwencji o zniesienie lub chociażby złagodzenie bariery językowej w postaci zapewnienia tłumacza lub osoby ze szkoły znającej ojczysty język dziecka. Jak dobrze wiemy, nie jest to proste do zorganizowania we wszystkich placówkach ze względu na małą dostępność tego typu specjalistów.

Załączniki:

- Załącznik nr 1. Checklista objawów, jakie może mieć dziecko po przeżytej traumie
- Załącznik nr 2. Lista pytań i wskazówek do rozmowy z dzieckiem po traumie
- Załącznik nr 3. Lista pytań i wskazówek do rozmowy z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka po traumie

- Załącznik nr 4. Formularz dotyczący sieci wsparcia dla dziecka po traumie
- Załącznik nr 5. Lista podmiotów, do których można rodziców wraz z dzieckiem przekierować w celu otrzymania profesjonalnej pomocy
- Załącznik nr 6. Scenariusz lekcji wychowawczej na temat przeżywania sytuacji trudnych/traumatycznych
- Załącznik nr 7. Poradnik *Dziecko pod wpływem traumy*
- Załącznik nr 8. Checklista zalecanych interwencji dla dyrektora szkoły
- Załącznik nr 9. Arkusz obserwacji ucznia z objawami PTSD
- Załącznik nr 10. Wzór porozumienia o współpracy pomiędzy placówką oświaty a podmiotem leczniczym

Bibliografia:

Bonn, S., Steele, K., Hart, O. (2019). *Zaburzenia dysocjacyjne po traumie. Trening umiejętności. Podręcznik pacjenta i terapeuty*. Kraków: WUJ.

Bonn, S., Williams, M.B., Watkins, B.E. (2020). *Życie po traumie. Zeszyt ćwiczeń terapeutycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Zwierciadło.

Briere, J., Scott, C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Cohen, A.J., Mannarino, P.J., Deblinger, E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Kraków: WUJ.

Foa, B.E. (2014). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeuty*. Sopot: GWP.

Foa, B.E., Gilboa-Schechtman, E., Chrestman, K.R. (2013). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeuty*. Sopot: GWP.

Januszewska, E. (2020). Depresja, osamotnienie a przeżyta trauma u dzieci i młodzieży. W: E. Chodźko, K. Talarek (red.), *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku* (T. 1; s. 97–113). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel.

Kobylarczyk-Kaczmarek, M. (2022). *Psychospołeczne uwarunkowania negatywnych i pozytywnych skutków zdarzeń traumatycznych doświadczonych przez młodzież*. Rozprawa doktorska. Łódź: Uniwersytet Łódzki.

Kulig, B., Saj, T. (2019). *Szkoła wrażliwa na traumę. Jak wspierać dziecko z doświadczeniem traumy w procesie edukacji*. Warszawa: Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce.

Odachowska, E., Woźniak-Prus, M. (2018). Trudna diagnoza. Kontrowersje wokół PTSD i ADHD. *Psychologia Wychowawcza*, (13), 7–24.

Odachowska-Rogalska, E. (2022). *Dziecko pod wpływem traumy. Poradnik dla nauczycieli, pedagogów, placówek oświatowych i poradni psychologicznych*. Warszawa: UNICEF Polska.

Olasov Rothbaum, B., Foa, B.E., Hembree, A.E. (2014). *Odzyskaj życie po traumie. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Podręcznik pacjenta*. Sopot: GWP.

Pudełko, K. (2022). *Terapia traumy u dzieci i młodzieży*. Poznań: Forum Media Polska.

Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, (3–4), 55–70.

Wiśniewska, L.A. (2016). Trauma dziecka a funkcjonowanie szkolne. *Zeszyty Naukowe KSW*, 43(15), 43–60.