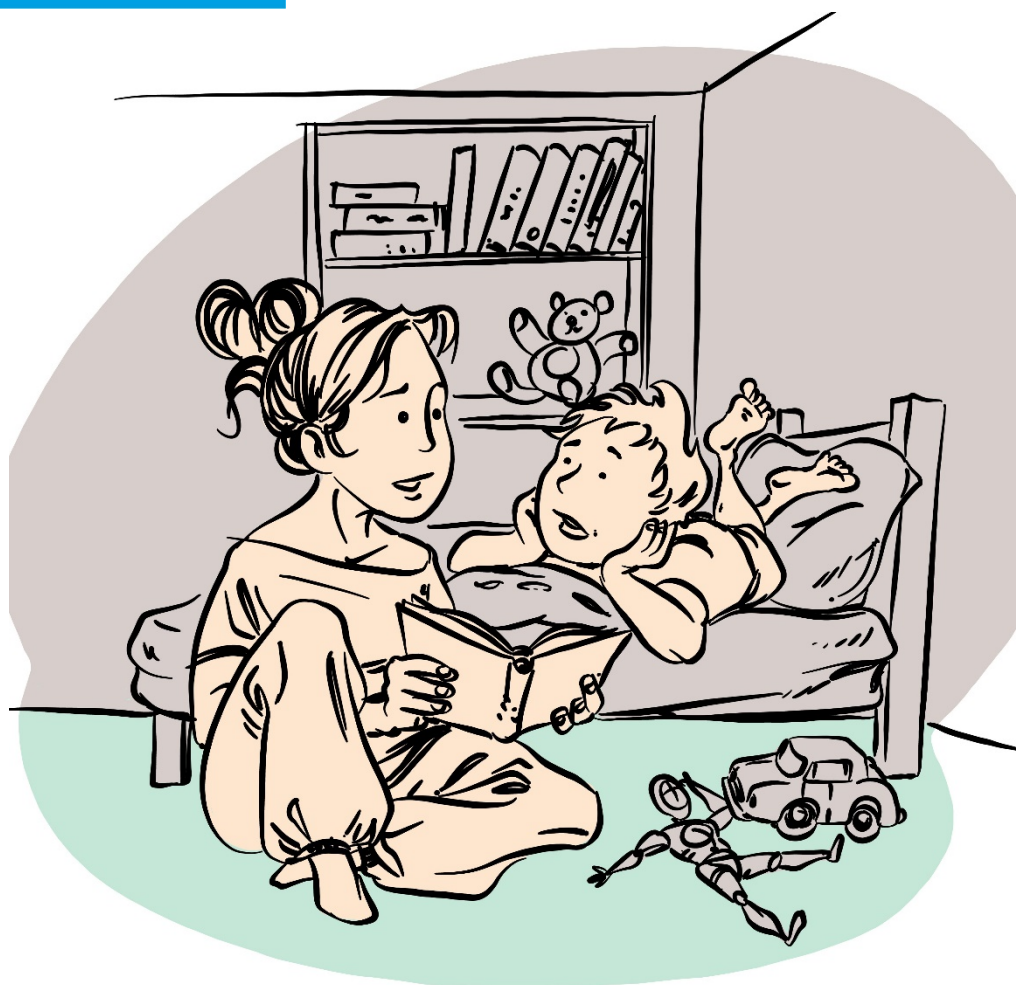


# АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ УХОД, УЧИТЫВАЮЩИЙ ДЕТСКИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ КАК УХАЖИВАТЬ ЗА РЕБЕНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ТРАВМУ



SOS ДЕТСКИЕ  
ДЕРЕВНИ  
БЕЛАРУСЬ





# СОДЕРЖАНИЕ

I.	ЧТО МЫ ЗНАЕМ О ТРАВМАХ? .....	6
II.	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАВМУ .....	21
III.	ПРИЛОЖЕНИЕ .....	32
IV.	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	36
V.	ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	37

## Авторы

Beata Kulig, SOS Детские деревни Польша  
Tomasz Saj, SOS Детские деревни Польша

## Редактор

Aleksandra Sikorska, SOS Детские деревни Польша

## Консультанты

Monika Zarzeczna, SOS Детские деревни, Польша  
Luboř Tibenský, SOS Детские деревни Интернациональ  
Harald Øhrn, Kirkens Bymisjon, Robust  
Petter Jacobsen, Kirkens Bymisjon, Robust  
Алеся Чернявская, SOS Детские деревни Беларусь  
Dace Veinare, SOS Детские деревни Латвия

## Координатор проекта

Eliza Ostojka, PhD, SOS Детские деревни Польша

## Иллюстрации

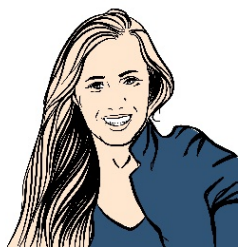
Marcin Kułakowski

## Перевод

Translate-Studio



## ОБ АВТОРАХ



Beata Kulig – в течение 10 лет работает в организации SOS-Детские деревни Польша, где является ответственной за проекты по адвокации и политику в области защиты детей. Тренер, член команды тренеров Польской коалиции по фостерной опеке. Она проводит тренинги для родителей и приемных родителей, учителей, социальных работников и назначенных судом опекунов для поддержки лиц, перенесших травму.



Tomasz Saj – педагог, специалист по психологической профилактике и тренер. Более 25 лет он работает в SOS-Детские деревни Польша в течение более 25 лет, в настоящее время является национальным советником по вопросам семьи. Его профессиональные интересы и развитие сосредоточены вокруг травмы и целостного подхода к поддержке людей, пострадавших от травмы. Он провел тренинг по данной теме, преимущественно для учителей, а также для назначенных судом опекунов, приемных родителей и социальных работников. Он является членом Польской ассоциации TRE® (Упражнения для снятия напряжения и травм), а также специалистом-практиком в области QEC (индивидуальное обучение по энергии кванта).

*Уважаемые лица, осуществляющие уход,*

*Создание отношений и уход за ребенком, перенесшим травму и проблемы в отношениях, являются особыми проблемами, связанными со сложным откликом детей на дружелюбное поведение взрослых, а также тревожностью и агрессией со стороны детей и необходимостью постоянного разъяснения остальным того, почему ребенок нуждается в индивидуальном подходе. Ежедневные усилия не дают немедленного результата, и лицо, осуществляющее уход, часто может чувствовать, что чем больше он/она пытается стать ближе к ребенку, тем больше ребенок сопротивляется сближению и отказывается принимать помощь. Мотивация, связанная с продолжением усилий по сближению с ребенком, поддерживается глубинным пониманием причин, стоящих за противоречивыми эмоциями детей и их поведением, а также профессиональными инструментами для работы с детьми, перенесшими травму. Кроме этого, крайне важно создавать и поддерживать сеть контактов, объединяющую профессионалов и других значимых лиц для того, чтобы, помнить о собственных потребностях и восполнении своих ресурсов при осуществлении ухода, целью которого является удовлетворение потребностей ребенка.*

*Мы знаем, что ваши знания и опыт по поддержке детей, оказавшихся в сложной ситуации, огромны, а также что вы продолжаете искать возможности для расширения и систематизации этих знаний. Эта брошюра является частью проекта, цель которого заключается в улучшении знаний и навыков патронатных воспитателей, профессионалов и учителей, работающих с детьми, перенесшими травму. На основе вашего опыта и положительной практики мы ищем новые эффективные пути помощи детям посредством альтернативного ухода. Мы верим, что информация и инструменты, представленные в данной брошюре, окажутся полезными для вас, и вы сможете передать их другим людям, совместно с которыми вы создаете систему помощи детям, перенесшим травму.*

*Авторы*

## I. ЧТО МЫ ЗНАЕМ О ТРАВМАХ?

### 1. КОМПЛЕКСНАЯ ТРАВМА, ПОЛУЧЕННАЯ В ХОДЕ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ: ЧТО ОНА ИЗ СЕБЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ?

Большинство детей, помещенных в условия альтернативного ухода, получали психологические травмы. Травма оказывает долгосрочное влияние разного рода как на жизнь ребенка, так и на семью в целом. Поэтому патронатные воспитатели должны понимать влияние травмирующих событий на жизнь детей, а также должны уметь определять потребности детей, вытекающие из опыта, связанного с получением травмы, для достижения наиболее эффективного результата. Травматические переживания характеризуют не только жизни детей, помещенных в условия альтернативного ухода. Согласно исследованиям, проводившимся в Польше, 41% детей в возрасте от 11 до 17 лет подвергались насилию со стороны близких людей<sup>1</sup>, а также, по данным Американской национальной сети по посттравматическому стрессовому расстройству у детей (NCTSN), каждый четвертый школьник переживал травматические события<sup>2</sup>.

Мы можем говорить о травме, при которой ребенок является либо участником, либо свидетелем событий, которые воспринимаются как угрожающие его/ее собственной жизни и здоровью<sup>3</sup> или жизни и здоровью его/ее близких людей (родители или братья и сестры). Ребенок, потрясенный такого рода событиями, оказывается эмоционально бессилён - он не в состоянии справиться с этим опытом. Такое событие является источником стресса, порождает страх и беспомощность. Результатом могут стать дезорганизованное, непредсказуемое поведение или чрезмерная взволнованность. Вот несколько примеров травмирующих событий:

- ✓ различные формы насилия (особенно сексуальное и физическое насилие)
- ✓ случаи насилия в семье, свидетелем которых стал ребенок
- ✓ пренебрежение
- ✓ оставление ребенка
- ✓ злоупотребление доверием, например, когда лицо, осуществляющее уход, является обидчиком
- ✓ насилие в обществе, в том числе в школе, например, в ситуации, когда ребенок становится свидетелем или жертвой издевательств
- ✓ болезненные медицинские обследования и вмешательства
- ✓ дистанцирование от лица, осуществляющего уход, вследствие госпитализации и болезненных медицинских процедур (в том числе преждевременные роды с последующим помещением ребенка в кузов, то есть изоляцией ребенка)
- ✓ тяжелая, опасная для жизни болезнь
- ✓ смерть или потеря близкого человека
- ✓ авария, например, автокатастрофа
- ✓ опасные для жизни стихийные бедствия, например, наводнение
- ✓ террористические акты.

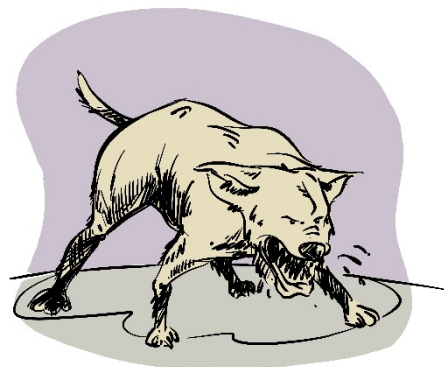
<sup>1</sup> Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci (Национальная оценка распространенности и обстоятельств жестокого обращения с детьми). Исследование проводилось среди детей в возрасте 11–17 лет в 2018 году методом репрезентативной выборки, <https://diagnozakrazywdzenia.pl/>.

<sup>2</sup> Child Trauma Toolkit for Educators (Набор средств помощи относительно детских травм для преподавателей), NCTSN (Национальная сеть по посттравматическому стрессовому расстройству у детей), Лос-Анджелес, 2008, более подробная информация: [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org).

<sup>3</sup> Примером могут служить серьезные травмы, которые могут привести к инвалидности или неизлечимой болезни.

**ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРАВМ<sup>4</sup>:****Острая травма**

Острая травма - единичное, ограниченное во времени травмирующее событие, например, ДТП, террористический акт, природный катаклизм, изнасилование или укус собаки. Каждое из этих событий может вызывать у ребенка ряд неоднозначных ощущений, мыслей и физических реакций, быстро сменяющих друг друга, поскольку ребенок неоднократно оценивает и переоценивает степень угрозы (защищенности). По мере развития ситуации ребенка переполняют эмоции, возникают неожиданные физические реакции, что усугубляет страх и чувство подавленности.

**Хроническая травма**

Данным термином описывается ситуация, при которой ребенок пережил множество травмирующих событий, например, подвергался бытовому насилию, издевательствам в школе, а затем насилию в обществе. Эффект хронической травмы является кумулятивным, т.е. каждое травмирующее событие напоминает ребенку о ранее пережитой травме и усиливает ее разрушительное воздействие на психику. С каждым последующим событием ребенок все больше убеждается в том, что окружающий мир опасен. Со временем ребенок, неоднократно находившийся в состоянии эмоциональной подавленности, становится все более уязвимым и теряет способность справляться с ежедневными стрессами.

**Комплексная травма (травма отношений)<sup>5</sup>**

Это термин, применяемый для описания воздействия хронической травмы, при которой лицами, причиняющими насилие и пренебрегающими ребенком, являются преимущественно родители или лица, осуществляющие уход (обычно имеющие собственный травмирующий детский опыт). Комплексная травма также предполагает влияние хронической травмы, ее краткосрочное и долгосрочное воздействие на жизнь ребенка. Дети, которые с самого раннего возраста подвергались множеству травмирующих событий, связанных с отношениями. Физическое насилие, сексуальное насилие, пренебрежение нуждами, являются жертвами комплексной травмы

**Пренебрежение нуждами ребенка как психологическая травма**

Пренебрежение нуждами - это поведение лица, осуществляющего уход за ребенком, как правило, родителя, которое приводит к неспособности обеспечить адекватный уход для удовлетворения физических, медицинских, образовательных и эмоциональных потребностей ребенка. Пренебрежение нуждами ребенка является наиболее распространенной формой жестокого обращения с ребенком, имеющей далеко идущие последствия для его развития. В частности, младенцы и маленькие дети, испытывающие нехватку внимания и заботы, могут чувствовать, что их жизни угрожает опасность, поскольку они полностью зависят от взрослых, а их биологическое выживание — от поведения и усилий лиц, осуществляющих уход ними. Пренебрежение

<sup>4</sup> Классификация травм основана на учебном пособии по охране детства и травмам (*Child Welfare Trauma Training Toolkit: Comprehensive Guide*, NCTSN, Los Angeles, 2013).

<sup>5</sup> В специальной литературе (особенно в европейской) «комплексная травма» также описывается как «травма отношений». Таким образом, подчеркивается контекст приобретения травмы, то есть отношения между лицом, осуществляющим уход, и ребенком. Несмотря на смысловую близость этих двух терминов, они не идентичны. Однако в данной брошюре они могут использоваться в качестве синонимов.

нуждами ребенка следует рассматривать как вид комплексной травмы. Ему зачастую сопутствуют такие неблагоприятные факторы, как крайняя нищета и злоупотребление алкоголем или наркотиками лицами, осуществляющими уход за ребенком.

Опекуны и лица, осуществляющие уход, должны отдавать себе отчет в том, что многие дети, находящиеся под их опекой, не только имеют опыт хронических и комплексных травм, полученных в предыдущих семьях, но и в то же время были лишены успокаивающего влияния лица, осуществляющего уход и оказывающего поддержку. По этой причине, вместо сосредоточения на специфическом поведении детей из неблагополучных семей, при осуществлении ухода и в ходе работы необходимо попытаться проанализировать их непростую историю и проследить влияние прошлого травматического опыта на нынешнюю ситуацию.

Примечание: У ребенка, неоднократно становившегося участником или свидетелем шокирующих событий, подвергавшегося жестокому обращению, выросшего в среде людей, пренебрегавших его потребностями, посттравматическое стрессовое расстройство может проявиться после переезда в другое место.

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ

Посттравматическое стрессовое расстройство<sup>6</sup> — это эмоциональная и физическая реакция ребенка на событие, представляющее угрозу жизни или здоровью самого ребенка или близкого ему человека. Такое событие оказывает подавляющее воздействие на психику ребенка, негативно сказываясь на его стрессоустойчивости, и вызывает интенсивные физические и психологические реакции, которые могут оказаться не менее шокирующими, чем само событие. Данные поправки включают:

- ✓ всепоглощающее чувство ужаса и беспомощности
- ✓ резкое учащение сердцебиения, дрожь, головокружение, непроизвольное мочеиспускание и испражнение
- ✓ сверхбдительность, расстройство, грусть.

После травмирующего события некоторые дети постоянно испытывают грусть. Продолжительное посттравматическое стрессовое расстройство у детей может привести к ночным кошмарам, проблемам с концентрацией внимания, засыпанием или сном, питанием, а также к возбуждению, депрессии, перепадам настроения и изменениям в поведении. Эти проблемы имеют место или становятся более ярко выраженными в ситуации, когда травмирующие воспоминания внезапно провоцируются или когда ребенок сталкивается с возбудителем травмы. В результате дети демонстрируют необычное поведение в повседневных ситуациях, что негативно сказывается на их способности формировать стабильные отношения со сверстниками и позитивно взаимодействовать с окружающим миром.



### ПОМНИТЕ

- ✓ У большинства детей в условиях альтернативного ухода есть комплексная травма
- ✓ За проблемным поведением ребенка зачастую кроется история многочисленных неблагоприятных событий: острые травмы, хроническая травма и комплексная травма.
- ✓ Нельзя недооценивать влияние присутствия ребенка при акте насилия в семье и пренебрежения нуждами ребенка на этапе развития.

<sup>6</sup> See B. van der Kolk, Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy, Warszawa 2018, p. 203.



## 2. ПРИВЯЗАННОСТЬ<sup>7</sup>

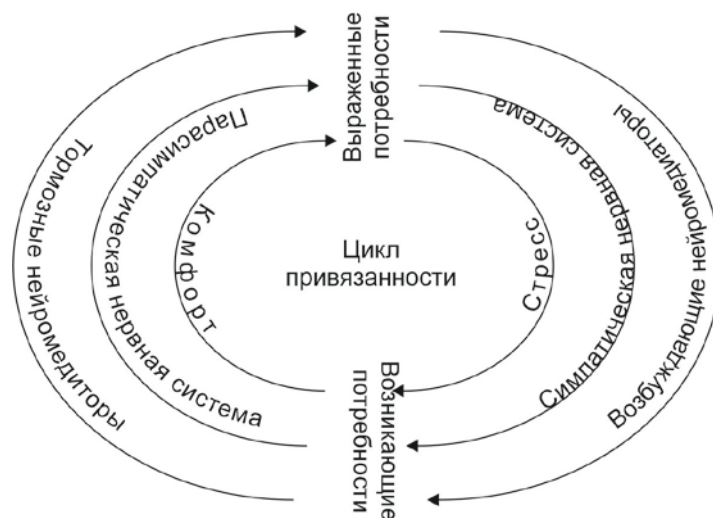
*В этом разделе мы кратко обсудим типы привязанности и покажем взаимосвязь между травмой и схемой привязанности.*

Механизм, лежащий в основе возникновения привязанности между ребенком и лицом, осуществляющим уход, в соответствии с нижеприведенным описанием, важен для понимания того, каким образом ребенок вступает в отношения со взрослыми и сверстниками в более позднем возрасте, поскольку привязанность в раннем возрасте определяет будущие отношения человека.

### ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ

Отношения привязанности развиваются между младенцем и лицом, осуществляющим уход (как правило, матерью). В теории привязанности это основное лицо известно как «фигура привязанности». Данная первичная связь развивается приблизительно к двум годам. Младенец стремится к близости со значимым взрослым, который является источником комфорта и безопасности. Если такого взрослого нет рядом, ребенок начинает беспокоиться и расстраиваться. Обостряется сепарационная тревога. Младенцы биологически предрасположены к формированию отношений привязанности, и они демонстрируют свою привязанность для обеспечения близости значимого взрослого и, следовательно, гарантии безопасности и защиты. К такому поведению относятся плач, лепет и улыбка, а также попытка дотронуться и наблюдение за лицом, осуществляющим уход. Такое поведение проявляется как тогда, когда ребенок чувствует себя в безопасности, так и в ответ на реальную или предполагаемую угрозу.

Когда уход осуществляется должным образом, то лицо, осуществляющее уход, откликается на потребности ребенка, выражаемые им/ей. Ребенок успокаивается и чувствует себя в безопасности до следующей предполагаемой угрозы. Этот цикл требования близости и ответа лица, осуществляющего уход, на потребности ребенка будет повторяться снова и снова. Если поведение взрослого соответствует ожиданиям ребенка, он убеждается в возможности облегчения страданий и, таким образом, учится доверять взрослому. Отношения с фигурой привязанности становятся источником радости и безопасности, обусловленных тем фактом, что этот человек всегда будет рядом, чтобы помочь ребенку, если необходимо.



Поведение в условиях привязанности: Доверие, самоуважение,  
результативный баланс НРА: Предпосылки нейрохимического  
баланса саморегуляции: Предпосылки психического здоровья

Источник: *Dr Karyn Purvis Institute of Child Development (Институт развития детей)*,  
<https://www.youtube.com/watch?v=7vjVpRffgHQ>.

<sup>7</sup> На основе монографии С. Taylor, *A practical guide to caring for children and teenagers with attachment difficulties*, London and Philadelphia, 2010. (Практическое руководство по уходу за детьми и подростками, испытывающими сложности в привязанности, Лондон и Филадельфия, 2010)

Вид привязанности — это модель поведения, которую ребенок проявляет в отношениях со значимой фигурой. Если ребенок знает, как привлечь внимание лица, осуществляющего уход, к его потребностям, и его потребности удовлетворяются, речь идет об организованной модели привязанности.

## ОРГАНИЗОВАННЫЕ МОДЕЛИ ПРИВЯЗАННОСТИ

### Надежная привязанность

Надежная привязанность — это прочная связь ребенка со значимым взрослым, в которой оба находят радость и удовлетворение. Взрослый доступен и отзывчив. Он надлежащим образом реагирует на потребности ребенка с высокой степенью предсказуемости. Ребенок, получивший такой уход, чувствует себя любимым, достойным и способным на многое и воспринимает взрослых и, в широком смысле, мир предсказуемыми, доступными и отвечающими его потребностям. Эта положительная отправная точка называется надежной базой, которая позволяет ребенку исследовать мир и развивать устойчивость, независимость, эмпатию, самоконтроль, социальную компетентность и высокую, но адекватную самооценку.



## НЕНАДЕЖНАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ

### Тревожно-устойчивая привязанность: Непоследовательное лицо, осуществляющее уход

В этом случае значимый взрослый доступен для ребенка лишь время от времени и нечувствителен к его потребностям. В таких отношениях у ребенка может появиться страх оказаться эмоционально отвергнутым. Такие дети подвержены неконтролируемому стрессу, который приводит к гиперактивности и раздражительности. Кажется, что их переполняет «смесь всевозможных чувств». Будучи не в состоянии увидеть связь между собственным поведением и поведением лица, осуществляющего уход, ребенок может с трудом развивать социальную грамотность и соответствующий уровень самостоятельности. В отношениях они проявляют двойственность и пытаются навязать свою волю другим. Ребенок считает себя непривлекательным и неумелым, а взрослого — недоступным, неотзывчивым, игнорирующим и не способным удовлетворить потребности ребенка.

Дети с фиксированным тревожно-устойчивым типом привязанности могут демонстрировать нетипичные реакции и поведение, чтобы привлечь внимание значимых взрослых. Они могут принимать форму мятежа и провоцирования, но ребенок может также стать чрезмерно активным в различных областях, чтобы завоевать признание, восхищение и одобрение. Такие дети нуждаются в окружении с низким уровнем стресса и закономерной безопасностью. Они нуждаются в понятной, четко определенной доброжелательной структуре без излишней критики или отвергания, которые могут в скором времени спровоцировать сложные чувства и поведение. Лица, осуществляющие уход, не должны проявлять чрезмерную опеку или пытаться «спасти» ребенка. Эти дети должны научиться доверять своим собственным талантам и возможностям, делая маленькие шаги и преуспевая в небольших задачах.

### Тревожно-избегающий тип привязанности Равнодушный взрослый

Тревожно-избегающий тип привязанности развивается, если взрослый отвергает ребенка или уделяет ему внимание только в качестве «поощрения», а также проявляет постоянный и чрезмерный контроль. В таких отношениях у ребенка может вовсе не наблюдаться поведения привязанности. Ребенок становится чрезмерно самостоятельным и независимым. Такой «хороший ребенок» может порадовать взрослого тем, что он тихий и не требовательный. Перед лицом угрозы ребенок кажется лишенным эмоций, скрывая их от окружающих. Они имеют тенденцию подавлять негативные чувства и проявляют только позитивные, чтобы привлечь внимание лица, осуществляющего уход, и избежать отторжения. Ребенок воспринимает себя бесполезным и непривлекательным, а взрослого считает недоступным и в то же время навязчивым. Дети с такой моделью привязанности могут восприниматься как «имеющие хорошее поведение», они спокойные и

слегка замкнутые, пытаются избежать привлечения внимания окружающих и ситуаций социального взаимодействия.

При работе с ребенком с фиксированным тревожно-избегающим типом привязанности рекомендуется демонстрировать позитивный, ободряющий подход без отвержения. Взрослые могут попытаться выяснить, что успокаивает этих детей, и давать им безопасные, стимулирующие задания. В то же время они должны противостоять желанию чрезмерно активно взаимодействовать с ребенком и быть готовыми сделать шаг назад, если ученик не выдерживает попытки взрослого сократить расстояние.

## ДЕЗОРГАНИЗОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРИВЯЗАННОСТИ

### Дезорганизованная модель (отсутствие стратегии или множественные стратегии)

Этот тип привязанности развивается, когда ребенок не может выработать организованную стратегию для удовлетворения своих потребностей за счет лица осуществляющего уход, поскольку такое лицо использует множество методов и стратегий воспитания самым непредсказуемым образом или за ребенком осуществляют уход многочисленные лица, использующие различные методы воспитания. Поведение такого лица зачастую связано со злоупотреблением запрещенными веществами, насилием в семье или психическим заболеванием. Такое лицо также может порождать страх, например, в случае incesta или домашнего насилия. Таким образом, лицо, осуществляющее уход, которое должно обеспечивать безопасность, становится источником постоянного страха и неуверенности. Ребенок предпринимает беспорядочные попытки привлечь внимание взрослого, то и дело прибегая к стратегиям, типичным для детей с тревожно-избегающей или амбивалентной привязанностью. Если лицо, осуществляющее уход без которого ребенок не может выжить, одновременно является источником постоянного страха и неуверенности, ребенок не может предсказать опасность и находится в состоянии постоянной бдительности. Такие дети не могут эффективно управлять эмоциями, они находятся в состоянии сильного возбуждения и с течением времени становятся беспомощными, напуганными или агрессивными. Ребенок воспринимает себя могущественным и злым, а взрослого — недоступным и пугающим. В этой группе детей повышен риск трудностей или психопатологии.



Дети с фиксированной моделью дезорганизованной привязанности часто воспринимаются лицами, осуществляющими уход, или учителями как самые сложные, особенно из-за агрессивного или провокационного поведения со стороны детей, неуважения к потребностям других людей и установленным правилам, а также вследствие слабых достижений в учебе, высокой тревожности и гиперактивности детей.

Практический подход к детям с дезорганизованной привязанностью предполагает предоставление им среды, характеризующейся максимально возможной безопасностью. Провоцирующие страх ситуации должны быть сведены к минимуму путем применения четких принципов и процедур. Безопасность и предсказуемость в сочетании с высокой осведомленностью, пониманием и последовательностью со стороны взрослых могут помочь изменить опыт этих детей, связанный с их моделью привязанности, сложившейся в прошлом. Что особенно важно, так это перспектива позитивных, долгосрочных отношений и усилий по тщательной подготовке ребенка к любым изменениям в его жизни, предотвращению чувства изоляции и отторжения. Модели привязанности, описанные выше, могут быть исправлены и изменены, по крайней мере, в некоторой степени, в результате нового положительного опыта в отношениях.

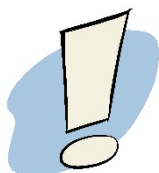
## СИЛА ПРИВЯЗАННОСТИ

Необходимо отметить, что сила привязанности не зависит от безопасности. Сила привязанности отражается на интенсивности проявления привязанности и не является показателем безопасности. Неудивительно, что некоторые дети очень преданы родителям, которые жестоко над ними обращались.

Здесь следует добавить, что среди трех описанных выше небезопасных моделей привязанности для тревожно-избегающего и тревожно-амбивалентного типа характерна доступность лица, осуществляющего уход, в жизни ребенка (при определенных условиях), а значит есть и шанс развития позитивных отношений между ними. Дезорганизованная модель - единственная, при которой такая возможность сильно ограничена.

## ПРИВЯЗАННОСТЬ И ТРАВМА

Привязанность возникает между ребенком и значимым взрослым (фигурой привязанности). Тем не менее, если значимый взрослый является источником страха, беспокойства и травматических переживаний, то вместо любви и безопасности ребенок получает комплексную психологическую травму.



### ПОМНИТЕ

- ✓ Отношения привязанности являются наиболее важным фактором, определяющим развитие ребенка в первые годы жизни.
- ✓ Привязанность между ребенком и лицом, осуществляющим уход (обычно матерью), формируется в течение первых двух лет жизни.
- ✓ Тип привязанности — это модель поведения, используемая ребенком для привлечения внимания значимого взрослого к его потребностям.
- ✓ Организованные модели привязанности включают надежный тип привязанности и ненадежные типы - тревожно-избегающий и тревожно-амбивалентный.
- ✓ Если лицо, осуществляющее уход, порождает страх и неуверенность, жестоко обращается с ребенком или ведет себя непредсказуемо, у ребенка формируется привязанность дезорганизованного типа;
- ✓ Среди детей, находящихся в условиях альтернативного ухода, дезорганизованная привязанность наблюдается чаще, чем среди населения в целом;
- ✓ Привязанность к лицу, осуществляющему уход, определяет будущие отношения человека.

### 3. ТРАВМА И РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

*В этом разделе мы обсудим влияние травмы на когнитивное, психологическое, медицинское и эмоциональное развитие ребенка. Мы сосредоточимся, в частности, на развитии в школьном возрасте.*

Различные травмирующие события (особенно комплексные травмы) оказывают серьезное, длительное воздействие на ребенка, влияя на качество его жизни. Однако прежде всего они нарушают работу нервной системы, «системы управления и коммуникации» человека и, таким образом, негативно сказываются на гармоничном развитии ребенка (когнитивном, эмоциональном, социальном, физическом и медицинском). Травмирующие события нарушают процессы, которые особенно важны для обучения и воспитания: внимание, восприятие, память, когнитивный контроль, мышление и речь. Они ограничивают способность ребенка устанавливать отношения с другими людьми и, пожалуй, самое главное, «атакуют» многие сферы жизни, порождая всепоглощающий страх. Ниже мы обсудим некоторые аспекты влияния травмы на развитие детей.

## ПЕРЕГРУЖЕННАЯ СИСТЕМА

### Социализация

Чувствуя тревогу, ребенок сигнализирует о необходимости поддержки кого-либо из ближайшего окружения. Такие дети предпринимают попытки установить контакт и привлечь внимание. Ребенок меняет тон голоса, мимика становится более выраженной, а также проявляется повышенная чувствительность к звукам в окружающей среде. Когда лицо, осуществляющее уход, или другой взрослый оказывает необходимую поддержку, ребенок успокаивается, и не нужны дополнительные действия для его возвращения в состояние безопасности. Со временем, когда этот цикл повторяется, у ребенка вырабатывается устойчивая схема реагирования, которая включает в себя стремление установить контакт и ожидание поддержки перед лицом угрозы. Это также становится основой для построения позитивных отношений, например, между ребенком и лицом, осуществляющим уход, или между учеником и его учителем.

Столкнувшись со значительной угрозой и вследствие этого испытывая сильный стресс, ребенок может продемонстрировать три непроизвольных ответа: бой, бегство или оцепенение.

### Реакция «бей или беги»

При повышенном уровне угрозы, когда помощь от других людей не поступает, меняются высота и частота издаваемых ребенком звуков (например, ребенок повышает голос, говорит быстрее или переходит на крик), учащается сердцебиение, дыхание ускоряется и становится поверхностным, к мышцам приливает кровь, поступает больше кислорода, что укрепляет их для борьбы или, если борьба представляется бессмысленной, бегства. Во время реакции мобилизации повышается уровень кортизола и адреналина, называемых «гормонами стресса», в крови. В отличие от социализации, ребенок следует другой модели реакций на опасность, характеризующейся агрессивным и конфронтационным поведением по отношению к источнику угрозы (борьба) или избеганием (бегство). В обоих случаях нарушаются отношения между ребенком и иным лицом, которое воспринимается как враждебное и угрожающее, а также между ребенком и лицом, осуществляющим уход, которое не смогло обеспечить заботу и поддержку. К сожалению, может также случиться так, что последний является обидчиком или виновником пренебрежения.

### Оцепенение

Реакция оцепенения может происходить, например, в ситуациях физического или сексуального насилия, когда кто-либо вторгается в личное пространство ребенка и обездвигивает его, когда, в частности, ребенок подвергается болезненным медицинским процедурам против своей воли или не понимает, что процедура необходима для его здоровья, или когда ребенок физически находится под влиянием насильника или испытывает сильное напряжение, например, является свидетелем ссоры своих родителей. Оцепенение является естественной реакцией ребенка, находящегося в состоянии сильного стресса и предчувствующего угрозу в ситуации, когда бороться или бежать не представляется возможным. Метаболизм резко замедляется, уменьшается частота сердечных сокращений, появляются проблемы с дыханием, кишечник опорожняется или теряет активность. Ребенок «отключается», теряет сознание или замирает. Сознание отключается, снижается болевая чувствительность, как будто ребенок готовится к неизбежному. Ребенок находится не здесь и сейчас, а отстраняется не только от обидчика, но и от самого себя.

Эти типы реакции на посттравматическое стрессовое расстройство являются автоматическими, быстрыми, и, что наиболее важно, происходят помимо воли, сознания и контроля ребенка. Они способствуют развитию стратегий выживания ребенка, которые переносятся в его отношения с другими людьми и в различные сферы жизни. Многие примеры проблемного или необычного поведения детей — это стратегии, которые помогли им выжить в присутствии взрослых, представляющих угрозу или пренебрегающих ими. Когда дети сталкиваются с людьми, ситуациями, местами или объектами, которые напоминают им о прошлых травмирующих событиях, они могут испытывать сильное огорчение, связанное с первоначальной травмой. Такие травмирующие воспоминания часто вызывают реакции, которые могут показаться неуместными при текущих обстоятельствах, но были совершенно уместными или даже полезными — поскольку помогли выжить — во время первоначального травмирующего события.

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРЯМОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ

Последствия травматических событий можно испытать и оценить непосредственно после их возникновения. В таком случае их принято называть посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). По данным Американской психиатрической ассоциации, ПТСР диагностируют у детей, которые пережили, стали свидетелями или столкнулись с одним или несколькими событиями, связанными с фактической или мнимой угрозой для жизни, серьезными травмами или угрозой физической неприкосновенности (собственной или других людей). Их реакция на такие события сопровождалась развитием специфических симптомов расстройства. Данные поправки включают:

- ✓ Повторное переживание травмирующего события (например, в кошмарах, страшных снах и навязчивых воспоминаниях)

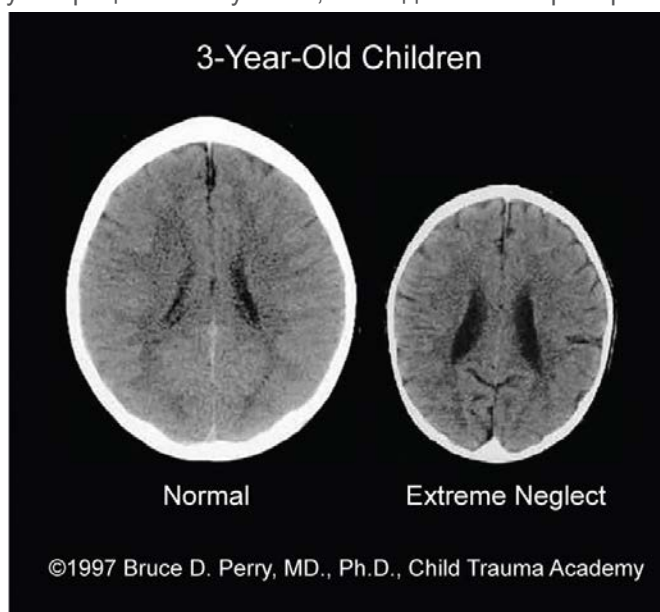
Интенсивные психологические и физиологические реакции на внутренние или внешние раздражители, символизирующие или напоминающие о некоторых аспектах первоначальной травмы

- ✓ Избегание мыслей, чувств, мест и людей, связанных с травмой
- ✓ Изменения в мыслях и настроении (например, неспособность вспомнить некоторые аспекты травмирующей ситуации, чувства тревоги, вины, грусти, стыда или замешательства, потеря интереса к деятельности)
- ✓ перевозбужденное состояние (например, чрезмерный испуг, проблемы со сном, раздражительность).

## ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ НА РАЗВИВАЮЩИЙСЯ МОЗГ

Мозг развивается путем формирования нейронных связей. Взаимодействие с лицами, осуществляющими уход, играет ключевую роль в этом процессе. Чем больше опыт позитивного взаимодействия ребенка с лицом, осуществляющим уход, т.е. чем больше времени и внимания уделяется ребенку в ответ на сигнализируемые им потребности, тем крепче и многочисленнее формируемые нейронные связи. Чем плотнее сеть нейронных соединений и чем выше их качество, тем лучше функционирует мозг ребенка и всей нервной системы. Следует отметить, что описанные выше проблемы привязанности, связанные с травмой, и сопровождающий их дефицит позитивных межличностных взаимодействий снижают количество и качество формируемых в головном мозге нейронных связей.

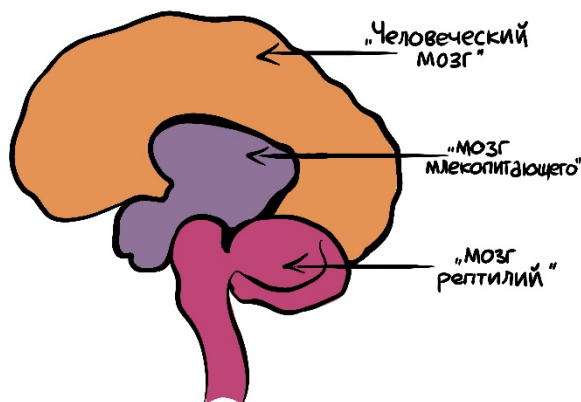
Стресс влияет на развитие и структуру мозга. Связанные с клиническим стрессом постоянно повышенные уровни кортизола и адреналина могут привести к изменениям как в структуре мозга, так и в его функционировании. Травма может привести к уменьшению объема коры головного мозга, нарушению связи между полушариями, а также к проблемам с памятью, вниманием, восприятием, мышлением, речью и сознанием. Эти проблемы ограничивают способность ребенка формировать позитивные отношения с другими людьми, препятствуют процессам обучения, исследования и приобретения новых навыков и опыта.



Томография головного мозга трехлетних детей. Сравните: здоровое развитие мозга на изображении слева и мозг ребенка, нуждами которого систематически пренебрегают, на изображении справа.<sup>8</sup>

Человеческий мозг развивается снизу вверх: от примитивных структур до более сложных.

- ✓ Часть мозга, которая развивается у человека в первую очередь, - это **ствол головного мозга**, который регулирует основные жизненные процессы, такие как дыхание, частоту сердечных сокращений, кровяное давление, температуру тела, обмен веществ, голод, жажду, интеграцию слуховых и сенсорных стимулов, а также обеспечивает выживание организма. Второе его название – **«рептильный мозг»**.
- ✓ Далее развивается **лимбическая система**, служащая центром получения, хранения и реагирования на информацию, отвечающая за регуляцию эмоций, обучаемость и долгосрочную память – также называется **«мозг млекопитающего»**.
- ✓ В последнюю очередь развивается **неокортекс**, в том числе **лобные доли**, отвечающие за рациональное и абстрактное мышление, планирование, контроль поведения и предвидение последствий действий – **«человеческий мозг»**.



**Ствол головного мозга и лимбическая система** составляют так называемый **«эмоциональный мозг»**, тогда как неокортекс (кора больших полушарий) представляет собой **«рациональный мозг»** человека — величайшее достижение эволюции.

В ответ на пережитую травму развитие мозга ребенка направлено на выживание в опасном мире. Он постоянно находится в состоянии бдительности, готовности немедленно реагировать на угрозы путем борьбы или бегства (лимбическая система — «мозг млекопитающего»), или, реже, посредством замирания (ствол головного мозга — «мозг рептилий»). Таким образом, **«эмоциональный мозг»** ребенка активирован, а **«рациональный мозг»** либо вовсе недоступен, либо доступ к его функциям крайне ограничен.

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Посттравматический стресс и реакции детей на него варьируются в зависимости от возраста.

### Психологические и поведенческие последствия травмы у маленьких детей

В раннем детстве посттравматические изменения в структуре и функционировании мозга могут негативно сказаться на развитии интеллектуальных способностей и регуляции эмоций, повышая уровень страха или тревоги и снижая чувство безопасности. Эти отрицательные воздействия продолжают быть очевидными на более поздних стадиях развития.

<sup>8</sup> На основе исследования Брюса Перри, врача, кандидата медицинских наук; для более подробной информации по его работам о том, как травма влияет на развитие мозга, см. <http://childtrauma.org/>, сайт Академии детских расстройств.

Для маленьких детей, перенесших травму, характерно следующее:

- ✓ Психологический стресс, выражающийся посредством усиленных физиологических и сенсорных реакций (изменения в привычном рационе, режиме сна и бодрствования, уровне активности; реакции на прикосновение и смену места)
- ✓ Пассивность, спокойное поведение, повышенная возбудимость
- ✓ Страх, особенно боязнь разлуки и новых ситуаций
- ✓ Неспособность адекватно оценить угрозу и попросить защиты, особенно если обидчиком является родитель или значимый взрослый
- ✓ Регрессивное поведение (лепет, непроизвольное мочеиспускание, нытье и др.)
- ✓ Сильный страх, ночные кошмары, вспышки агрессии
- ✓ Чувство вины из-за плохого понимания причины и следствия или из-за магического мышления.



У детей отсутствуют осознанные воспоминания о травме, пережитой в младенчестве или в раннем детстве (пока они не научились говорить). Тем не менее, воспоминание о травме остается в **эмоциональной памяти**. По этой причине физические или эмоциональные напоминания о травмирующих событиях могут вызывать мысленный возврат в прошлое, ночные кошмары и другие тревожные реакции. С развитием речи у ребенка формируются первые **осознанные воспоминания** о событиях, поэтому травмы, пережитые на этом этапе, могут запомниться, хотя эти воспоминания все еще фрагментированы.

#### Психологические и поведенческие последствия травмы у детей школьного возраста

У детей школьного возраста травма негативно сказывается на развитии тех областей мозга, которые отвечают за управление страхами, способность справляться с проблемами и агрессией, концентрацию на учебе и решение проблем, а также за контроль импульсов и управление физическими реакциями на угрозу.

В результате травмы дети могут:

- ✓ Испытывать проблемы со сном, которые ухудшают их внимание и концентрацию в течение дня
- ✓ Иметь трудности в обучении
- ✓ Испытывать проблемы с контролем реакции на стимулы страха
- ✓ Демонстрировать колебания в поведении от послушного и сговорчивого до агрессивного
- ✓ Переживать нежелательные, навязчивые мысли и образы
- ✓ Ощущать сильные, специфические страхи, связанные с первоначальной угрозой
- ✓ Прокручивать в памяти травмирующее событие, сопровождающееся размышлениями о том, каким образом его можно было бы предотвратить или изменить
- ✓ Испытывать резкую смену поведения от стеснительного и замкнутого до крайне агрессивного
- ✓ Переживать страх повторяющихся ошеломляющих событий, влекущий за собой смену ранее предпочитаемой модели поведения
- ✓ Думать о мести
- ✓ Испытывать проблемы с доверием и неспособность попросить защиты у взрослых.



#### Психологические и поведенческие последствия травмы у подростков

У подростков травма может повлиять на развитие префронтальной коры головного мозга — области, отвечающей за предвидение последствий поведения, точную оценку угрозы и безопасности, а также выполняющей управляющие функции (регулирование, прогнозирование, планирование и работа над



достижением долговременных целей). Кроме того, вследствие изменения уровня **дофамина**, подростки склонны к более рискованному поведению.

В результате всех этих изменений у подростков, перенесших травму, повышена вероятность:

- ✓ Безрассудного, рискованного и саморазрушительного поведения
- ✓ Снижения успеваемости и отставания в учебе
- ✓ «Плохого» выбора
- ✓ Вовлечения в преступную деятельность с риском насилия
- ✓ Проблем со сном, связанных с учебой, использованием электронных устройств или вечеринками допоздна
- ✓ Самоповреждения
- ✓ Переоценки или недооценки угрозы
- ✓ Проблем с доверием
- ✓ Повторной виктимизации, особенно в случае хронической или комплексной травмы
- ✓ Злоупотребления запрещенными веществами в качестве стратегии борьбы со стрессом.



Кроме того, подростки, пережившие травму, могут чувствовать себя слабыми, странными, незрелыми или «чокнутыми». Подростков зачастую смущают приступы тревоги или выраженные физические реакции. Также распространено острое чувство своей особенности или уникальности. В то же время они чувствуют себя одинокими в своей боли и страданиях. Подростки подвержены приступам тревоги, гнева, склонны переживать свою беспомощность. Нередки случаи заниженной самооценки и депрессии.

## ТРАВМА И ЭМОЦИИ

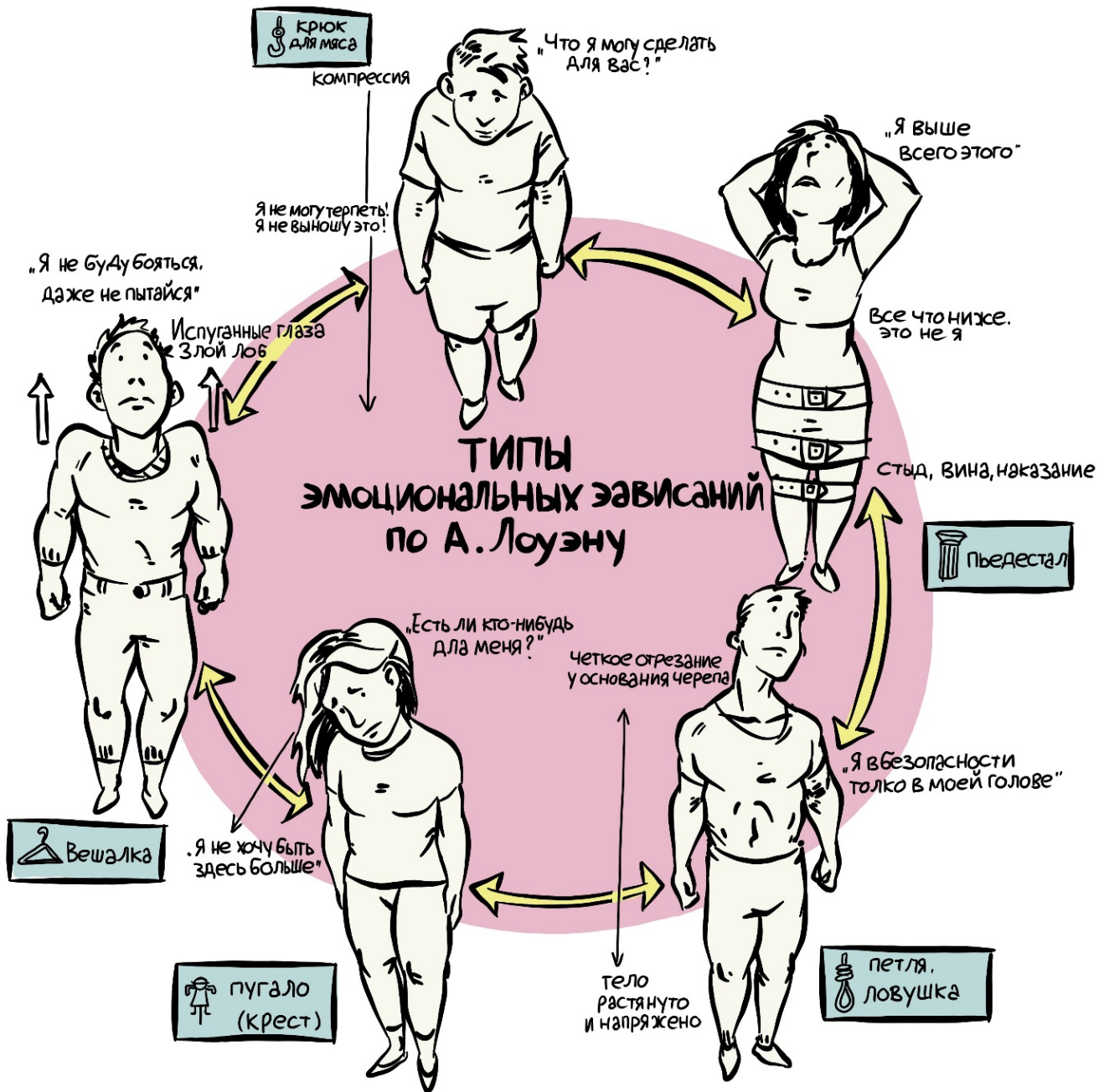
Пережитая комплексная травма приводит к сильному и постоянному **страху**, охватывающему все сферы жизни ребенка. Кроме того, преобладают чувства стыда, вины, гнева и беспомощности. Здесь мы можем даже говорить о токсичном стыде, который приводит к развитию негативных убеждений, преимущественно о себе, например: «Я плохой, слабый, глупый и неполноценный. Я не заслуживаю любви, внимания или поддержки». Со временем это приводит к чрезмерной самокритике и негативным обобщениям, например, «Я не преуспел в чем-то одном» = «Я ни на что не годен, я ничего не могу сделать». То же самое относится и к чувству вины, которое испытывают дети, особенно те, кто подвергся физическому или сексуальному насилию.

Подавляющие эмоции могут негативно сказаться на возрастной саморегуляции. Они держат ребенка в состоянии повышенной бдительности, чувствительности и повышенной возбудимости. В окружающей среде имеются естественные стимулы, в частности звуки, изображения, формы, световые эффекты, вкусы, запахи (так называемые триггеры травмы), которые возвращают ребенка к первоначальному травмирующему событию, вызывая в нем чувства, которые он испытывал в то время. Ребенок находится в состоянии постоянной бдительности с целью самозащиты. Казалось бы, нейтральная ситуация может восприниматься ребенком как опасная, а опыт прошлых событий является столь мощным и подавляющим, словно история повторяется здесь и сейчас. Следовательно, перед лицом угрозы, связанной с напряжением, ребенок испытывает страх, разочарование, агрессию и стресс. Когда стресс и напряжение достигают уровня, при котором они представляют угрозу для нормальной работы мозга, некоторые из его функций или их корреляты могут временно отключиться. Этот механизм психологической защиты, называемый диссоциацией, работает по принципу предохранителя (электрозащитное средство), позволяя «перегруженной сети» нервной системы восстановиться. Ребенок, испытывающий диссоциацию, может иметь отсутствующее, «отстраненное» или «отключенное» выражение лица, например, когда испытывает сильный стресс в ситуациях социального взаимодействия, или когда замирает на месте и не реагирует, становясь свидетелем драки или запугивания.

### Эмоциональная замкнутость

Несмотря на всю силу эмоций, переживаемых в результате травмы, ребенок может испытывать трудности с их выражением. Энергия, накопленная перед лицом угрозы жизни или неприкосновенности ребенка или вследствие нарушения его физических или эмоциональных границ, может **сохраняться в организме** в

течение многих лет, проявляясь в виде различных соматических симптомов. Дети, с которыми жестоко обращались или нуждами которых пренебрегали взрослые, злоупотребляющие алкоголем, чаще других сообщают о головных болях, поверхностном и беспокойном сне, болях в животе, тошноте, расстройстве желудка, тиках, утомлении и усталости, а также страдают от аллергии, астмы, анемии и частых простуд. Травмирующие события в прошлом и стратегия защиты, разработанная ребенком для защиты от потенциальных угроз в будущем, зачастую приводят к **хронической ригидности** или **мышечной вялости** и, в конечном итоге, к **специфическому положению корпуса** — «защитного костюма» или «брони», которая блокирует поток энергии и ограничивает экспрессию индивида. В данном случае речь идет об **эмоциональной замкнутости** как о долгосрочном последствии травмы, **временном замирании, остановке или застревании** в результате **интенсивного или хронического посттравматического стресса**.



Источник: <https://www.psychologia.wygladu.pl/2017/03/emocje-zawieszone-w-ciele-jak-napiecia.html>.



**ПОМНИТЕ:**

- ✓ Травма оказывает негативное влияние на структуру и функционирование нервной системы и, как таковая, резко нарушает гармоничное развитие ребенка.
- ✓ Травматические переживания приводят к выработке устойчивых моделей реагирования на серьезную угрозу: реакция «бей или беги» и замирание, которые становятся стратегиями выживания ребенка, используемыми в различных ситуациях.
- ✓ Страх и другие подавляющие эмоции лишают ребенка чувства безопасности и доверия и «захватывают» все сферы его жизни.
- ✓ Последствия травмы ребенка выражаются в его деструктивном поведении, необычных реакциях, трудностях во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, а также в «знаках, выгравированных на теле».
- ✓ Позитивные изменения в жизни детей, пострадавших от травмы, возможны, отчасти благодаря нейропластичности, т.е. способности мозга реагировать и адаптироваться к изменяющимся условиям, формировать новые нейронные связи и самовосстанавливаться через исцеляющие отношения с другими людьми (родителями, родственниками, лицами, осуществляющими уход, учителями, терапевтами и др.).

## II. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАВМУ

### 1. СТРАТЕГИИ ВЫЖИВАНИЯ НА ПРАКТИКЕ: О ТРУДНОМ ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ И ОТВЕТНЫХ РЕАКЦИЯХ

Многие люди ошибочно полагают, что ребенок, получивший альтернативный уход после того как его вывели из трудной семейной среды, где он подвергался жестокому обращению или насилию, должен сразу почувствовать себя в безопасности и начать нормально функционировать в новой среде. Тем не менее, тот факт, что ребенок НАХОДИТСЯ в безопасности, не означает, что он ЧУВСТВУЕТ себя в безопасности. То, что ребенок получает уход от надежного взрослого, не означает, что ребенок автоматически становится привязан к новому лицу, осуществляющему уход. Безусловно, альтернативный уход с самого начала обеспечивает удовлетворение основных потребностей ребенка, таких как крыша над головой, полноценное питание, соответствующая одежда или заботливые взрослые. Тем не менее, помещение ребенка в условия альтернативного ухода как такового не меняет автоматически его убеждения о себе, взрослых и мире. Жизнь научила многих из этих детей тому, что взрослым нельзя доверять, они не могут обеспечить уход или защиту от угроз и вместо этого являются инициаторами жестокого обращения и насилия. Подобный опыт лишает ребенка возможности доверительно вступать в отношения с открытым и заботливым лицом, осуществляющим уход, или учителем. Задача лица, осуществляющего уход, заключается в том, чтобы выстроить отношения, обеспечить соответствующую заботу и создать среду, в которой ребенок может чувствовать себя в безопасности. Помимо работы с ребенком и формирования исцеляющих отношений дома, исключительно важно взаимодействовать с учителями, соседями, инструкторами и другими людьми вокруг для создания среды, которая будет способствовать восстановлению ребенка после травмы.

При помещении в условия альтернативного ухода ребенок, перенесший травму, перемещается в новую незнакомую среду и, во многих случаях, о нем заботятся люди, которых он не знал раньше. Ребенок не знает или не понимает правил и процедур на новом месте. Дети с надежным типом привязанности с любопытством и интересом подходят к незнанию и связанной с ним неопределенности, тогда как для детей, воспитывавшихся в страхе, эта неопределенность является подавляющей и пугающей, что может препятствовать процессу адаптации и обучения или, в крайних случаях, сделать этот процесс невозможным. Вначале травмированному ребенку сложно вести себя как дома, так и в школе/детском саду. Процесс обучения предполагает, что изначально есть нечто, чего вы не знаете. Некоторые авторы описывают эту безызвестность как важнейший опыт учащихся в школе<sup>9</sup>. Учитывая сложности детей в школе, следует помнить, что знания передаются учителем, а процесс обучения основывается именно на отношениях учителя и ученика. Без доверия этот процесс крайне затруднен. Проблема заключается в том, что ребенку, чьи отношения с основным лицом, осуществляющим уход (обычно с матерью) привели к ненадежной модели привязанности, ребенку с комплексной травмой сложно относиться ко взрослым с доверием.

Жизнь научила такого ребенка, что он всегда должен быть начеку, опасаясь неожиданных, непредсказуемых и опасных ситуаций, с которыми он регулярно сталкивался дома. В то время как обеспечить высокий уровень предсказуемости и безопасности дома относительно легко, то школа полна ситуаций, связанных с неопределенностью. Кроме того, разнообразные сложные ситуации там встречаются достаточно часто: конфликты и драки со сверстниками, издевательства, наблюдение за драками других, придирки учителя, громкие голоса и хаос. Более того, многие люди находятся вместе в ограниченном помещении, постоянно взаимодействуя друг с другом. В результате в школе будет сохраняться состояние готовности к реальным и мнимым угрозам, активируя модель поведения, усвоенную ребенком в прошлом в ответ на опасную и аномальную реальность повседневной жизни. Их цели включают в себя **контроль над ситуацией, снижение напряжения и повышение чувства безопасности у ребенка**. Наличие контроля необходимо для выживания, поскольку ребенок не мог, однако вынужден был полагаться на взрослых в вопросе обеспечения

<sup>9</sup> J. E. Schooler, B. K. Smalley, T. J. Callahan, Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych, Warszawa, 2012.

защиты и, насколько это возможно, эмоциональной регуляции. Во многих случаях эти дети должны были хранить семейные тайны, лгать или воровать, а также манипулировать взрослыми, чтобы предотвратить насилие над собой или выжить. Они могут продолжать использовать эти стратегии в других, уже безопасных средах, таких как семья или школа.

## ПРИМЕРЫ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ: КОНТЕКСТНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЖИВАНИЯ

Ниже вы найдете примеры поведения детей, чьи глубинные стратегии выживания сформировались в результате комплексной травмы.

### «Упреждающий удар»

Высокий уровень тревоги и сверхбдительность в отношении сигналов угрозы в окружающей среде в сочетании с трудностью понимания эмоций других людей приводят к тому, что некоторые дети используют физическое или вербальное насилие в качестве упреждающего удара.

### «Упреждающее отстранение»

Дети с ненадежными типами привязанности, особенно те из них, у кого неоднократно менялись лица, осуществлявшие уход, в частности дети, попавшие в ситуацию альтернативного ухода, могут демонстрировать значительные трудности не только в установлении близких отношений, но и в их поддержании — проблема, с которой сталкиваются патронатные воспитатели и иногда классные руководители и психологи, уделяющие дополнительное время и внимание для эффективной поддержки детей с особыми потребностями. Когда контакт установлен и кажется, что все идет в правильном направлении, взрослый сближается с ребенком, пытаясь помочь справиться с его проблемами, как вдруг такой ребенок отдаляется или разрывает отношения.

### «Действия эффективнее, чем слова»

Дети, нуждами которых пренебрегают родители, удостоверяются на собственном опыте, что слова не работают. В результате зачастую им бывает трудно выразить свои потребности социально принятым образом, особенно вербально. Такие дети предпочитают словам действия, как правило драматические и жестокие, исполненные агрессии. Это часто заметно в конфликтных ситуациях, когда они пытаются, с самого начала, решить проблемы с помощью силы.

### «Привлечение внимания»

Дети, которым пренебрегали, не получили ожидаемого внимания. Они узнали, что могут привлечь его провокационным поведением и шумом. Дети, перенесшие травму, часто прибегают к манипуляции и провокации. Они пытаются шокировать других своим поведением, борясь против правил и авторитетов. Иногда, пытаясь привлечь внимание окружающих, они дурачатся, строят из себя шута или высмеивают других.



### «Нетерпимость к отказам»

Дети, преодолевающие последствия комплексной травмы (особенно травмы, связанной с пренебрежением их нуждами), часто обладают низкой толерантностью к отказам. Отказ вызывает большое разочарование, провоцирует сопротивление и борьбу.

### «Нарушение личных границ»

Еще одна распространенная реакция в межличностных отношениях заключается в нарушении личных границ, как физических, так и психологических. Это хорошо прослеживается в поведении детей, отличающемся чрезмерной агрессивностью или, наоборот, уступчивостью. Обычно такое поведение является следствием предыдущего опыта ребенка и нарушения его собственных границ (например, в

результате неправильного ухода или жестокого обращения). Это также может пониматься как способ тестирования окружающей среды и оценки ее безопасности.

### «Триангуляция»

Еще одна стратегия, используемая детьми, заключается в манипулировании информацией в попытке контролировать коммуникацию, например, между взрослыми в их окружении. Травмированные дети склонны к вовлечению в коммуникацию, которая затрагивает их, например, коммуникацию между их патронатными воспитателями или лицами, осуществляющими уход. Порой ребенок, использующий эту стратегию, может давать разную информацию каждой из сторон, что зачастую приводит к конфликту. Дети вынуждены лгать или воровать, а также держать в тайне то, что происходит в их семьях. Они часто прибегают к манипуляциям, чтобы защитить себя от издевательств.

### «Неофобия»

Эту стратегию легко наблюдать в школьной среде. Процесс получения новых знаний и навыков требует определенного уровня гибкости, поиска решений и нестандартного мышления. Для детей с психологической травмой этот процесс может быть сопряжен с трудностями, поскольку такие дети склонны следовать жесткому, заведенному порядку, ежедневным ритуалам, цепляться за привычные способы сделать окружающий мир более безопасным и предсказуемым.

### «Сближение со взрослым»

Для того чтобы чувствовать себя безопаснее в новой и поэтому более стрессовой и угрожающей реальности, некоторые дети, особенно дети младшего возраста, ищут близких отношений со взрослыми, а не только с лицами, осуществляющими уход. В частности, они пытаются сократить межличностную дистанцию, ведут себя навязчиво и порой заискивающе, словно пытаются угодить взрослому и заслужить его благосклонность любой ценой.

### «Невидимка»

Кроме того, есть сверхправильные дети, всегда следующие указаниям. Они сдержаны, молчаливы, редко выражают свои взгляды и потребности. Они избегают контактов и особенно конфронтации. Они кажутся отстраненными и замкнутыми. Такие дети строго контролируют свои реакции, не позволяя себе выражать чувства. Они стараются не привлекать внимания других людей, как если бы они хотели спрятаться или быть невидимыми. Например, есть дети, которые сдаются и отказываются отвечать на вопросы в классе, даже если они хорошо подготовлены и сделали свою домашнюю работу. Эта стратегия часто является результатом негативных убеждений о себе, низкой самооценки и недоверия к собственным знаниям.

## 2. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД: УХОД, УЧИТЫВАЮЩИЙ ДЕТСКИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ

*В этой главе мы обсудим важность осведомленности о травме и понимания ее возможных последствий. Мы определим, навыки, которыми должны обладать лица, осуществляющие уход, для формирования отношений с ребенком, а также для предоставления взрослому, зрелого ответа на «стратегии выживания» ребенка. Мы подчеркнем, как важно, чтобы лицо, осуществляющее уход, не скрывало своего отношения к себе и своим потребностям для предотвращения последствий профессионального выгорания, усталости из-за сострадания или вторичной травмы.*

## КОНСТРУКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ВЗРОСЛОГО В ОТВЕТ НА «СТРАТЕГИЮ ВЫЖИВАНИЯ» РЕБЕНКА

Для того чтобы быть поддерживающим взрослым для детей с травматическим опытом, лицо, осуществляющее уход, должно обладать достаточными знаниями и пониманием травмы и ее возможного влияния как на ребенка, так и на него самого. Осознание возможных последствий увеличит «границы дозволенного» в отношении плохого поведения детей и их необычных реакций, которые зачастую являются

стратегиями выживания, претерпевшими изменения и адаптированными к новой среде. Такое осознание помогает замечать реальные, но зачастую тщательно скрывающиеся потребности детей и положительно реагировать на них в процессе оказания поддержки. Это также позволит лицу, осуществляющему уход, защитить себя от последствий перегрузки и стресса, связанных с работой с травмированными детьми. Важно отметить, что расширение «границ дозволенного» не означает, что дети могут нарушать все правила. **Дисфункциональное и угрожающее поведение требует соответствующей реакции на него. В то же время, однако, потребности ребенка должны быть удовлетворены, и ребенок не должен быть наказан за проявление симптомов травмы.** По этой причине важно знать ребенка, его окружение и историю жизни, в том числе те эпизоды, когда ребенку была нанесена травма.

Все усилия по уходу и воспитанию должны быть основаны на потребности по оказанию помощи детям, исходящей от близких, поддерживающих и по возможности долгосрочных отношений с их патронатными воспитателями, а также на обеспечении безопасности, стабильности, предсказуемости и благополучия для детей. Сосредоточение внимания на потенциале ребенка, его талантах, интересах и сильных сторонах, предоставление возможности повысить самооценку может не только помочь справиться с последствиями травмы, но и, прежде всего, позволит создать свой положительный образ.

Обеспечение ухода за детьми, перенесшими травму, должно концентрироваться, в частности, на восстановлении у ребенка чувства стабильности, безопасности и предсказуемости, а также на улучшении его благополучия с помощью исцеляющих отношений с лицом, осуществляющим уход. Представленные ниже предложения и рекомендации могут оказаться полезными при работе с детьми с травмирующим опытом, как дома, так и в школьной среде.

### **Начните сначала: Создайте надежную основу**

Первый шаг в работе с ребенком, перенесшим травму, должен включать создание дружелюбной, безопасной и заботливой среды, как физической, так и социоэмоциональной. Реакция этой среды на поведение ребенка должна быть эквивалентна основному опыту раннего детства, вдохновляющему ребенка на формирование доверительных отношений. Наиболее важные элементы включают в себя постоянную доступность лица, осуществляющего уход, безусловное уважение к ребенку, внимательные реакции на его потребности (которые не всегда можно будет легко расшифровать) и безусловное удовлетворение базовых потребностей ребенка. Особенно полезными для ребенка являются предсказуемые реакции взрослого, четкие ожидания и объяснения правил и активная защита от угроз. При таком подходе ранний опыт ребенка относительно недоступных, непредсказуемых и представляющих угрозу лиц, осуществляющих уход, становится компенсированным, и ребенок может получить разносторонний опыт положительного взаимодействия с лицом, осуществляющим уход в настоящий момент. Соответствующим образом программируемая среда, которая является эквивалентом близкой ребенку фигуры, способствует развитию надежной привязанности также у детей, живущих в интернатах и получающих уход от многочисленных лиц.

### **Расшифруйте сообщение**

Многое в проблемном поведении и реакциях детей может быть аналогом либо общим результатом форм их реакции на первоначальный травмирующий стресс, но проявленных перед лицом новых угроз. Это также может быть следствием неспособности детей заявить о своих неудовлетворенных потребностях. Лицам, осуществляющим уход, следует попытаться декодировать эти стратегии поведения, как криптограмму, чтобы положительно отреагировать на них. Этот процесс можно представить следующим образом:

- ✓ Стратегия поведения/реакция ребенка (что он делает или говорит? Как он реагирует?)
- ✓ Контекст (каковы обстоятельства стратегии поведения/реакции? Кто или что их спровоцировало или что могло повлиять на него?)
- ✓ Выявление реальных, но скрытых потребностей ребенка (какая (-ие) неудовлетворенная (-ие) потребность (-и) могут лежать в основе такого поведения/реакции? «Больше всего в данный момент мне необходимо...»)
- ✓ Положительная реакция на реальные и скрытые потребности ребенка (что можно сделать? Кто может сделать это? Какие ресурсы можно использовать? Какого рода поддержка необходима?).



### Стимулируйте ребенка выражать желания словами

Пренебрежение нуждами ребенка со стороны родителей или лиц, осуществляющих уход, а также неспособность выразить свои потребности в вербальной форме заставляют ребенка с психологической травмой отказаться от таких попыток в дальнейшем и перейти от слов к действиям. Как правило, это модифицированная версия реакции «бей или беги». По этой причине при любой возможности следует просить ребенка описывать его состояния, чувства, потребности и желания. Прежде всего, это позволит взрослому взаимодействовать с ребенком, что всегда важно в процессе развития отношений. Кроме того, это поможет понять мотивы поведения ребенка. И наконец, что наиболее важно, такая практика способствует снижению напряжения и активизирует «рациональный мозг» ребенка, улучшая его способность контролировать и регулировать собственное поведение. Здесь можно привести следующие примеры:



- Я хочу услышать тебя.
- Пожалуйста, объясни мне, что происходит.
- Чего тебе сейчас хочется? Что для тебя важно?
- Мне кажется, что ты... Как ты к этому относишься?
- Пожалуйста, расскажи мне, что ты чувствуешь сейчас.



### Определите триггеры

В предыдущих разделах мы достаточно подробно описали триггеры, которые могут принимать самые разные формы и вызывать различные чувства и, как следствие, многочисленные различные реакции у детей. Очень важно для лица, осуществляющего уход, попытаться определить хотя бы самые основные триггеры, которые могут пошатнуть уверенность ребенка в том, что он находится в безопасности. Обладая этой информацией, лицо, осуществляющее уход, сможет лучше предвидеть сложные ситуации и окажет ребенку посильную помощь в подготовке к ним.

Лицо, осуществляющее уход, обязано предупреждать ребенка, если он собирается сделать что-то необычное или что-то, предполагающее внезапные изменения или сильные слуховые, визуальные или

обонятельные раздражители (включение света, резкий шум и др.). Лицо, осуществляющее уход, также должно понимать, что некоторые из стратегий поведения и реакций сами по себе могут быть триггером.

### Воспроизведение: Помните, что вы тут ни при чем

Важно, чтобы лицо, осуществляющее уход, понимало, что большинство детей с посттравматическим стрессовым расстройством воспроизводят травмирующие события в процессе игры или взаимодействия с другими людьми. Некоторые дети могут провоцировать своих патронатных воспитателей и инициировать конфликт, чтобы воспроизвести то, что они испытали дома с участием значимых людей. Не только патронатные воспитатели, но также учителя могут играть роль лиц, к которым ребенок может привязаться или которые могут послужить для него/ее авторитетом. Дети часто связывают их со своими родителями и привносят те же модели поведения в отношения ребенок–взрослый. Следует также помнить, что вызывающее поведение ребенка может быть его старой и проверенной, хотя и неработающей, стратегией привлечения внимания взрослых.

Крайне важно, чтобы взрослые могли дистанцироваться от такого поведения и не воспринимать его как попытку ребенка раскритиковать или очернить их. Это нелегко, но осведомленность об истории ребенка и пережитой им травме может помочь.



#### В данном случае следующие предложения могут оказаться полезными:

- ✓ Поддерживайте близкий физический контакт, а также зрительный контакт с ребенком, находясь с ним в одной и той же комнате.
- ✓ Обеспечьте возможности для движения, расслабления и игры.
- ✓ Дайте ребенку задание быть вашим «помощником».
- ✓ Используйте короткие, четкие инструкции.
- ✓ Обращаясь к ребенку, произнесите его имя и дождитесь визуального контакта, прежде чем задать вопрос или о чем-то попросить.
- ✓ Используйте систему поощрений, чтобы мотивировать ребенка приложить усилия, а не достичь конечного результата.
- ✓ Отделяйте модели поведения от личности/ребенка.

#### Мы придерживаемся следующей стратегии: Безопасный взрослый – безопасный ребенок

По мере того, как лицо, осуществляющее уход, лучше узнает ребенка и строит с ним более тесные отношения, он все больше способен замечать потребности ученика, озвучивать которые нет необходимости. Это также помогает выявить первые признаки растущего беспокойства или стрессового переживания ребенка, прежде чем подавляющие чувства овладеют им и ввергнут его во власть реакции «бей или беги». Кроме того, это дает лицу, осуществляющему уход, возможность принимать превентивные меры и снижать напряжение и стресс ребенка. В более долгосрочной перспективе это может быть полезно для разработки безопасных стратегий снижения напряженности. Эмпатия, спокойствие и самообладание лица, осуществляющего уход, его способность контролировать собственные эмоциональные реакции играют в данном случае ключевую роль. Другими важными аспектами являются осанка, жесты, выражение лица и тон голоса. Крайне важно, чтобы невербальные сигналы лица, осуществляющего уход (часто не в полной мере осознанные) сигнализировали о чувстве безопасности или его отсутствии. Ребенок может настроиться на взрослого на разных уровнях восприятия, успокоиться и научиться справляться с напряжением. Поэтому важно, чтобы лицо, осуществляющее уход, было постоянно готово к работе над своим внутренним равновесием, чувством безопасности и психофизическим состоянием.

#### Сдерживание, или как не отвечать тем же

В случаях, когда драка становится доминирующей формой реагирования ребенка на угрозы, лицо, осуществляющее уход, может подвергнуться его словесно или физически агрессивному поведению. Крайне важно суметь принять «взрывную волну» на себя и удержать ее в течение некоторого времени. Агрессивная реакция на агрессию укрепляет и усиливает деструктивную стратегию ребенка. Сократится также возможность выстраивать отношения, основанные на доверии и безопасности, а не на насилии. Важно, чтобы лицо, осуществляющее уход, могло «разгрузить контейнер с тяжелыми эмоциями» после происшествия. Например, дышите глубоко и представляйте себе, что напряжение и неприятные ощущения, сопровождающие ситуацию, постепенно исчезают. Попробуйте потянуться и снять напряжение, займитесь чем-нибудь, что вам особенно нравится, или просто поговорите об этом с другом или близким человеком.

#### Позиция «Всегда говори «ДА»» или сила положительного послания

Как упоминалось в предыдущем разделе, у детей с хронической или сложной травмой, особенно у подростков, как правило, возникает «аллергия» на послание «НЕТ», поскольку оно может вернуть их к прошлым событиям и переживаниям, когда сообщение «НЕТ» всегда присутствовало в их жизни, либо буквально, либо в качестве преобладающей тенденции опекунов, пренебрегающими ребенком в ответ на потребности его развития. Поэтому, возможно, очень важно и полезно попытаться сформировать

положительные послания, используя, насколько это возможно, слово «ДА». Этот принцип должен применяться не только при обучении, но и для принятия мер корректирующего и дисциплинарного воздействия. Даже в тех случаях, когда отказ или ответ «НЕТ» представляется единственным разумным выбором, существует возможность переформулировать сообщение таким образом, чтобы оно приобрело положительный характер. Например, в ответ на вопрос ребенка во время выполнения им домашней работы: На вопрос «*Можно ли мне пойти поиграть?*» вы можете ответить: «*Да, мы поиграем вместе, как только ты закончишь свою домашнюю работу.*»

### **Я..., когда я в безопасности**

Ребенок должен чувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы иметь доступ к своему «рациональному мозгу» (неокортексу), который позволяет ему ориентироваться в отношениях с самим собой и другими, учиться и справляться с трудностями.

**Самоконтроль**, или преодоление внутренней боли, переживаний и напряжения, и умение контролировать свои эмоции основано на близких отношениях ребенка со взрослым и возможно только в условиях безопасности. Таким образом, важно, чтобы лица, осуществляющие уход, работали на максимизацию физической и эмоциональной безопасности ребенка. В частности, когда дети и подростки в прошлом подвергались жестокому обращению или насилию, соблюдение их личных границ имеет первостепенное значение. Необходимо иметь в виду это во внимание, особенно при сокращении физической дистанции или осуществлении попыток физического контакта в процессе выстраивания отношений с ребенком (например, когда лицо, осуществляющее уход, пытается обнять ребенка или дотронуться до него). Не менее важно уважать эмоциональные границы ребенка. В условиях школы, когда лицо, осуществляющее уход, не присутствует рядом с ребенком, а ребенка переполняют чувства, учитель должен позволить ребенку выйти из класса, чтобы получить поддержку соответствующего взрослого члена коллектива, такого как школьная медсестра или школьный психолог. Возможно, было бы целесообразно предоставить удобную, должным образом оборудованную "безопасную комнату", где дети могли бы справиться со своими подавляющими эмоциями и восстановить равновесие в безопасных условиях вдали от любопытных сверстников, в сопровождении взрослого, поддерживающего их. Школа должна разработать и внедрить четкие процедуры реагирования, особенно в кризисных ситуациях, например, когда возникает угроза безопасности вследствие агрессии учеников, направленной на других или на себя.



### **В плане обеспечения безопасности могут быть полезны следующие рекомендации:**

- ✓ Оказывайте более активную поддержку и содействие травмированному ребенку. Найдите другого взрослого, который сможет оказать дополнительную поддержку, если это необходимо.
- ✓ Установите четкие ограничения в отношении ненадлежащего поведения; применяйте естественные и логические, а не карательные меры.
- ✓ Даже самое деструктивное поведение может быть вызвано переживаниями и тревогой, связанными с травмой. Относитесь к проблемам поведения как к временному явлению.
- ✓ Установите время и место для разговора, чтобы помочь ребенку понять, что с ним произошло.
- ✓ Давайте простые и реалистичные ответы на вопросы ребенка о травмирующих событиях. Если это не подходящий момент, не забудьте выделить другое время и место для разговора и вопросов.

### **У меня есть выбор - у меня есть влияние - у меня все под контролем**

Травмирующие события приводят к хаосу и потере контроля. Дети, подвергающиеся хроническому жестокому обращению или пренебрежению со стороны опекунов, часто вынуждены терпеть ситуации, из которых они не могут выбраться, в течение нескольких лет. Их опыт показал им, что они имеют ограниченное

влияние на то, что происходит с ними и вокруг них. Вследствие этого у них, возможно, сложились жесткие модели поведения и они могут придерживаться освоенных ими способов, даже если эти способы и модели не дают положительного результата.

Лицо, осуществляющее уход, может повысить уровень безопасности ребенка, предоставив возможность выбора и влияния и, в конечном счете, постепенно восстановив ему контроль над своим поведением. Этот подход также мотивирует ребенка и побудит его к действию. Возможно, полезно предоставить им простой выбор, например: *«Пожалуйста, реши, ты выбираешь/делаешь X или Y?»*.

#### **Упорство: Движение в сторону аспектов, которые расширяют возможности**

Лицо, осуществляющее уход, должно определить ресурсы травмированного ребенка, особенно те, которые позволили ему выжить, несмотря на неблагоприятную обстановку. Такая осведомленность поможет не сосредоточиться исключительно на недостатках ребенка, а укрепить навыки, которые позволят ребенку справиться с жизненными проблемами, включая, например, способность адаптироваться к новым обстоятельствам и частым изменениям, готовность строить новые отношения или способность справляться с трудностями в жизни.

Важно идентифицировать любые поддерживающие отношения, которые ребенок смог установить и сохранить в своей жизни. Патронатные воспитатели могут помочь поддерживать такие отношения и инициировать развитие более широкой поддерживающей сети для ребенка в новой среде, включая не только оказывающих помощь взрослых, но также сверстников, которые могут стать друзьями ребенка.

Важно выявить сильные стороны, таланты, интересы и положительную активность ребенка – все то, что обеспечивает стабильность и расслабление, улучшает эмоциональное самочувствие ребенка. Возможность самореализации может помочь ребенку с травматическим опытом повысить самооценку, создать новый позитивный образ себя и осмыслить свою сложную историю.

#### **Обращайте внимание на особые потребности**

Дети, борющиеся с последствиями комплексных травм, должны рассматриваться, в определенной степени, как дети с особыми потребностями, что подразумевает необходимость максимально индивидуализированного подхода к их образованию. Следовательно, следует рассматривать вопрос об отсрочке юридической обязанности посещать школу или краткосрочном отстранении от занятий, если приоритетной задачей для ребенка является адаптация к новым обстоятельствам и обеспечение безопасности и если смена школы является слишком стрессовым шагом, например, когда ребенок переводится из одного учреждения альтернативного ухода в другое или был разлучен со своей родной семьей и помещен в учреждение экстренного ухода.

Индивидуализированный подход к образованию может быть реализован в форме индивидуальных занятий с педагогом. Однако, когда учащийся с особыми потребностями посещает стандартные занятия, стоит рассмотреть возможность предоставления ему упрощенных заданий с предоставлением большего количества времени для их выполнения или оказание дополнительной поддержки во время занятий. С учетом того, что травмированный ребенок может не соответствовать квалификационным критериям для получения специального образования, эту возможность следует также рассматривать в качестве временного решения.

#### **Восстановление после травмы: Восстановление здоровья, благополучия и релаксация организма**

Преодоление последствий травмы, особенно травмирующего опыта, связанного с нарушением физических личных границ в результате различных видов жестокого обращения, и связанная с этим реакция оцепенения как основной способ реагирования на угрозу, включает "восстановление тела ребенка", восстановление личных границ, ощущений и осведомленности, а также создание естественных возможностей для расслабления. Важно, чтобы все это происходило при взаимодействии с "безопасным" взрослым или сверстником, и, по возможности, при безопасном и естественном физическом контакте. Особая роль здесь может быть отведена свободным играм дома, играм на свежем воздухе, контакту с природой, занятиям спортом и другим формам физической активности в школе. Неплохой идеей может послужить покупка кресла-качалки (и другие типы качалок), гамака, качелей, батута и коврика для занятий спортом или наличие мата дома или на заднем дворе. В школе у детей должна быть возможность снять стресс и напряжение между занятиями (например, посредством физических игр и других видов активности во время перерыва или перед

занятиями во дворе школы или в специальной большой комнате). Также стоит рассмотреть возможность проведения релаксационных занятий после школы и развития самооценки.

Различные виды занятий танцами, пением, театром и искусством играют важную роль в естественном расширении зоны безопасности, релаксации, физической культуры и эмоционального благополучия. Спорт, отдых, активный туризм, а также вышеупомянутые формы художественной деятельности, особенно в сочетании с физическими упражнениями, приводят к повышению уровня эндорфина, гормона "удовольствия и счастья" (например, серотонин). Следует также помнить, что для поддержания детского организма и мозга в хорошем состоянии в течение всего учебного дня необходимо обеспечить регулярное питание и питье, что также помогает контролировать самочувствие ребенка и способствует его расслаблению.

### ***Стратегия связи, или наше отношение - это возможность***

Как правило, травма имеет место в отношениях. Это справедливо как в отношении жестокого обращения (чрезмерного, агрессивного присутствия, сопровождающегося насилием), так и в отношении пренебрежения (отсутствия или недостаточного присутствия, избегания или уклонения от него). Восстановление может происходить также в рамках отношений, в которых ребенку уделяется время и внимания от взрослого. Поэтому очень важно применять "стратегию связи", т.е. использовать каждую возможность для формирования и сохранения поддерживающих отношений с ребенком. Значительную роль в этом процессе играют всевозможные положительные и нейтральные ситуации, естественным образом возникающие в процессе воспитания, такие как повседневное взаимодействие или различные выражения поддержки со стороны лица, осуществляющего уход. Тем не менее, кризисные ситуации и конфликты между лицами, осуществляющими уход, и детьми одинаково важны, особенно когда усилия сторон приводят к соглашению, которое еще больше укрепляет отношения. Травмированный ребенок учится на собственном опыте, как удовлетворять свои потребности положительным образом, что помогает ему восстановить доверие к другим людям (особенно взрослым) и миру. Такая положительная реакция на потребности ребенка, результатом которой становится удовлетворение потребностей ребенка, а также пребывание ребенка в условиях комфорта, должна повторяться тысячи раз для того, чтобы помочь ребенку вернуться на правильную траекторию развития и сформировать здоровую привязанность.

С другой стороны, лицам, осуществляющим уход, следует избегать использования «стратегии отчуждения», при которой вместо того, чтобы пытаться разрешить конфликт через взаимодействие с ребенком, они изолируют ребенка или немедленно отправляют его к другому человеку, ожидая, что такой человек поговорит с ними о дисциплине или накажет их. Другим примером «стратегии отчуждения» является поспешное помещение ребенка в центр молодежной социотерапии или молодежный образовательный центр или перемещение в другое учреждение альтернативного ухода или другую школу, без попыток опробования других форм поддержки. Такая негативная реакция лица, осуществляющего уход, усилит нездоровую модель привязанности ребенка и укрепит его осознание себя как незначительного, а лица, осуществляющего уход, – как недружелюбного и недоступного.

«Стратегия установления связи» также отражается, в определенной степени, во всех формах сотрудничества между лицом, осуществляющим уход, и другими значимыми для ребенка лицами, при необходимости, учителями, представителями службы поддержки. Что способствует развитию системы поддержки детей и удовлетворению их потребностей. В качестве одного из примеров активности, сопутствующей данному подходу, люди, которые имеют больше значение в жизни ребенка, могут участвовать в работе команды периодической оценки, ответственной за оценку ситуации ребенка, и тем самым участвовать в процессе поддержки развития ребенка.

### ***Обращайтесь за профессиональной помощью***

Краткосрочные или долгосрочные последствия травмы могут быть очень тяжелыми и болезненными для ребенка и лиц, осуществляющих уход. Помимо значительного стресса, низкого уровня энергии и ограниченности возможностей для решения повседневных проблем у ребенка могут развиваться некоторые заболевания или расстройства, или даже проявляться суицидальное поведение. Таким образом, лицу, осуществляющему уход за ребенком, перенесшим травму, важно обращаться за профессиональной помощью (например, медицинского работника, психиатра, психолога или психотерапевта) для себя и для ребенка. Профессионал поможет решить, необходима ли психотерапия ребенку на данном этапе. Рекомендуется также, по возможности, чтобы лицо, осуществляющее уход, само регулярно консультировалось с травмированными детьми.

Терапия, рекомендованная Американской национальной сетью по посттравматическому стрессовому расстройству у детей, включает:

- ✓ Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ)
- ✓ Психотерапия с участием детей и родителей (СРР)
- ✓ Продолжительная экспозиционная терапия для подростков (РЕ-А).

Как дети с травмирующим опытом, так и лица, осуществляющие уход за ними, могут также использовать разнообразие методов, сфокусированных на работе с телом или на отношениях «тело–мозг», таких как (например) биоэнергетика Лоуэна, TRE® (Упражнения по избавлению от последствий травмы), или СО (Соматический Опыт®).

Следующие терапии и формы поддержки могут быть полезны:

- ✓ Диадическая психотерапия развития
- ✓ Терапевтическая игра
- ✓ Ментализация
- ✓ Нарративный подход к лечению травм
- ✓ Тренировка замещения агрессии
- ✓ Профессиональная подготовка по противодействию насилию
- ✓ Первоначальная игра
- ✓ (Вмешательство, основанное на доверии).

### КАК НЕ СДАТЬСЯ?

Лица, осуществляющие уход, сталкиваются в процессе воспитания с последствиями воздействия травмы на детей, и сами подвержены прямой или опосредованной травматизации, ведущей к таким условиям, как вторичный травматический стресс (ВТС) или усталость от сострадания.

В отличие от других видов профессионального выгорания, ВТС и усталость от сострадания не вызваны перегрузкой работы или институциональным стрессом, а развиваются в качестве реакции на травму, которую испытывают люди, с которыми мы работаем (дети и молодые люди в условиях альтернативного ухода). Оба условия могут существенно снизить удовлетворенность жизнью и оказать вредное воздействие на личную жизнь человека и общее ощущение безопасности.

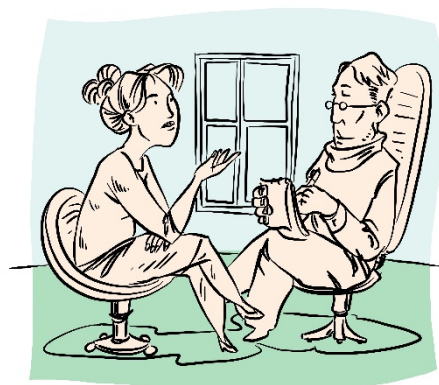
Симптомы двух типов опосредованной травматизации включают в себя:

- ✓ Повышенную тенденцию к избеганию стрессовых ситуаций, поведения и реакций детей
- ✓ Интенсивная забота о детях и их проблемах
- ✓ Повышенная раздражительность или нетерпеливость при взаимодействии с ребенком
- ✓ сложности в планировании работы с ребенком
- ✓ Повторяющиеся тревожные мысли, кошмары и воспоминания о травматических переживаниях ребенка,
- ✓ Отрицание того, что травмирующие события оказывают какое-либо воздействие на ребенка, чувство оцепенения или отрешенности,
- ✓ Повышенное возбуждение
- ✓ Снижение концентрации,
- ✓ Мысли о применении насилия или мести за ребенка
- ✓ Чувство одиночества и отчуждения, отсутствие собеседника
- ✓ Ощущение нахождения в ловушке, «зараженности» травмой, негативные представления о себе
- ✓ Сложности с разделением работы и личной жизни.

Учитывая вышесказанное, мы приводим некоторые предложения и рекомендации, которые могут оказаться полезными в повседневной работе.

- 1. Помните** о значимости симптомов ВТС и усталости от сострадания.
- 2. Не оставайтесь одни.** Уважая право ребенка на конфиденциальность, получайте поддержку, работая в команде, беседуя с другими лицами, вовлеченными в процесс помощи ребенку, и получая поддержку от профессионалов, руководителей группы или коллег.

3. **Признайте усталость от сострадания профессиональным риском.** Когда лицо, осуществляющее уход, подходит к своим ученикам с открытым сердцем и состраданием, у него может развиться ВТС или усталость от сострадания. Лица, осуществляющие уход, также часто считают себя недостаточно квалифицированными или некомпетентными из-за своей сильной реакции на травмы детей. ВТС и усталость от сострадания - это не признаки слабости или некомпетентности, а скорее **цена заботы о детях**.
4. **Обратитесь за помощью в случае возникновения собственных травм.** Взрослые, помогающие травмированным детям, у которых есть собственные неразрешенные травматические раны, подвержены повышенному риску ВТС и усталости от сострадания.
5. **Если вы заметили у себя симптомы ВТС и усталости от сострадания, обратитесь за помощью к специалисту,** имеющему опыт работы с травмами.
6. **Берегите себя.** Остерегайтесь ситуации, когда забота о травмированных детях становится вашей единственной деятельностью и определяет, кто вы есть. Заботьтесь о себе, правильно питайтесь, занимайтесь спортом и развлекайтесь. Не забывайте делать перерывы, чтобы расслабиться, найдите время для размышлений и позвольте себе плакать и смеяться.



#### ПОМНИТЕ:

- ✓ Дети могут учиться и контролировать свое поведение только тогда, когда они чувствуют себя в достаточной безопасности.
- ✓ Выявление триггеров и настоящих потребностей развития детей, лежащих в основе их «стратегий выживания», поможет вам расширить «границы дозволенного» и найти правильный, положительный ответ.
- ✓ Поддержка детей в способности справиться с последствиями травмы возможна при условии близких, поддерживающих отношений с лицами, осуществляющими уход, и путем расширения зоны благополучия и психологической устойчивости детей.
- ✓ Взаимодействие с учителями, семьей, значимыми лицами в жизни ребенка, а также службами и организациями, работающими с детьми и семьями, способствует развитию целостной системы поддержки. Система помощи по уходу с учетом детских психологических травм также развивается путем обмена знаниями и опытом между лицами, осуществляющими уход за детьми, профессионалами и другими лицами, поддерживающими ребенка, а также путем правильного применения этих знаний в работе с детьми.
- ✓ Понимание травмы и ее последствий, осознание собственных травматических переживаний, эффективное преодоление их, забота о себе, собственном психофизическом благополучии и безопасности позволят вам стать компетентным и успешным лицом, осуществляющим уход.
- ✓ Опыт конструктивных отношений с лицом/лицами, осуществляющим/и уход в результате «стратегии установления связи» может оказаться исцеляющим для ребенка, оказать значительное положительное влияние на его идентичность и помочь в создании нового, позитивного представления о себе и мире.

### III. ПРИЛОЖЕНИЕ

*В этом разделе читатель найдет примеры инструментов, полезных для предварительной интерпретации поведения ребенка.*

#### ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ТРАВМЫ РОДИТЕЛЯМИ И ЛИЦАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД

Пожалуйста, прочитайте утверждения ниже. Если вы ответите утвердительно на два или более утверждений, возможно, имеет смысл направить вашего ребенка на полную оценку комплексной травмы. Приведенный ниже опрос является инструментом, который поможет вам решить, когда вам нужно обратиться за профессиональной помощью.

- Ребенок был подвержен многим потенциально травматическим переживаниям.
- Ребенок с трудом контролирует эмоции и может быстро расстроиться, разозлиться или испугаться.
- У ребенка проблемы с управлением поведением.
- У ребенка часто наблюдаются значительные изменения в уровне активности, иногда он выглядит чрезмерно активным или взволнованным, а затем более спокойным или даже весьма медлительным в другое время.
- У ребенка проблемы с запоминанием, концентрацией и/или внимательностью. Он/она иногда кажется "отсутствующим".
- У ребенка проблемы с едой, сном и/или жалобы на физические симптомы, хотя врачи не устанавливают каких-либо физических отклонений на основании этих симптомов.
- Ребенок испытывает трудности в формировании и поддержании отношений с другими детьми и взрослыми.
- Создается впечатление, что ребенок нуждается в большей мотивации, чем другие дети, и/или легко отвлекается на шум, звуки, движения и другие изменения в окружающей среде.
- Ребенку ставили ряд психологических диагнозов, но не один из них в полной мере не объясняет его/ее поведение.
- Ребенок принимает лекарства (или ряд лекарств) в соответствии с этими диагнозами, но медикаменты не помогают.

Источник:

*ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ТРАВМЫ РОДИТЕЛЯМИ И ЛИЦАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД*

*Национальная сеть по посттравматическому стрессовому расстройству у детей, информация на сайте [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org)*

#### ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – ОЦЕНКА ИНФОРМАЦИИ О КОМПЛЕКСНЫХ ТРАВМАХ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, НЕ РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Поскольку не все дети, пережившие травматический опыт, демонстрируют множественные функциональные нарушения, связанные с комплексной травмой, следующие вопросы могут помочь определить, следует ли направить ребенка/семью для более полной оценки:

- Испытывал ли ребенок в раннем возрасте постоянное воздействие невыносимых событий со стороны лица, осуществляющего уход/семьи или в контексте сообщества?
- Испытывает ли ребенок трудности с регулированием или контролем поведения, проявляет гиперактивность, рискует собой и другими или испытывает трудности с соблюдением правил? (Возможно, был установлен диагноз СДВГ, однако лечение не дало ожидаемых результатов).
- Испытывает ли ребенок трудности с поддержанием внимания, концентрацией или учебой?
- Проявляет ли ребенок постоянные трудности в отношениях с окружающими?
- Есть ли у ребенка трудности с регулированием телесных состояний и эмоций, включая проблемы со сном, приемом пищи, сенсорной обработкой и/или трудности с регулированием или выявлением/выражением чувств?



— Имеет ли ребенок множественные диагнозы психического здоровья без какого-либо одного достаточного диагноза, объясняющего его/ее проблемы?

Источник:

[www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org)



ПРИМЕЧАНИЕ: ПРИЛОЖЕНИЕ 3 И ПРИЛОЖЕНИЕ 4 ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛОМ, ПСИХОЛОГОМ ИЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ СОВЕТНИКОМ НА ОСНОВАНИИ ИНФОРМАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ТАКЖЕ УЧИТЕЛЯМИ РЕБЕНКА И ЛИЦАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРАВМЫ (ЦОДТ): ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В ГРУППЕ РИСКА

6-18 лет

Пожалуйста, проверьте каждую область, где выявлены или подозреваются отклонения. Если существует опыт негативного воздействия или

имеются подозрения в одной или нескольких областях, комплексная оценка может быть полезной для понимания мыслей и потребностей ребенка.

1. Знаете ли вы, что ребенок точно или предположительно сталкивался с одним из следующих:

- Известный или подозреваемый контакт с наркотическими веществами помимо злоупотребления родителями
- Известная или подозреваемая подверженность насилию любого рода, которое не было выявлено ранее
- Неблагополучная семья (то есть злоупотребление алкоголем/наркотиками или психическое заболевание родителей)
- Несколько разлучений с родителем или опекуном
- Частые и многократные переезды или бездомность
- Физическое насилие
- Подозреваемое пренебрежительное отношение дома
- Эмоциональное насилие
- Подверженность домашнему насилию
- Сексуальное насилие или контакт
- Издевательства
- Пренатальное воздействие алкоголя/наркотических веществ или материнского стресса
- Проживание вне дома, включая госпитализацию/проживание у приемных родителей
- Потеря значимых людей, мест и т.д.
- Другое \_\_\_\_\_

Если вы не осведомлены об истории травмы, но у вас имеются многочисленные предположения касательно вопросов 2, 3 и 4, то может иметь место травма, которая осталась вне вашего внимания. Примечание: Предположения в следующих пунктах не обязательно указывают на травму, однако существует выраженная связь.

2. Демонстрирует ли ребенок какую-либо из следующих моделей поведения:

- Чрезмерная агрессия или насилие над собой
- Чрезмерная агрессия или насилие над другими
- Взрывное поведение (происходит с 0-100 мгновеноно)
- Гиперактивность, отвлекаемость, невнимательность
- Очень замкнутый или слишком застенчивый
- Конфронтационное и/или вызывающее поведение
- Сексуальное поведение, не характерное для возраста ребенка
- Своеобразные случаи забывчивости
- Несоответствие в имеющихся навыках
- Другое \_\_\_\_\_

3. Проявляет ли ребенок какие-либо из следующих эмоций или настроений:

- Чрезмерные перепады настроения
- Хроническая грусть, не похоже, чтобы он/она наслаждались какой-либо деятельностью.
- Очень поверхностный интерес или отстраненное поведение
- Быстрый, взрывной гнев
- Другое \_\_\_\_\_

4. Испытывает ли ребенок проблемы в школе?

- Низкие или плохие оценки
- Непоследовательные или внезапные скачки в производительности
- Сложности в отношениях с авторитетными лицами
- Проблемы с вниманием и/или памятью,
- Другое \_\_\_\_\_

Имя ребенка: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_  
 Страна/место проживания: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Источник:

*Henry, Black-Pond, & Richardson (2010), ред: 11/13*

*Западно-Мичиганский университет*

*Юго-Западный Мичиганский Центр Оценки Детских Травм (ЦОДТ)*

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4 – СОГЛАСОВАННЫЕ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА РАЗВИТИЯ ТРАВМЫ

**А. Воздействие на ребенка** Ребенок или подросток испытал или стал свидетелем множества повторяющихся или продолжительных неблагоприятных событий в течение периода не менее одного года, начиная с детства или раннего подросткового возраста, а именно:

А. 1. Личный опыт или наблюдение за повторяющимися и тяжелыми эпизодами межличностного насилия; а также

А. 2. Значительные нарушения в контексте ощущения защищенности и ухода вследствие частых замен основного лица, осуществляющего уход; повторное отделение от основного лица, осуществляющего уход; или подверженность сильному и постоянному эмоциональному насилию.

**В. Аффективно-физиологическая дисрегуляция.** Ребенок проявляет нарушенные нормативные способности к развитию, связанные с регулированием возбуждения, включая, по крайней мере, два из следующих:

В. 1. Неспособность модулировать, переносить или восстанавливаться после экстремальных аффективных состояний (например, страха, гнева, стыда), включая длительные и сильные истерики или оцепенение

В. 2. Нарушения регуляции функций организма (например, постоянные нарушения сна, приема пищи и испражнения; слишком резкая реакция или отсутствие какой-либо реакции на прикосновения и звуки; дезорганизация во время обычных переходов)

В. 3. Ослабленное осознание/диссоциация ощущений, эмоций и телесных состояний

В. 4. Нарушение способности описывать эмоции или телесные состояния.

С. Дисрегуляция внимания и поведения: Ребенок проявляет слабые нормативные навыки развития, связанные с постоянным вниманием, обучением или преодолением стресса, в том числе по меньшей мере три из следующих:

С. 1. Озабоченность угрозой или неспособность воспринимать угрозу, включая неправильное прочтение сигналов безопасности или опасности

С. 2. Нарушение способности к самозащите, в том числе поиск экстремального риска или острых ощущений

С. 3. Неадаптивные попытки самоуспокоения (например, покачивания и другие ритмичные движения, компульсивная мастурбация)

С. 4. Привычные (преднамеренные или автоматические) или реактивные самоповреждения С. 5. Неспособность инициировать или поддерживать целенаправленное поведение.

Д. Самостоятельная и реляционная дисрегуляция. Ребенок проявляет ослабленные нормативные компетенции в области развития в контексте самосознания и участия в отношениях, в том числе по меньшей мере три из следующих:

Д. 1. Интенсивная озабоченность безопасностью лица, осуществляющего уход, или других близких (в том числе временного ухода) или трудности с воссоединением с ними после расставания

Д. 2. Постоянное негативное отношение к себе, включая отвращение к себе, беспомощность, бесполезность, неполноценность, ущербность

Д. 3. Сильное и постоянное недоверие, неповиновение или отсутствие ответных чувств в близких отношениях со взрослыми или сверстниками

Д. 4. Реактивная физическая или словесная агрессия по отношению к сверстникам, лицам, осуществляющим уход, или другим взрослым

Д. 5. Неуместные (чрезмерные или беспорядочные) попытки установить интимный контакт (включая, помимо прочего, сексуальную или физическую близость) или чрезмерная зависимость от сверстников или взрослых для обеспечения безопасности и уверенности

Д. 6. Нарушение способности регулировать эмпатическое возбуждение, о чем свидетельствует отсутствие сочувствия или нетерпимость по отношению к выражению страданий других или чрезмерная отзывчивость к страданиям других.

Е. Посттравматический спектр симптомов. Ребенок проявляет хотя бы симптом в по меньшей мере двух из трех кластеров симптомов ПТСР Б, В и Г.

Ф. Продолжительность нарушения (симптомы по критериям травматического расстройства в ходе развития и становления личности В, С, D и E) не менее 6 месяцев.

Г. Функциональные нарушения. Потрясение вызывает клинически значимое расстройство или нарушение как минимум в двух из следующих областей функционирования:

— Школа

— Семья

— Общение со сверстниками

— Юридическая дееспособность

— Работа (для молодых людей, находящихся в поиске или направленных на работу, волонтерство или производственную практику).

Источник:

*B.A. van der Kolk, Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories, „Psychiatric Annals” 35, nr 5 (2005): 401 – 408.*

## IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА



Levine, P., Frederick, A., *Waking the Tiger. Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*, Berkeley, 1997

Taylor, C., *A Practical Guide to Caring for Children and Teenagers with Attachment Difficulties*, London, 2010

Schooler, J.E., Smalley, B.K., Callahan, T., *Wounded Children, Healing Homes: How Traumatized Children Impact Adoptive and Foster Families*, Colorado Springs, 2010

Van der Kolk, B., *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York, 2015

<http://christaylorsolutions.org.uk/>

<https://www.nctsn.org/>

<https://child.tcu.edu/>

## V. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Applegate J. S., Shapiro J. R., *Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practice*, Nowy Jork, 2005
- Barszcz M., *Emocje zawieszane w ciele. Jak napięcia z dzieciństwa kształtują naszą sylwetkę?*, [dostęp: 28 sierpnia 2019] <https://www.psychologiawygladu.pl/2017/03/emocje-zawieszane-w-ciele-jak-napiecia.html>
- Call C., Purvis K. B., Parris S. R., Cross D. R., *Creating Trauma-Informed Classrooms*, w: „Adoption Advocate”, 2014 nr 75
- Caring for Children Who Have Experienced Trauma: A Workshop for Resource Parents*, NCTSN, Los Angeles, 2011
- Child Trauma Toolkit for Educators, NCTSN, Los Angeles, 2008
- Child Welfare Training Toolkit: Подробное руководство, NCTSN, Лос-Анджелес, 2013.
- Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S., *Adverse Childhood Experiences*, w: „American Journal of Preventive Medicine”, 1998, nr 14, ss. 245–258
- Kolk B. van der, *Developmental Trauma Disorder (Выявление развития травмы): Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories*, „Psychiatric Annals”, 2005, nr 35, ss. 401 – 408
- Kolk van der B., *The neurobiology of childhood trauma*, w: „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America”, 2003 nr 12, ss. 293-317, za: C. Call K. B. Purvis, S. R. Parris, D. R. Cross, *Creating Trauma-Informed Classrooms*, w: „Adoption Advocate”, 2014 nr 75
- Kolk B. van der, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, 2018
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5® (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association), Waszyngton, 2013
- Levine, P., Frederick A., *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*, Warszawa, 2012
- Lowen A., Lowen L., *Droga do zdrowia i witalności. Podręcznik ćwiczeń bioenergetycznych*, Koszalin, 2011
- Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*, Warszawa, 2018
- Porges S., *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*, Nowy Jork, 2011 w: B. van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, 2018
- Psychological First Aid for Schools (PFA-S) Field Operations Guide, NCTSN, Los Angeles, 2012
- Taylor C., *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnika dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*, Sopot, 2016
- Salmon M., *Quantum Energy Coaching. Practitioner Training Manual. Change Your Thinking, Change Your Life*, <https://qecliving.com/>
- Schooler J. E., Smalley B.K., Callahan T. J., *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, Warszawa 2012
- Spear L., *The Behavioral Neuroscience of Adolescence*, Nowy Jork, 2010
- Teicher M. H., *Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse*, „Scientific American”, 2002, nr 286, ss. 68-75
- Trauma informed care – wikipage SOS Children's Villages International
- Widera-Wysoczańska A., *Ciało pamięta. Dlaczego traumy pozostawiają bólu ślad w naszym ciele?*, [dostęp: 8 sierpnia 2019] <https://www.psychologiawygladu.pl/2015/06/ciao-pamieta-dlaczego-traumy.html>

### САЙТЫ:

- <http://childtrauma.org/>
- <https://qecliving.com/>
- <https://www.nctsn.org/>



## ПАРТНЕРЫ



SOS WIOSKI  
DZIECIĘCE



SOS BĒRNU  
CIEMATĪ  
LATVIJĀ

[sos-villages.by](http://sos-villages.by)

