

Marzena Buchnat

Aneta Wojciechowska

Trauma u dzieci z FASD – charakterystyka, konsekwencje i znaczenie dla rozwoju

Dzieciństwo to kluczowy etap w rozwoju człowieka – to wtedy kształtują się podstawowe mechanizmy emocjonalne, społeczne i poznawcze, które będą towarzyszyć jednostce przez całe życie. Dla prawidłowego rozwoju dziecka niezbędne są stabilność emocjonalna, poczucie bezpieczeństwa oraz opieka ze strony dorosłych. Niestety, nie każde dziecko ma możliwość wzrastania w bezpiecznym i przewidywalnym środowisku. Czasami jego rozwój przerywany jest przez doświadczenia traumatyczne – zarówno jednorazowe, jak i przewlekłe – które pozostawiają głęboki ślad w psychice i funkcjonowaniu dziecka. Do tej grupy często należą dzieci z FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych), które doświadczają sytuacji, które można określić jako traumatyczne.

Czym jest trauma dziecięca?

Trauma dziecięca to psychologiczna odpowiedź dziecka na zdarzenie lub serię zdarzeń, które przekraczają jego możliwości radzenia sobie. Nie każde trudne wydarzenie jest traumą – decyduje o tym subiektywne przeżycie dziecka, jego wiek, poziom rozwoju i dostępne wsparcie. Do traumatycznych doświadczeń mogą należeć m.in.:

- przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna,
- zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne,
- doświadczenie lub obserwowanie przemocy domowej,
- śmierć bliskiej osoby,
- rozłąka z opiekunami (np. pobyt w placówce opiekuńczej, interwencja sądu),
- katastrofy naturalne, wypadki, hospitalizacja,
- doświadczenie odrzucenia, przemocy rówieśniczej (bullyingu).

Trauma w kontekście dziecięcym może mieć różne oblicza. Część dzieci przeżywa jednorazowe, gwałtowne wydarzenia, jak np. wypadek. W innych przypadkach uraz ma charakter chroniczny – może to być długotrwała przemoc domowa, zaniedbanie emocjonalne, przemoc rówieśnicza, a także wykorzystywanie seksualne. U dzieci z FASD trauma często zaczyna się już w okresie prenatalnym – w momencie, gdy ich mózg rozwija się w środowisku obciążonym toksycznym

wpływem alkoholu, a następnie pogłębia się przez trudne warunki wychowawcze, z jakimi często wiąże się ich wczesne dzieciństwo. Dzieci z FASD, które często doświadczyły zaniedbania, przemocy lub licznych zmian opiekunów, są szczególnie podatne na skutki traumy. Ich układ nerwowy rozwijał się już w warunkach prenatalnego stresu i uszkodzeń, co obniża odporność psychiczną oraz zdolność adaptacyjną.

Jak wskazuje literatura, dzieci z FASD często trafiają do rodzin zastępczych lub adopcyjnych już po doświadczeniach opuszczenia, przemocy, zaniedbania czy życia w rodzinie dysfunkcyjnej. Te wczesne urazy mogą prowadzić do poważnych zakłóceń w zakresie przywiązania i budowania relacji z innymi.

Konsekwencje traumy dla rozwoju dziecka z FASD

Trauma wpływa na rozwój dziecka na wielu poziomach: neurobiologicznym, psychologicznym i społecznym. Szczególnie silne skutki występują w przypadku dzieci z FASD, których mózg już od urodzenia funkcjonuje w sposób inny niż u dzieci bez tego zaburzenia. Połączenie uszkodzeń neurologicznych oraz negatywnych doświadczeń środowiskowych czyni te dzieci szczególnie wrażliwymi na skutki traumy.

Na poziomie neurobiologicznym działanie stresu pourazowego powoduje wzrost poziomu kortyzolu, który zakłóca funkcjonowanie układu limbicznego i kory przedczołowej – struktur odpowiedzialnych za regulację emocji, podejmowanie decyzji i kontrolę impulsów. W przypadku dzieci z FASD, których mózg i tak rozwija się w sposób nietypowy, skutki te są jeszcze silniejsze – może to skutkować nasileniem objawów takich jak impulsywność, drażliwość, trudności w koncentracji, nadpobudliwość czy agresja.

Psychologiczne konsekwencje traumy obejmują głównie zaburzenia lękowe, depresję, zaburzenia przywiązania, chroniczne poczucie zagrożenia, nadmierną czujność i trudności w relacjach z innymi. Dzieci mogą przejawiać skrajne reakcje emocjonalne, wycofanie, nadmierną potrzebę kontroli, a także trudności z zaufaniem do dorosłych. Charakterystyczne są także powtarzające się sny, natrętne wspomnienia czy unikanie bodźców kojarzących się z traumą.

W przypadku dzieci z FASD bardzo często występuje trauma relacyjna – brak stabilnej opieki we wczesnym dzieciństwie, przemieszczanie się między domami dziecka i rodzinami zastępczymi, niestabilność emocjonalna opiekunów. To sprawia, że dziecko nie ma możliwości bezpiecznego przywiązania się do jednej osoby dorosłej, co przekłada się na trudności w budowaniu bliskich relacji i regulowaniu emocji.

Symptomy traumy u dzieci z FASD

Objawy traumy mogą być różnorodne – zależą od wieku dziecka, jego temperamentu, przebytych doświadczeń, ale też od tego, czy ma ono odpowiednie wsparcie. Wśród symptomów u dzieci z FASD można wymienić:

- natrętne wspomnienia, flashbacki, powracające sny,
- nadmierna czujność, pobudzenie, drażliwość,
- emocjonalne wycofanie lub eksplozje emocjonalne,
- regres w zachowaniu – np. moczenie się, ssanie kciuka,
- trudności w nauce, zaburzenia koncentracji,
- zaburzenia jedzenia i snu,
- zachowania autodestrukcyjne lub agresywne.

Warto też pamiętać, że dzieci z FASD mogą w inny sposób wyrażać swoje emocje – mogą nie być w stanie nazwać swoich uczuć lub ich zrozumieć, co prowadzi do wybuchów złości, lęku lub wycofania.

Wnioski i wskazówki dla rodziców/opiekunów dzieci z FASD

Dzieci z FASD to dzieci, które potrzebują szczególnej wrażliwości i empatii. Wielu z nich nosi w sobie doświadczenia traumy, które odciskają się na ich codziennym funkcjonowaniu. Często zachowania, które mogą być postrzegane jako „niegrzeczne” lub „manipulacyjne”, są w rzeczywistości przejawami głębokiego stresu, lęku i poczucia zagrożenia. W przypadku dzieci z FASD trauma dodatkowo komplikuje obraz funkcjonowania – trudności z adaptacją i przetwarzaniem emocji mogą być mylone z "złym zachowaniem", co pogłębia ich poczucie winy i odrzucenia. Dlatego tak ważne jest, aby rodzice/opiekunowie wspierali dziecko w tym poprzez:

1. Bezpieczeństwo – jako fundament odbudowy

Dziecko po doświadczeniu traumy potrzebuje przede wszystkim poczucia bezpieczeństwa – zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego. Stabilna codzienność, przewidywalność, rutyna i jasne zasady sprzyjają odbudowie poczucia kontroli.

2. Akceptacja emocji

Dziecko ma prawo do złości, lęku, smutku. Nie należy umniejszać jego przeżyć („To nic takiego”, „Nie przesadzaj”), lecz pomagać mu je nazywać i przeżywać. Akceptacja emocji to krok do ich regulacji.

3. Budowanie relacji opartej na zaufaniu

Cierpliwa, empatyczna obecność dorosłego może stać się czynnikiem wspierającym budowanie przywiązania. Dziecko musi czuć, że nie zostanie odrzucone, nawet w trudnych chwilach.

4. Rozpoznawanie zachowań wynikających z traumy

Zrozumienie, że np. agresja może być reakcją obronną, a nie celowym działaniem.

5. Zrozumienie przyczyn zachowania

Zamiast karać dziecko za impulsywność, agresję czy zamknięcie się w sobie, warto zapytać: „Co za tym stoi?”, „Czy to może być reakcja obronna?”. Warto pamiętać, że zachowanie jest komunikatem, nie problemem samym w sobie.

6. Wspieranie regulacji emocjonalnej

Dzieci po traumie często nie potrafią same się uspokoić. Pomocna może być wspólna praca nad technikami oddechowymi, zabawy sensoryczne, kontakt z naturą, rytmiczne aktywności (np. bujanie, kołysanie, rysowanie).

7. Profesjonalną pomoc

W wielu przypadkach konieczne jest wsparcie psychoterapeuty dziecięcego, szczególnie w nurcie terapii traumy (np. terapia poznawczo-behawioralna z elementami pracy nad traumą, terapia sensoryczna, EMDR). Wsparcie rodziny np. konsultacje rodzicielskie.

Podsumowanie

Trauma dziecięca to nie tylko wydarzenie – to głęboka rana w świecie emocji, relacji i tożsamości dziecka. Dzieci z FASD są szczególnie narażone na skutki traumatycznych doświadczeń, co wymaga od dorosłych uważności, cierpliwości i świadomego wsparcia. Zrozumienie traumy to pierwszy krok do zbudowania relacji opartej na zaufaniu i bezpieczeństwie. Dziecko z FASD może rozwijać się i budować swoją przyszłość, jeśli otrzyma odpowiednią pomoc i otoczenie, które będzie wspierać jego wyjątkowe potrzeby. Aby pomóc dziecku, trzeba przede wszystkim „być z nim” – bez oceniania, z gotowością do rozumienia i towarzyszenia. Każda stabilna relacja, każde dobre doświadczenie – może stać się krokiem w stronę odbudowy zaufania do siebie i świata.

Bibliografia:

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2011). *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents*. Guilford Press.
- Domenici, P., Lesser, S. (2008). *Face to Face with Children: The Learning and Teaching of Trauma-Informed Care*. Child Trauma Academy Press.

- Gil, M. (2006). *Dziecko w sytuacji traumy – rozpoznawanie i interwencja*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Small, L., Lyons, J. (2014). Assessing trauma in children and adolescents: Longitudinal evaluation of the Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) Trauma Version. *Child Youth Care Forum*, 43(5), 641–661.
- Malbin, D. (2004). *Trying differently rather than harder: Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. FASCETS.
- Mattson, S. N., Crocker, N., Nguyen, T. T. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features. *Neuropsychology Review*, 21(2), 81–101.
- Piekarska, A. (2021). *Psychologiczne konsekwencje FASD – wyzwania w opiece nad dziećmi z traumą prenatalną i środowiskową*.
- Wrona, B. (2019). *Zaburzenia przywiązania u dzieci – znaczenie w pracy wychowawczej*. Wydawnictwo Impuls.