

Главное управление
по образованию
Витебского облисполкома



ГУО "Витебский областной
социально-педагогический центр"

ДЕТСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА

**Основной отдел
защиты прав и
законных интересов
несовершеннолетних**

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

травма,
виды травмы,
посттравматическое стрессовое
расстройство,
возрастные особенности проявления
посттравматического стресса,
травма и эмоции,
влияние травмы на мозг ребенка



**Контакты
основного отдела**
8 (0212) 26 11 67

8 (0212) 26 11 64
**Консультационный
пункт**
8 (0212) 26 11 63

Сайт
<https://vitoblspc.by>

№10
г. Витебск, 2024



Содержание

1. Травма	с. 3
2. Виды травмы.....	с. 6
3. Посттравматическое стрессовое расстройство.....	с. 17
4. Возрастные особенности проявления посттравматического стресса с.	18
5. Травма и эмоции.....	с. 21
6. Влияние травмы на мозг ребенка.....	с. 24
7. Источники.....	с. 26

Сборник информационных материалов № 10 раскрывает основные психологические причины и механизмы психологической травмы, предназначен для педагогов-психологов социально-педагогических центров и учреждений среднего специального образования.





Прежде чем говорить о ”психологической“ травме, необходимо разобраться с тем, что такое ”травма“. Согласно советскому энциклопедическому словарю слово **”ТРАВМА** имеет греческое происхождение (trauma – рана) и обозначает повреждение тканей организма человека или животного с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним (главным образом механическим, термическим) воздействием“. По аналогии можно определить психологическую травму как нарушение целостности и функций психики человека, вызванное внешним воздействием на нее.

Для определения травмы, как правило, идут по одному из трех путей: либо определяют травму через события, которые ее вызывают, либо через переживания, вызванные этим событием, либо через последствия, которые проявляются через какое-то время.

Большинство авторов сходятся на том, что мы говорим о психологической травме, когда имеется некоторое психологически тяжелое, травмирующее **событие**, вызывающее глубокие **переживания**, с которыми тяжело справиться, и развитие определенных **симптомов**.

Травма – это эмоциональный шок, который мы испытываем после чрезвычайно стрессового или травмирующего события.

Понятие ”психологическая травма“ или ”травматический стресс“ обозначает дестабилизирующее воздействие на личность различных стрессоров, как правило, имеющих более выраженный, экстраординарный характер по сравнению с повседневными трудностями. Психологическая травма может являться следствием однократного или повторяющегося психотравмирующего события, делающего невозможным удовлетворение значимых потребностей личности, угрожающего ее жизни и безопасности или приводящего к нарушению сложившейся системы отношений. Таким событием может являться природная или техногенная катастрофа, военные действия, сексуальное, физическое или моральное насилие, смерть близкого человека, развод, болезнь, и многое другое.

Вследствие переживания психологической травмы может происходить декомпенсация или ”сбой“ механизмов саморегуляции, что приводит к нарушению внутреннего психологического (психофизиологического) гомеостаза. Такая декомпенсация может иметь разную длительность и степень выраженности. В зависимости от степени выраженности нарушений психологического (психофизиологического) гомеостаза выделяют различные проявления **последствий психологической травмы** – немедленные, временные и отдаленные нарушения жизнедеятельности, психологического, физического и социального функционирования личности.



Дестабилизирующее воздействие психологической травмы на личность может быть различным в зависимости от целого ряда факторов. Имеют значение не только объективные характеристики психотравмирующей ситуации, например, степень ее опасности для жизни человека или ущерба для его физического и материального благополучия, но и особенности ее субъективного восприятия, связанные с личностью, присущие ей способы переработки информации, эмоционального реагирования и поведенческие стратегии, а также социальное окружение человека.

Степень тяжести последствий психологической травмы определяется особенностями развития механизмов психологической защиты и поведенческих навыков, связанных с активным преодолением личностью психотравмирующей ситуации (копинг-стратегий), а также наличием или отсутствием факторов внешней поддержки, каковыми могут быть другие люди и специалисты. Одинаковые по характеру события могут в одном случае приводить к тяжелой психологической травматизации и психосоциальной дезадаптации; в другом – являться одним из стрессоров, весьма неприятным, но не приводящим к серьезным нарушениям жизнедеятельности.

Психологическая травма (травматический стресс) выступает основным фактором развития различных постстрессовых (посттравматических) расстройств. Обращение к современным таксономиям психологических расстройств позволяет выделить основные клинические формы, связанные с проявлениями травматического стресса и постстрессовых состояний. Характерной чертой этой подгруппы расстройств является их причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психологические нарушения не появились бы.

Большинство детей, изъятых из биологических семей, получали психологические травмы. Травма оказывает долгосрочное и неоднородное влияние как на ребенка, так и на семью в целом. Поэтому специалисты, осуществляющие сопровождение детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях и замещающих семьях, должны учитывать влияние травмирующих событий на жизнь детей и уметь определять их потребности, вытекающие из этого опыта, для оказания эффективной помощи. Такой опыт может негативно сказаться на учебе и поведении ребенка. Педагоги учреждений образования в первую очередь замечают именно проблемное поведение детей.

Когда ребенок подвергается или является свидетелем событий, которые угрожают жизни и здоровью его либо близких (родителей, братьев и сестер),





или же событий, которые он воспринимает как угрозу жизни или здоровью, он оказывается эмоционально бессилён справиться с этим опытом. Такое событие является источником стресса, порождает страх и беспомощность. Результатом может стать дезорганизованное, непредсказуемое поведение или чрезмерная взволнованность. Вот несколько примеров травмирующих событий:

- недостаток внимания;

- оставленность, злоупотребление доверием, например, когда лицо, осуществляющее уход, является обидчиком;

- насилие в обществе, в том числе в учреждении образования, например, в ситуации, когда ребенок становится свидетелем или жертвой издевательств;

- различные формы насилия (особенно сексуальное и физическое), случаи насилия в семье, свидетелем которых стал ребенок;

- болезненные медицинские осмотры;

- сепарация от лица, осуществляющего уход, вследствие госпитализации и болезненных медицинских процедур, в том числе преждевременные роды с последующим помещением ребенка в кувез, то есть изоляцией ребенка;

- тяжелая, опасная для жизни болезнь;

- смерть или потеря близкого человека;

- дорожно-транспортное происшествие;

- опасные для жизни стихийные бедствия;

- террористические акты и другие.



ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Острая травма – это единичное травматическое событие, ограниченное во времени. Примерами таких событий являются дорожно-транспортные происшествия, теракты, стихийные бедствия, изнасилования, 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 у ребенка учащается сердцебиение, его переполняют эмоции, возникают неожиданные физические реакции, что усугубляет страх и чувство подавленности.

Хроническая травма – ситуация, при которой ребенок пережил множество травмирующих событий, например, подвергся 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 – это термин, используемый для описания подверженности одновременно острой и хронической травме, при которой виновниками жестокого обращения и пренебрежения являются преимущественно родители или опекуны ребенка, обычно имеющие собственную историю травмы в детском возрасте. В случае комплексной травмы дети, как правило, с самого раннего возраста вынуждены переносить множество травмирующих событий (физическое насилие, сексуальное насилие, пренебрежение нуждами и другие).

Пренебрежение нуждами ребенка как психологическая травма.

Пренебрежение нуждами ребенка определяется как поведение лица, осуществляющего уход за ребенком (как правило, родителя), которое выражается в 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 серьезные 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 за ними. Следовательно, пренебрежение нуждами ребенка следует рассматривать как вид комплексной травмы.



Этой форме жестокого обращения зачастую сопутствуют такие неблагоприятные факторы, как крайняя нищета и злоупотребление алкоголем или наркотиками лицами, осуществляющими уход за ребенком.

Важно!

При работе с детьми, воспитывающимися в условиях интернатного учреждения или замещающей семьи, необходимо иметь в виду, что многие из них пережили хроническую и комплексную психологическую травму в более раннем возрасте (в семейном окружении) и в то же время были лишены утешения и поддержки лица, осуществляющего уход. По этой причине, вместо сосредоточения на специфическом поведении детей необходимо попытаться проанализировать их непростую историю и проследить влияние прошлого травматического опыта на нынешнюю ситуацию.



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ

Посттравматическое стрессовое расстройство — 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 реакции 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 возникают или становятся более ярко выраженными, когда ребенку внезапно напоминают о травмирующем или инициирующем событии. В результате дети проявляют себя "ненадлежащим образом" в повседневных ситуациях, что негативно сказывается на их способности формировать стабильные отношения со сверстниками и позитивно взаимодействовать с окружающим миром.

Важно!

У большинства детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях и замещающих семьях, есть комплексная травма.

За проблемным поведением ребенка зачастую кроется история многочисленных неблагоприятных событий: острая, хроническая или комплексная травма.

Нельзя недооценивать влияние присутствия ребенка при акте насилия в семье и пренебрежения нуждами ребенка на этапе развития.



ПРИВЯЗАННОСТЬ

Привязанность – это модель поведения, которую ребенок проявляет в отношениях со значимой фигурой.

Механизм, лежащий в основе возникновения привязанности между ребенком и лицом, осуществляющим уход, важен для понимания того, каким образом ребенок вступает в отношения со своими учителями и сверстниками, 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 относится плач, лепет, улыбка, а также попытка дотронуться и наблюдение за лицом, осуществляющим уход. Такое поведение проявляется как в состоянии безопасности, так и в ответ на реальную или предполагаемую угрозу.

Значимый взрослый отвечает потребностям ребенка при условии надлежащего ухода. 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.

Модели привязанности

Организованная привязанность – ребенок знает, как привлечь внимание лица, осуществляющего уход, к его потребностям, речь идет об организованной модели привязанности.

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, 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-избегающая привязанность: неотзывчивость взрослого.

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. Малыш 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. Такие дети имеют тенденцию подавлять негативные чувства и проявляют только позитивные, чтобы привлечь внимание воспитателя и избежать отторжения. Ребенок воспринимает себя бесполезным и непривлекательным, а взрослого считает недоступным и в то же время навязчивым. В школе 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.

Важно!

При работе с ребенком с тревожно-избегающим типом привязанности рекомендуется демонстрировать позитивный, ободряющий подход без отвержения. Педагоги 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 таким ребенком и быть готовыми сделать шаг назад, если он не выдерживает попытки взрослого сократить расстояние.

Тревожно-устойчивая (амбивалентная) привязанность: непоследовательность взрослого.

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". Невозможно проследить связь между поведением детей с амбивалентной привязанностью и реакцией лица, осуществляющего уход. Впоследствии такие дети отличаются слабой социальной компетентностью и низким уровнем 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 тревожно-устойчивым типом привязанности могут демонстрировать нетипичные реакции и поведение, чтобы привлечь внимание как взрослых, так и своих сверстников. Они могут принимать форму мятежа и провоцирования, но ребенок может также стать чрезмерно активным в различных областях, чтобы завоевать признание, восхищение и одобрение.

Важно!

Детям с амбивалентным типом привязанности нужна среда с низким уровнем стресса и предсказуемой безопасностью. Они требуют понятной, четко определенной и дружественной атмосферы, без чрезмерной критики или неприятия, которая может привести к эскалации. Взрослые не должны проявлять чрезмерную опеку или пытаться "спасти" таких детей. Эти дети должны научиться доверять своим собственным талантам и возможностям, делая маленькие шаги и преуспевая в небольших задачах.

Дезорганизующая (дезориентированная) привязанность.

Этот тип привязанности развивается, когда ребенок не может выработать организованную стратегию для удовлетворения своих потребностей лицом, осуществляющим уход, поскольку такое лицо использует множество методов и стратегий воспитания самым непредсказуемым образом. Поведение такого лица зачастую связано со злоупотреблением запрещенными веществами, насилием в семье или психическим заболеванием. Такое лицо также может вызывать страх, например, в случае инцеста или домашнего насилия. Таким образом, человек, который должен быть гарантом безопасности, становится источником постоянного страха и неуверенности. Такая ситуация называется "неразрешимой проблемой страха". Ребенок предпринимает беспорядочные попытки привлечь внимание взрослого, то и дело прибегая к стратегиям, типичным для детей с тревожно-избегающей или амбивалентной привязанностью. Если значимый взрослый, 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.

Детей с дезорганизованной привязанностью, как правило, рассматривают как наиболее трудных, особенно из-за их плохой успеваемости, высокой тревожности, гиперактивности, агрессивного или провоцирующего поведения, неуважения к потребностям других людей и к установленным правилам.

Важно!

Профессиональный 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.

Шаблоны привязанности, описанные выше, могут быть исправлены и изменены, по крайней мере, в некоторой степени, в результате нового положительного опыта в отношениях.

Привязанность и травма

Сила привязанности отражается на интенсивности проявления привязанности и не является показателем безопасности. Неудивительно, что некоторые дети очень преданы родителям, которые жестоко с ними обращались.

Важно!

Среди трех описанных выше небезопасных моделей привязанности для тревожно-избегающего и амбивалентного типа характерно присутствие опекуна в жизни ребенка (при определенных условиях), а значит есть и шанс для развития позитивных отношений между ними. Дезорганизованная модель - единственная, при которой такая возможность сильно ограничена.

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

Важно!

Привязанность между ребенком и лицом, осуществляющим уход (обычно матерью), формируется в течение первого года жизни.

Привязанность — это модель поведения, используемая ребенком для привлечения внимания значимого взрослого к его потребностям.

Если значимый взрослый порождает страх и неуверенность, жестоко обращается с ребенком или ведет себя непредсказуемо, у ребенка формируется привязанность ненадежного типа.

Среди детей, находящихся в условиях интернатного учреждения и замещающей семьи, дезорганизуемая привязанность наблюдается чаще, чем среди сверстников в целом.

Привязанность к лицу, осуществляющему уход, определяет будущие отношения человека.

Типы реакций на посттравматический стресс

Различные травмирующие события (особенно комплексная травма) оказывают серьезное, длительное воздействие на ребенка, влияя на качество его жизни. 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, "атакуют" многие сферы жизни, порождая всепоглощающий страх.

Влияние травмы на социализацию.

Перед лицом угрозы ребенок сигнализирует о необходимости поддержки кого-либо из ближайшего окружения. Дети пытаются установить контакт и привлечь внимание лица, осуществляющего уход, для получения такой поддержки. Ребенок меняет тон голоса, его мимика становится более выраженной, а также проявляется повышенная чувствительность к звукам в окружающей среде. Когда опекун или другой взрослый оказывает необходимую поддержку, ребенок успокаивается и расслабляется, не предпринимая никаких дополнительных действий для возврата 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 учащимся и его педагогом. Столкнувшись со значительной угрозой и вследствие этого испытывая сильный стресс, ребенок может продемонстрировать три непроизвольных ответа: бой, бегство или оцепенение.

Деструктивные реакции на угрозу.

1. 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 его опекуном, который не смог оказать помощь. К сожалению, может также случиться так, что последний является обидчиком или виновником угрозы.

2. Оцепенение.

Реакция оцепенения может происходить, например, в ситуациях физического или сексуального насилия, когда кто-либо вторгается в личное пространство ребенка и обездвиживает (сдерживает) 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.

Описанные типы реакций на посттравматический стресс 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 не уделяющих им должного внимания. Когда дети с травмирующим опытом 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 исходного травмирующего события.





ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРЯМОЕ СЛЕДСТВИЕ 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:

- 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;

- негативные 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).

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

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

Психологические и поведенческие последствия травмы у дошкольного возраста.

В раннем детстве посттравматические изменения в структуре и функционировании мозга могут негативно сказаться на развитии интеллектуальных способностей и регуляции эмоций, повышая уровень страха (тревоги) и снижая чувство безопасности.

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, нитье и др.);

выраженная реакция на страх (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, размышляя 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 влиять 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 беспокойства, гнева, склонны переживать свою беспомощность. Нередки случаи заниженной самооценки и депрессии.



ТРАВМА И ЭМОЦИИ

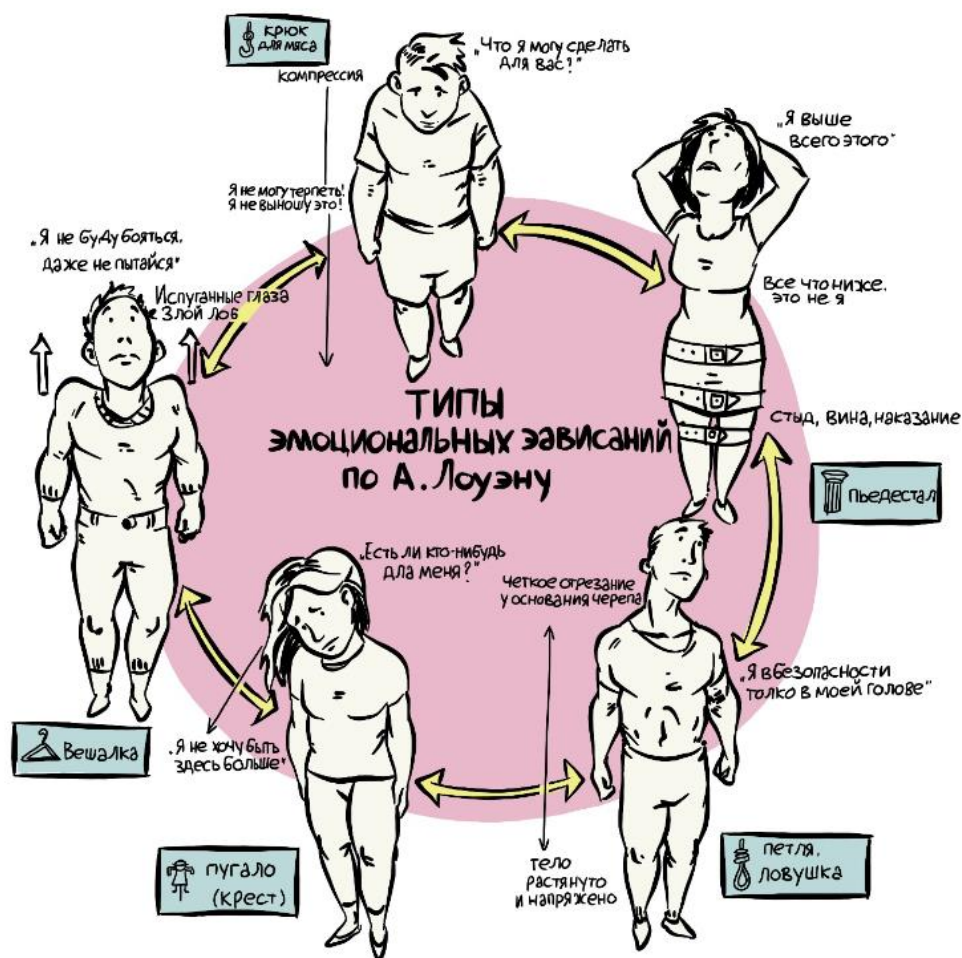
Пережитая травма приводит к сильному и постоянному страху, охватывающему все сферы жизни ребенка. Кроме того, преобладают чувства стыда, вины, гнева и беспомощности. Здесь мы можем даже говорить о токсичном стыде, который приводит к развитию негативных убеждений, преимущественно о себе, например: "Я 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 и напряженности, чувствительности и активации с целью самозащиты. В окружающей среде имеются естественные стимулы, в частности звуки, изображения, формы, световые эффекты, вкусы, запахи (так называемые триггеры травмы), которые возвращают ребенка к исходному травмирующему событию, вызывая в нем чувства, которые он испытывал в то время. 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 ученик, который испытывает сильный стресс в ситуациях социального взаимодействия, был неожиданно выбран для ответа на вопрос в классе, не отвечает учителю, или когда ребенок замирает на месте и не реагирует, став 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 — ”защитному костюму” 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 приостановке в результате интенсивного или хронического посттравматического стресса.



Важно!

Травма оказывает негативное влияние на структуру и функционирование нервной системы, 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.).

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.

Важно!

Стресс влияет на развитие и структуру мозга, может 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.

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

Часть мозга, которая развивается у человека в первую очередь, 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 рептилии“). Таким образом, эмоциональный мозг ребенка активирован, а ”рациональный мозг“ либо вовсе недоступен, либо доступ к его функциям крайне ограничен.





Источники

Советский энциклопедический словарь. - Глав. ред. А.М. Прохоров. – М.: ”Советская энциклопедия“, 1985 – 1500 с.

Ильин Е.П. Эмоции и чувства. - СПб., 2001. – 752 с.

Казанская В.Г. Подросток и трудности взросления. Книга для психологов, педагогов и родителей - СПб. 2006. – 240 с.

Костина Л. Игровая терапия с тревожными детьми – СПб.: Речь, 2003. – 160 с.

Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков. – М.: Олма-Пресс, 2004 – 250 с.

Трубицына Л.В. Процесс травмы. – 2-е изд., исправленное. М.: Смысл, 2019. – 223 с.

Beata Kulig, Tomasz Saj, SOS Детские деревни Польша Альтернативный уход, учитывающий детские психологические травмы как ухаживать за ребенком, перенесшим психологическую травму – 40 с.



Адрес сайта:
<https://vitoblspc.by>

Адрес электронной почты:
spc@vituo.by

Адрес: 210029, г. Витебск, ул. Офицерская, д. 6

