

ШКОЛЬНАЯ ПСИХОТРАВМА – СПОСОБЫ первичной психологической помощи

Инна Николаевна Серёгина,

*преподаватель психологии факультета непрерывного образования
Камчатского государственного университета им. Витуса Беринга,
медицинский психолог городской детской поликлиники № 2,
г. Петропавловск-Камчатский*

Сегодняшние реалии таковы, что насилие в школе среди детей не только существует, но и активно увеличивается в масштабах. И дело не только в физическом воздействии, которое оказывают школьники друг на друга, но и в моральном давлении и унижении. С жестокостью и травлей школьники встречаются гораздо чаще именно в среде сверстников. Если у учеников младших классов «изобретательности» хватает на то, чтобы спрятать вещи в раздевалке, обзывать и бросать портфели, то старшеклассники могут избивать выбранную жертву, давить и унижать морально, создавая стрессогенную и психотравмирующую атмосферу, где полноценное обучение невозможно.

• насилие • психология • переживание • восстановление • социальная интеграция • психолого-педагогическая помощь

Квалифицированная помощь, как правило, вторична. Зачем нужно знать азы...

Экстренное вмешательство (помощь) предполагает разрешение текущих трудностей пострадавшего ребёнка через создание условий для выражения сильных эмоций и приобретение им чувства контроля над собой. Вмешательство психологической защиты может изменить картину переживания насилия. Очень часто последствия настоящей травмы усиливаются переживаниями ситуаций насилия, которые имели место в прошлом опыте. Однако на данном этапе (острый стресс) психологической поддержки прошлые проблемы могут быть только обозначены, так как все усилия психолога

(педагога, родителя) должны быть сосредоточены на настоящем состоянии ребёнка или подростка, его мыслях и переживаниях.

Говоря о школе, отметим, что первая помощь ребёнку, подвергнутому физическому (психическому) насилию со стороны одноклассников, не всегда оказывается педагогами в школе, а если и оказывается, то иногда имеет обратный характер (усугубляющий состояние ребёнка). Возможно, это связано с профессиональной деформацией личности и деятельности педагогов, которая проявляется в их частой безапелляционности, консервативности, закрытости для общения, в оценочности суждений, учающей манере речи, авторитарности, излишней властности и категоричности, в навязывании своего образа «Я» ученикам и окружающим взрослым. Всё это нередко становится не просто частью «учительской роли», но устойчивыми чертами характера.

Поэтому «только его мнение правильное, только он знает, что и как нужно делать», а психолог — специалист молодой, мнение которого часто игнорируется как педагогами, так и руководителем школы.

В настоящее время педагоги-психологи школ (в большинстве случаев) действительно молодые специалисты. Но зато они обладают не «бытовыми» (и часто сомнительными) сведениями, а специальными знаниями в области науки психологии и педагогики. И их деятельность не должна зависеть от видения проблемы с точки зрения большого опыта педагога, а должна опираться на науку психологию. Впрочем, психологическими приёмами и методами при оказании первой (экстренной) помощи пострадавшему от насилия ребёнку должны владеть не только психологи школ, но и педагоги. Своевременная помощь ученику на этапе острого стресса позволяет избежать дальнейших осложнений в психике ребёнка и ухудшения его здоровья.

Школа, как наиболее значимый для ребёнка социальный институт, должна принимать все меры для борьбы с любыми формами насилия в отношении детей, поскольку насилие в школе калечит психику ребёнка, формирует у него искажённые представления о мире. Школа является для ребёнка основной моделью социума, и пережитое в ней насилие оказывает негативное влияние на весь его последующий жизненный опыт.

Не все факторы, ведущие к насилию в отношении учеников можно устранить, но школьная среда может значительно повлиять на устранение издевательств над учениками путём специально разработанной системы педагогических действий (Мерцалова Т.). Это работа с потенциальными агрессорами и жертвами, включая их информирование, обучение, проведение тренингов, ролевых игр с учащимися и т.д.

На индивидуальном уровне педагог должен надлежащим образом реагировать на случаи насилия в отношении ученика со стороны других детей: принимать меры к прекращению насилия и, при необходимости, обращаться в компетентные органы по защите прав несовершеннолетних (комиссии по делам несовершеннолетних).

В чём выражается школьное насилие?

Психологическое насилие в школе можно считать более изощрённой «пыткой», потому что садисты заживают, а моральная травма съедает ребёнка изнутри. Над таким ребёнком смеются одноклассники, он находится в положении изгоя, его постоянно оскорбляют. Педагогам надоедает делать замечания «заводела», и они оставляют ситуацию, как говорится «по течению». И как следствие, у ребёнка или подростка снижается самооценка, появляются страхи, они плохо учатся и настойчиво ищут повод пропустить занятия в школе, страдают от одиночества и непонимания. Тем самым привлекая к себе всё больше внимания со стороны обидчиков, которые постепенно начинают изощряться и придумывать издевательства над ребёнком-жертвой. Детям, пережившим **психическую травму**, достаточно трудно понять, что с ними произошло. Это, прежде всего, связано с их возрастными особенностями, им не хватает социальной и психологической зрелости. Ребёнок не в состоянии осознать смысл происходящего, он **просто запоминает саму ситуацию и свои переживания в этот миг.**

Психическая травма — это потрясение, переживание особого взаимодействия человека и окружающего мира. Главным содержанием психической травмы является **утрата веры в то, что жизнь организована согласно порядку и поддается контролю** (Пергаменщик Л.А.).

Разработка понятия травмы берёт своё начало в трудах Э. Фрейда и Г. Юнга, в которых травматические переживания рассматривались как результат расщеплённого переживания «Я» вследствие тревоги, вызванной первичной травмой. Согласно концепции Селье (1979), психическая травма рассматривается как стресс, который способствует адаптации организма и мобилизации его ресурсов для реакции на стрессогенный фактор.

Однако он приобретает травматический характер, если действие стрессогенного фактора чрезвычайно сильно, очень длительно или часто повторяется, превышая адаптационные возможности организма. В этом случае стресс приводит к неблагоприятным психологическим и физиологическим последствиям и даже серьёзным расстройствам (Абабков В.А., Пере М.).

Согласно концепции Левина (1994, 1997), травма — это, прежде всего, нейрофизиологический феномен. При острых шоковых событиях, ситуациях угрозы активизируются наиболее древние и подкорковые структуры мозга, ответственные за мгновенный и мощный ответ организма, способствующий его выживанию. Эти структуры, в которые входят стволые части мозга и мозжечок, сформировались уже на ранних этапах филогенеза и поэтому были метафорически названы исследователями «мозгом рептилий». Они обеспечивают две основные свойственные человеку и животным реакции на угрожающее жизни событие: борьбу или бегство. При этом тело и психика мобилизуют огромное количество энергии (Дозорцева Е.Г., с. 17). В ситуации чрезвычайной активации усиливается кровяной ток, выбрасываются «гормоны стресса», адреналин и кортизол¹, что позволяет организму максимально использовать ресурсы для самозащиты. Однако, как пишет П. Левин (2003), для того чтобы избежать травмы, организму необходимо полностью израсходовать энергию, которая была мобилизована для встречи с опасностью. В случае если активные реакции блокированы и ни бегство, ни борьба невозможны, в организме возникает реакция замирания, сходная с готовностью к смерти, биологический смысл которой заключается в снижении чувствительности к боли. При этом

¹ Кортизол — биологически активный гормон в организме человека, который отвечает за все процессы на биологическом и физиологическом уровнях и напрямую воздействует на защитную реакцию при стрессах и при повышенной физической нагрузке.

активированная нервная энергия не находит выхода. Возникает состояние повышенной активации и сверхвозбуждения мозга (проявляется у ребёнка в форме дрожания, плача, стоны).

Состояние повышенного возбуждения в подкорковых отделах мозга служит причиной явлений, которые рассматриваются в качестве симптомов посттравматического стрессового расстройства (Зеттл Л., Джозефс Э.). С одной стороны, оно заставляет человека вновь и вновь возвращаться к воспоминаниям о психотравмирующих событиях, проигрывать их в воображении, с другой — избегать ситуаций, людей, разговоров, которые могут спровоцировать неприятные мысли и эмоции. Возбуждение имеет и неспецифические проявления, отражаясь в нарушениях сна, трудностях концентрации внимания, усвоения новой информации, а также могут быть затруднения в общении, учёбе.

Психологическое содержание процесса переживания

Основная единица внутренней жизни личности — переживание. Переживания в форме психических состояний, в которых слиты эмоциональные, волевые и интеллектуальные компоненты, отражают события и обстоятельства жизни в их отношении к самому субъекту (Божович Л.И.).

Событие высокой интенсивности, при котором отсутствует возможность адекватного совладания и повышенного приспособительного потенциала индивида, может способствовать нарушению адаптации (Селье) и развитию расстройств, связанных со стрессом (Freedly J.R., Hobfoll S.E.). Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны.

Травматический стресс — это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на сложные, травмирующие обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта (Черепанова Е.М.). В литературе выделяют типичные этапы переживания психологической травмы (Венгер А.Л., Морозова Е.И.). Это:

1. Шоковый этап.
2. Этап стабилизации.
3. Этап восстановления.
4. Этап личностной и социальной интеграции.

Шоковый этап. Первой реакцией на тяжёлую психологическую травму часто становится шоковое состояние, подверженность которому особенно высока у детей. Оно может проявляться в форме патологической заторможенности или, напротив, хаотического патологического возбуждения.

В первом случае ребёнок бледен, малоподвижен (вплоть до ступора), его движения замедлены. В его позе отражается общая скованность, напряжённость. Мимика выражена слабо («маскообразное лицо»). Выражение лица может быть нейтральным, грустным или испуганным. Речь бедная, тихая, вплоть до еле слышного шёпота. Иногда наблюдается элективный или тотальный мутизм². Реакция на все внешние воздействия резко ослаблена. Ребёнок может не отвечать на задаваемые ему вопросы, не обращать внимания на окружающих, пытающихся вступить с ним в контакт. При патологическом возбуждении наблюдается высокая, но нецеленаправленная двигательная активность. Ребёнок может куда-то бежать, метаться по комнате, кричать, громко плакать. Возможны агрессивные или деструктивные (разрушительные) действия. При патологическом возбуждении, так же как и при патологической заторможенности, резко снижена реакция на любые внешние воздействия. Нередко эти состояния у одного и того

² Элективный мутизм — это отказ от использования речи в определенных ситуациях (например, с незнакомыми взрослыми), тотальный мутизм — полный отказ от использования речи, временная немота.

же ребёнка чередуются: заторможенность сменяется возбуждением, затем снова наступает заторможенность.

Таким образом, общая характеристика шокового состояния в обеих его формах — отсутствие целенаправленной активности и снижение контакта с окружающим миром. Для этого этапа типичны также острые вегетативные реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды.

Этап стабилизации. На этом этапе к ребёнку возвращается способность к целенаправленной деятельности, хотя её продуктивность всё ещё существенно снижена. В благоприятном случае (если в целом психика человека достаточно устойчива, если ему оказана необходимая психологическая помощь и поддержка) начинается возвращение к нормальному состоянию. В более тяжёлых случаях этот этап характеризуется появлением симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР³ возникает как отсроченная, оставленная или затяжная реакция на действие длительного и особо тяжёлого стресса (Hogowitz, 1990). ПТСР может развиваться и в том случае, если непосредственно после психотравмы не наблюдалось острого стрессового состояния. Диагноз ПТСР ставится в том случае, если длительность протекания расстройства составляет более 1 месяца.

Для детей на этапе стабилизации характерна регрессия, то есть возврат к формам поведения, типичным для более ранних возрастных периодов (например, играть в дошкольные игры с детьми младшего возраста).

³ ПТСР — это хроническое заболевание с волнообразным течением. Оно может продолжаться в течение нескольких лет, а иногда и всю жизнь, с периодическими обострениями.

Многие исследователи указывают, что у детей, испытавших психологическую травму, наблюдается постоянное воспроизведение пережитого в разных формах: в ярких устрашающих визуализациях (флэш-бэк)⁴, в кошмарных сновидениях. Дети ожидают и боятся реального повторения этого события (Тегг, 1991; Webb, 2004).

Детальный анализ психологических последствий психотравм, возникающих у детей и подростков, провели У. Юл и Р.М. Уильямс (2001). В качестве наиболее распространённых симптомов они называют:

- нарушения сна;
- трудности сепарации (стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними);
- снижение способности к концентрации (в частности, трудности в сосредоточении на школьной работе);
- временное снижение памяти, а также утрату некоторых навыков, имевшихся ранее;
- навязчивые мысли;
- нарушения общения с родителями и сверстниками;
- повышенную настороженность и подозрительность;
- утрату жизненных перспектив;
- страхи;
- раздражительность;
- чувство вины;
- депрессию;
- повышение уровня тревожности, вплоть до приступов паники.

Этап восстановления. На этом этапе острая симптоматика постепенно исчезает (хотя возможны её периодические рецидивы). Вместе с тем, по-прежнему сохраняются вызванные стрессом личностные нарушения. Они проявляются в повышенной тревожности, ощущении опасности окружающего мира, эмоциональной неустойчивости. Результат этого — сниженная социальная активность (по сравнению с уровнем, имевшимся

⁴ Флэшбэк — ощущение иллюзорного повторения, события, произвольные яркие визуализации.

до пережитого стресса). У многих людей, особенно у детей, наблюдаются трудности в общении. Нередки нарушения внутрисемейных отношений. У детей часто остаётся сниженной учебная мотивация и школьная успеваемость. На этом этапе по-прежнему повышена ранимость, чувствительность к новым стрессогенным ситуациям. У многих людей, переживших психологическую травму, возникает виктимность — поведение, приводящее к тому, что человек часто становится жертвой преступлений. Этот этап может затягиваться на неопределённо длительный период. В ряде случаев имеется риск появления заболевания, которое определяется как хроническое изменение личности после переживания психотравмирующих событий. Оно характеризуется такими проявлениями, как:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальная отгороженность;
- ощущение опустошённости и безнадежности;
- хроническое волнение, ощущение постоянной угрозы, существования «на грани»;
- отчуждённость.

Это состояние нередко может быть пожизненным. При своевременной психологической помощи риск его возникновения резко снижается.

Этап личностной и социальной интеграции. Достижение (точнее, завершение) этого этапа свидетельствует о полном преодолении нарушений, вызванных психологической травмой. Психотравмирующее событие оказывается интегрировано в жизненный опыт личности. При воспоминании о нём возникает не тягостное переживание, как ранее, а лишь некоторая печаль. Для человека становится возможной жизнь, полноценная во всех отношениях.

При отсутствии психологической помощи возможно длительное «застревание» на одном из ранних этапов без движения

к последующим. Нередко наблюдается также возврат к одному из уже пройденных этапов. Обычно это случается под влиянием новых стрессов либо каких-либо событий, напоминающих об исходной психотравме. Говоря о школьном насилии, таким напоминанием часто становятся издевательства, унижения, насмешки окружающих.

Психолого-педагогическая помощь при острой реакции ученика на психотравмирующее событие в условиях школы

Одно из важнейших направлений деятельности современной школы, наряду с воспитанием и обучением подрастающего поколения, — сохранение и укрепления здоровья учащихся. Главная роль в сохранении психологического здоровья учащихся отводится психологической службе учреждения образования. В обязанности педагога-психолога входит психолого-педагогическое сопровождение кризисных периодов развития учащихся, оказание психолого-педагогической помощи детям в кризисной ситуации, профилактика подростковых суицидов. В то же время решение проблемы развития здоровья учащихся невозможно без участия всего педагогического коллектива и родителей.

Сразу после психотравмирующего события необходимо ребёнка или подростка отвести в кабинет психолога и удалить «зрителей», создать спокойную обстановку, остаться с ним наедине. Все эти ситуации могут глубоко травмировать психику ребёнка, на каждую из которых они могут реагировать по-разному. Поэтому помощь психолога (педагога) определяется состоянием ребёнка и носит следующий характер:

1) Помощь при плаче. Слезы — это способ выплеснуть свои чувства, и не следует сразу начинать успокаивать ребёнка, если он плачет. Но, с другой стороны, находиться рядом с плачущим учеником и не пытаться помочь ему — тоже неправильно. В чём же должна заключаться помощь? Хорошо, если вы сможете выразить ему поддержку и сочувствие (например, подать стакан с водой или предложить чашечку горячего чая).

Категорически нельзя: обнимать ребёнка или прижимать его к себе; успокаивать и говорить, чтобы он «взял себя в руки».

2) Помощь при страхе. Не оставляйте ребёнка одного. Страх тяжело переносить в одиночестве. Не пытайтесь отвлечь ребёнка фразами: «Не думай об этом», «Ничего страшного», «Всё пройдёт». Предложите ему сделать несколько дыхательных упражнений, например таких:

1. Положите руку на живот; медленно вдохните, почувствуйте, как сначала воздухом наполняется грудь, потом живот. Задержите дыхание на 1–2 секунды. Выдохните. Сначала опускается живот, потом грудь. Медленно повторите это упражнение 3–4 раза.

2. Глубоко вдохните. Задержите дыхание на 1–2 секунды. Начинайте выдыхать. Выдыхайте медленно и примерно на середине выдоха сделайте паузу на 1–2 секунды. Постарайтесь выдохнуть как можно сильнее. Медленно повторите это упражнение 3–4 раза.

Если ребёнку или подростку трудно дышать в таком ритме, присоединитесь к нему — дышите вместе. Это поможет ему успокоиться, почувствовать, что вы рядом.

3) Помощь при чувстве вины или стыда. Поговорите с ребёнком, выслушайте его. Дайте понять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, подкаивайте, говорите «угу», «ага»). Не старайтесь оценивать его действия. Можно просто сесть рядом и поглаживая его по голове и спине, дать ему почувствовать, что вы рядом с ним, что вы сочувствуете и сопереживаете ему. Помните выражения «поплакать на плече», «поплакать в жилетку» — это именно об этом. Дайте понять, что принимаете ребёнка таким, какой он есть. Не пытайтесь переубедить его

(«Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать ребёнку выговориться, рассказать о своих чувствах. Можно держать его за руку и просто слушать. Иногда протянутая рука помощи значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов.

4) Помощь при истерике. В отличие от слёз, истерика — это то состояние, которое следует прекратить. В этом состоянии ребёнок теряет много физических и психологических сил. Помочь ему можно, совершив следующие действия:

- Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с ребёнком наедине.

- Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (например, можно дать пощёчину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Если такое действие совершить не удастся, то сидите рядом с ребёнком, держите его за руку, поглаживайте по спине, но не вступайте с ним в беседу или, тем более, в спор. После того, как истерика пошла на спад, говорите с ребёнком короткими фразами, уверенным, но доброжелательным тоном («выпей воды», «умойся»). После истерики наступает упадок сил. Дайте ему возможность отдохнуть.

5) Помощь при нервной дрожи. Нужно усилить дрожь. Возьмите ребёнка за плечи и сильно, резко потрясите его в течение 10–15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение. После завершения реакции необходимо дать ему возможность отдохнуть.

Категорически нельзя: обнимать ребёнка или прижимать его к себе, укрывать его чем-то тёплым, успокаивать и говорить, чтобы он «взял себя в руки».

6) Помощь при двигательном возбуждении. Острая реакция на стресс может про-

являться и в двигательном возбуждении, которое может стать опасным для самого пострадавшего и окружающих. В этом случае постарайтесь найти возможность физически остановить ребёнка или подростка. Прежде, чем пытаться ему помочь, убедитесь, что это не опасно для вас.

Помните, психологическая помощь возможна только в случае, если пострадавший отдаёт себе отчёт в действиях, поэтому для того, чтобы он вас **услышал:**

- Задавайте ребёнку вопросы, которые привлекут его внимание и заставят его задуматься («Хочешь, мы позвоним твоей маме, чтобы она тебя забрала?», «Может, ты сам выберешь, кому позвонить?»).

- Предложите пройти в любой ближайший свободный от зрителей кабинет (класс) и постарайтесь, чтобы там были только вы и он (пострадавший ребёнок). Дайте возможность выговориться, займите его (например, попросите помочь переложить книги из шкафа).

- Предложите совместно сделать дыхательную гимнастику. Например, такую:

1. Встаньте. Сделайте медленный вдох, почувствуйте, как воздух заполняет сначала грудную клетку, потом живот. Выдыхайте в обратном порядке — сначала нижние отделы лёгких, потом верхние. Сделайте паузу в 1–2 сек. Повторите упражнение ещё 1 раз. Важно дышать медленно, иначе от переизбытка кислорода может закружиться голова.

2. Продолжайте глубоко и медленно дышать. При этом на каждом выдохе постарайтесь почувствовать расслабление. Расслабьте руки, плечи, спину. Почувствуйте их тяжесть. Концентрируйтесь на дыхании, представьте, что выдыхаете своё напряжение. Сделайте 3–4 вдоха-выдоха.

3. Некоторое время (примерно 1–2 минуты) дышите нормально.

4. Снова начинайте медленно дышать. Вдыхайте теперь через нос, а выдыхайте через рот, сложив губы трубочкой. При выдохе представьте, что осторожно дуете на свечку, стараясь не погасить пламя. Старайтесь сохранять состояние расслабленности. Повторите упражнение 3–4 раза.

5. Дышите как обычно.

Это поможет пострадавшему успокоиться и почувствовать, что вы рядом.

Категорически нельзя: допускать скопление в классе педагогов и руководителей школы; расспрашивать ребёнка, задавать ему вопросы (устраивать разбирательства).

После оказания первой (экстренной) помощи ребёнку или подростку необходимо по телефону вызвать в школу родителей (забрать ребёнка домой) и предложить обратиться к специалистам, потому что на этом психологическая помощь ребёнку или подростку не заканчивается.

И в заключение необходимо отметить, что нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. Насилие может вызывать различные нарушения, такие как нарушения в познавательной сфере, а также расстройства аппетита, сна; злоупотребление наркотиками, алкоголизм; непроизвольное воспроизведение травматических действий в поведении; попытки самонаказания (например, самоистязание); множество соматических жалоб. Оно приводит к стойким личностным изменениям. По-

мимо непосредственного влияния насилия, пережитое в детстве, также может приводить к долгосрочным последствиям, зачастую влияющим на всю дальнейшую жизнь. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев. В исследовании психологических историй жизни людей, совершающих действия, травмирующие детей, иногда обнаруживается собственный неразрешённый опыт насилия в детстве (Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф., 2003; Ильина С.В., 1998; Платонова Н.М., Платонов Ю.П., 2004).

Литература

1. Абабков В.А., Пере М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. Спб.: Речь, 2004.
2. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении, диагностика и коррекция. М.: Генезис, 2006.
3. Мерцалова Т. Насилие в школе: что противопоставить жестокости и агрессии? // «Директор школы», № 3, 2000.
4. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. Ростов н/Д: Феникс, 2005.
5. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология: учеб. Пособие / Л.А. Пергаменщик. Мн.: Высш. шк., 2004.
6. Психология экстремальных ситуаций: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / [Т.Н. Гуренкова, И.Н. Елисеева, Т.Ю. Кузнецова, О.Л. и др.]: Под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл; Академия, 2009. **НО**