



Ведучий семінару
Олег Ігорович Романчук –
лікар-психотерапевт, дитячий
та підлітковий психіатр,
керівник відділення
розвитку дитини
навчально-реабілітаційного
центру «Джерело» у м. Львові
Адреса для кореспонденції:
i.cbt.org.ua@gmail.com

Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії

У сучасній психіатрії проблемі психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється дуже велика увага. Це пов'язано як загалом зі зростанням «масових» психотравмуючих подій, так і з усе більшим об'ємом наукових досліджень, які вказують на важливу роль психотравмуючих подій у походженні психіатричних розладів, зокрема посттравматичного стресового. Також велика увага приділяється дослідженню впливу хронічної психотравматизації, зокрема скривдження дітей, на психологічний розвиток дитини. У даній статті розглянуто сучасну модель розуміння походження та проявів розладів, пов'язаних із психотравмою, а також подається короткий огляд рекомендованих сучасними протоколами терапевтичних підходів.

У людському житті, на жаль, часом мають місце психотравмуючі події: фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки тощо. Згідно з оцінками дослідників, наприклад у США у 60% осіб за життя буде щонайменше одна така подія, три травматичні події і більше – у 17% чоловіків і 13% жінок (Friedman, 2006). Звісно, в «гарячих точках» земної кулі частота таких подій значно вища – у таких країнах, як Алжир, Камбоджа, Ірак вона оцінюється у 92%. Українська статистика автору статті невідома – ми можемо собі лиш уявити, скільки подій, що носили «масово травматичний характер», випало на історію України бодай за останнє століття та спричинені ними психосоціальні травми: голодомор, війна, репресії, Чорнобиль...

Травматичні події часто мають місце й у дитинстві: до 18 років щонайменше у 30% осіб буде хоча б одна така подія. При цьому більшість травм, яких зазнають діти, – це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє, шкільне насильство; «інституалізоване» скривдження, якого зазнають діти, що виховуються в інтернатних закладах. На жаль, більшість фактів скривдження дітей є прихованими – залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти свої історії. Знову ж таки, особливу категорію ризику становлять діти, котрі виховуються у неблагополучних сім'ях та діти-вихованці інтернатних закладів. Згідно з даними досліджень, імовірність зазнавати повторного, тривалого скривдження для цих дітей зростає у 5 разів, і ця проблема в Україні є особливо гострою (Frank, 1996). Статус дитини-сироти, її залежність від персоналу, характер перебування

в інтернаті (у багатьох випадках це своєрідна замкнена система, у якій є своя ієрархія і йде боротьба за виживання) збільшують не лише ризик скривдження, але й ризик того, що воно буде тривалим, повторним і дитина не зможе про нього заявити та вчасно звернутися за захистом, допомогою.

Як приклад – історія з клінічної практики автора, яку розповідає 25-річна дівчина, яка виховувалася в інтернаті: «Коли я перейшла з дитячого будинку до школи-інтернату, то там, пам'ятаю, було набагато важче. Там була «дідівщина». Пам'ятаю двох хлопців зі старших класів: один мав прізвище Графік, а другий – Жираф, вони були головні. Коли вчителі йшли після уроків додому, приходив їх час. З вихователями вони мали, мабуть, домовленість, бо ті не втручалися, а хлопці, натомість, тримали порядок серед дітей. Якщо щось не так – вони того били, залякували, знущалися. Їм вихователі навіть дали окрему кімнату на двох, тоді як ми всі спали у великих кімнатах по восьмеро, у них же вся стіна була значками обвішана. Якщо на вечерю було якесь печиво чи десерт, то треба було віддати їм – тоді вони дозволяли тобі дивитися телевизор. Нас набагато було у тому інтернаті, то всі їх боялися. З дівчатами вони робили різні речі, заставляли роздягатися, ну і робити їм те, що вони казали... Вони і мене один раз затягнули в підвал і сказали, щоб я роздягалася, я дуже налякалася, але мені вдалося тоді вирватися і втекти. Старші дівчата сказали, щоб я не казала нікому із вихователів, бо мені буде гірше. Тоді іншого разу вони мою подругу потягнули в підвал, вона теж кричала.

Я побігла і розказала вихователям, а вони сказали, що розберуться, щоб я йшла в клас. А моя подруга потім, як прийшла, сказала, що ті хлопці її згвалтували. Я хотіла, щоб вона розповіла все директорові, але вона боялася. Тоді я сама пішла й розказала, він просив мене нікому цього не говорити, що тих хлопців покарає. А мене того ж вечора вони затягнули за будинок і побили так сильно, що я вся була потім у синцях, з носа текла кров, губа була розбита. Вони сказали, що прийдуть вночі й задушать мене, якщо ще раз щось на них скажу. Я відтоді дуже боялася і мовчала. Жила весь час у страху. Особливо страшно було ночами. Коли я вийшла з інтернату, то на якийсь час вже про це забула. Але коли мене рік тому згвалтували – затягнули на вулиці у машину і вивезли у ліс – мені знову стало все згадуватися, снилося майже щочасно... І на мене тепер звалився весь той жах – і від події, що сталася нещодавно, і від усіх спогадів, які виринули з минулого. Я зараз знову відчуваю той самий страх, що й тоді...».

Із тих осіб, котрі пережили психотравмуючу подію, у значної частини «душевна рана», завдана психотравмою, не зможе загоїтися сама по собі з плином часу – щонайменше у 30% розвинеться захворювання, що увійшло до психіатричних діагностичних класифікацій під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР є одним з найбільш поширених психіатричних розладів – щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) матимуть його протягом життя. З них, на жаль, близько у 30% осіб його перебіг матиме хронічний характер, з можливою персистенцією симптомів протягом 10 років і більше. Втім ПТСР – не єдиний розлад, пов'язаний з психотравмуючими подіями. Існує гіпотеза, і це є предметом інтенсивних дискусій, що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих форм ПТСР до його комплексних форм, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності.

Як приклад хронічної форми ПТСР – пацієнтка Юля, 24 роки. Коли Юлі було 9 років, її згвалтував дядько – він покликав дівчинку піти пасти з ним у ліс корову, де силою примусив до статевих стосунків, а тоді залякав, що вб'є її та її маму, якщо вона наважиться розказати, що сталося. Перелякана дівчинка нічого нікому не сказала, хоча, з її слів, довгий час переживала сильний страх, постійно думала про це, перестала в школі добре вчитися, бо просто не могла зосередитися на навчанні через тривогу. Попри те, що мама питала, що з нею – пояснювала якимось відмовками типу «зле себе почую». Багато років дівчина тримала це усе в таємниці, хоч і постійно згадувалося – ті спогади налітали, мов «привиди», ввергаючи у минуле. І попри всі спроби забути, воно не забувалося, переслідувало як удень, так і вночі: «Декілька разів на тиждень мені сниться, що мене знову гвалтують», – розповідала Юля, яка у 24 роки звернулася за психотерапевтичною допомогою за рекомендацією священника, якому зізналася про це під час сповіді. На запитання, як вплинула та подія на її життя, вона каже: «Вона зруйнувала моє життя. Я стала бридка собі. Я з відмінниці перейшла у розряд мало що не двієчниць. Тоді я стала більш замкненою,

стала сторонитися друзів, спілкування з ровесниками. Я навіть не думаю про одруження – сама ідея мати статеві стосунки мене лякає. І я живу у постійному страху. Моя душа – мов замок, де панують привиди. Ті спогади не дають мені жити повноцінним життям. Коли вони «вискакують» – я немов провалююся у минуле, переживаю наново весь страх, жах, сором тієї події. Я стараюся теж уникати всього, що може викликати ті спогади: не їжджу в село, де це сталося, не люблю прогулянок на природі; коли дивлюся фільм і відчуваю, що у ньому може бути схожий сюжет – одразу вимикаю...».

Більшість осіб із ПТСР не звернуться за належною допомогою – сама природа цього розладу така, що людину «переслідують» страшні болючі спогади про минуле, тому вона хоче забути, втекти від них, сподіваючись, що «їх вилікує час». Тож ідея піти до психотерапевта і «ворушити болюче минуле» для багатьох людей неприйнятна. І не дивно, що у частини осіб з часом розвиваються коморбідні вторинні розлади – депресія (48%), зловживання алкоголем/алкогольна залежність (28% жінок, 52% чоловіків) тощо (Friedman, 2006). Іншою проблемою є й те, що навіть коли людина звертається за допомогою, цей розлад часто неправильно діагностується і лікується – зокрема, нерідко пропонується лише медикаментозна терапія. Однак можливості фармакотерапевтичної допомоги при ПТСР доволі обмежені – лікарські засоби можуть знизити виразність окремих симптомів розладу. Хоча на сьогодні, згідно з даними досліджень, найбільш ефективними методами допомоги при ПТСР є два травмофокусовані психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR). Саме вони рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР як метод допомоги першого вибору: «Усім людям, які страждають від посттравматичного стресового розладу, показана травмофокусована психотерапія (ТФ-КПТ або EMDR). Вона повинна надаватися звичайно в амбулаторному режимі. Медикаментозна терапія при ПТСР не є лікуванням першого вибору, ним є вище згадані методи травмофокусованої терапії» (Протокол Національного інституту клінічної майстерності Великобританії [NICE], 2004, с. 4). Даний протокол також доволі категорично не рекомендує застосування інших методів психотерапії як таких, що не мають настільки чітко продемонстрованої у дослідженнях клінічної ефективності, як ТФ-КПТ та EMDR. Висока ефективність ТФ-методів терапії є зрозумілою з огляду на патогенетичні механізми розвитку ПТСР, які будуть розглянуті нижче, оскільки ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять, то природно не стільки медикаменти, як методи, що безпосередньо структуровано працюють з цими спогадами, можуть сприяти їх інтеграції і, відповідно, вести до редукції симптомів розладу. Це, зокрема, підтверджує нещодавнє дослідження, проведене в Ізраїлі (Shalev, 2011), де порівнювали ефективність антидепресантів групи СИЗЗС та ТФ-КПТ щодо терапії ПТСР та попередження переходу ПТСР у хронічну форму (при

якій тривалість симптомів ПТСР становить більше 3 місяців). Саме це дослідження підтвердило високу ефективність ТФ-КПТ (повне одужання у 79% осіб), втім, на жаль, показало, що застосування антидепресанту есциталопраму не дало жодної переваги пацієнтам, які його приймали (їх показники щодо ПТСР були такі ж, як і в осіб контрольної групи, котрі «стояли у черзі» на терапії).

Висновок цього дослідження, як і багатьох інших, і, власне, як лейтмотив даної статті: щоб допомогти людям, які страждають на ПТСР, необхідно розвивати і зробити доступними травмофокусовані методи терапії ТФ-КПТ та EMDR. Це особливо актуально в Україні, де ці методи психотерапії ще дуже малопоширені...

Симптоми ПТСР та механізм їх походження

Як уже зазначалося вище, далеко не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів.

1. Характеристики травми – вид і «доза» травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості – травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, гибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР.

2. Характеристики потерпілої особи та копіngu з травмою: особливості суб'єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копіngu з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й не інтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити «схрещу Пандори» з минулого – як у вищенаведеному прикладі). З іншого боку, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак «зрілих» ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в «інтеграції» даного досвіду. Так само виявлені певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми.

3. Характеристики соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкинення, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором.

4. Інші фактори: наприклад, чи травма торкнула одну людину, чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих

Таблиця. Імплицитна та експліцитна пам'ять

Імплицитна пам'ять	Експліцитна пам'ять
Є від народження, це первинна пам'ять. Зумовлює «швидке», первинне сприйняття подій (наприклад, ситуації як небезпечної) та генерування відповідних емоційних реакцій на подію (наприклад, страх), поведінкових (втікай/нападай/завмири) та тілесних станів (наприклад, активація симпатичної системи, приведення тіла у «бойову готовність») – відповідно є складовою так званої швидкої нейрональної мережі оцінки ситуації та первинної «підкіркової» оцінки й відповідної реакції на ситуацію. Веде також до формування певних ментальних моделей (і зв'язку між певними характеристиками середовища й відповідними реакціями на них). Не має суб'єктивного відчуття спогаду, тобто минулого часу («те, що згадується, переживається так, наче воно відбувається зараз»). Не потребує свідомої уваги, автоматична. Включає перцептивну, емоційну, поведінкову і тілесну пам'ять, фрагменти перцепції не інтегровані. Регулюється мигдалеподібним тілом: це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція на події	Пов'язана з дозріванням певних структур мозку і розвитком мови – з'являється після двох років, це наративна пам'ять, організована за допомогою мови. Реалізується, зокрема, через лобну кору і гіпокамп. Складається із фактичної та аутобіографічної пам'яті. Є складовою так званої повільної нейрональної мережі оцінки ситуації – коли інформація аналізується, порівнюється з минулим досвідом, накопиченими знаннями і тоді генерується більш свідомо «кіркова» реакція на подію. Спогади контрольовані, різні складові спогадів інтегровані, є суб'єктивне відчуття минулого/теперішнього (вони немов розділи книжки). Вимагає свідомої уваги. Піддається активній реорганізації в ході життя. Роль гіпокампа дуже важлива – інтегрує різні фрагменти пам'яті, «сплітає», архіває, організовує пам'ять, пов'язує з ідеями, наративним автобіографічним контекстом (у цьому процесі інтеграції задіяна теж фронтальна та інші відділи кори мозку)

стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

Які ж саме механізми спричиняють розвиток ПТСР? Для розуміння цього важливо переглянути, як працюють механізми пам'яті та як травматична подія «записується» у мозок.

У людини є два види пам'яті: імплицитна та експліцитна (таблиця).

При ПТСР травматична подія записується у вигляді імплицитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі – згідно з дослідженнями, його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації. Суть цього механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імплицитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості» (детальніше див. теорію структурної дисоціації особистості Hart, 2006). Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворення цього дисоціативного «бар'єру» у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу

в надії, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», веде до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР.

Ці симптоми за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи. Перша з них пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують» у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми (у моделі Hart, 2006). Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, сомато-сенсорних і т. д.) – ці спогади носять усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть «вири- нати» самостійно або викликатися певними «тригерами» – ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Відповідно, може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої – зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам'яті супроводжується і тим, що мигдалевидне тіло «утримує» симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації – у людини можуть бути постійне відчуття тривоги, її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги.

«Мені страшно, мені постійно страшно, – зізнається 9-річний хлопчик, який став свідком вбивства своєї мами. – Я кожен раз, як заплющую очі, бачу кров, і як мама лежить вся в крові. Я боюся закривати очі... Я не можу мати спокою вдень, не можу вчитися нормально. І вночі – я цілий час прокидаюся від страшних снів...».

«Я живу з постійним відчуттям, неначе це має статися знову, – розповідає 22-річна дівчина, яка зазнала зґвалтування у віці 16 років. – Я не можу розслабитися. У мене постійне відчуття небезпеки. Коли я йду вулицею, то постійно озирваюся, чи за мною хтось не йде. Коли я бачу когось бодай чимось схожого на того хлопця, що зґвалтував мене, попри те, що я знаю, що він у тюрмі й не може бути зараз тут, у мене миттєве відчуття жаху, паніки. Я не можу їздити в ліфті. Я не переносю запаху чоловічих парфумів (подія сталася у ліфті, кривдник був напахчений одеколоном). Коли мене несподівано ззаду хтось торкне рукою чи просто покличе – я підскакую так, ніби бомба вибухнула. Вони всі дивуються, що зі мною. А мені треба кілька хвилин, щоб прийти до тями, щоб серце заспокоїлося. Мені важко пояснити їм, що у той момент я не тут, я там, у ліфті. Я бачу його ніж, приставлений до мого горла. Я переживаю усі ті почуття знову так, як і тоді... Я оніміла після тієї події. Я перестала відчувати життя. Я не знаю, що таке радість. Я знаю лиш один стан – напругу, страх. Я загалом пам'ятаю ту подію, але ті спогади як фрагменти пазлів – деякі є, а деякі немов загубилися».

Друга група спогадів (негативні дисоціативні симптоми у моделі Hart, 2006) пов'язана з відсутністю, втраченою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних «бар'єрів». До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне «оніміння», почуття загального «відчуження» тощо.

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Відповідно, життєвий простір людини може суттєво обмежуватися – як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань. Людина з ПТСР, особливо при комплексних його формах, пов'язаних з досвідом хронічної травматизації у дитинстві, може поступово маргіналізуватися у зовнішньому світі, а також у внутрішньому – жити на периферії власної душі...

Вищезгадана пацієнтка останні кілька років перед психотерапією не працювала, рідко виходила з дому, мала дуже обмежене коло спілкування.

Інша пацієнтка, Аня, 33 роки, прийшла на психотерапію з дивним запитом – «чи можна знищити з пам'яті минуле, допомогти забути те, чого не пам'ятаєш, а має лише відчуття, згодом: «У моєму дитинстві було щось страшне, не знаю що, але маю відчуття, що це щось дуже страшне. Я хочу це забути, вирвати і спалити, як сторінку із книги, щоб не можна було відновити». У її дитинстві справді були, як виявилось потім, страхітливі речі – регулярно повторюване протягом кількох років сексуальне скривдження. Тривалий час упродовж дитинства ця жінка, щоб вижити, свою зболену, зранену «внутрішню дитину» просто закрила у неприступній внутрішній кімнаті, у підземеллі, що нагадує сюжет окремих казок. І щоб не чути отих «криків, що доносилися з підземелля», вона мусила жити на доволі великій відстані від свого внутрішнього світу – постійно зайнята роботою, а як не роботою, то розвагами, «екстремальними» видами спорту, алкоголем тощо.

Комплексний ПТСР та розлад травми розвитку

В окремих осіб психотравмуючі події носили хронічний характер і йшлося про множинну травматизацію. Звісно, у таких випадках її наслідки більш виражені й для окреслення більш складної форми ПТСР клініцисти вживають термін, наразі відсутній у діагностичних категоріях, – «комплексний посттравматичний стресовий розлад». Його додатковими симптомами є виражені порушення регуляції емоцій (виражена дисфорія, порушення контролю злості, самопошкоджуюча поведінка як форма емоційної саморегуляції тощо), порушення свідомості (тривалі стани дереалізації-деперсоналізації), самоспричиняття (відчуття власної безпомічності, ідентичності жертви, виражений сором та відчуття власної дефективності тощо), виражені порушення у сфері соціальних стосунків (соціальна ізоляція, виражена недовіра людям), порушення у системі цінностей та деякі інші симптоми (Herman, 1997).

Коли комплексна травма мала місце у дитинстві, під час формування особистості, то її наслідки є не лише у

симптомах ПТСР, але й у порушенні особистісного розвитку, дезорганізації системи прив'язаності, інших порушеннях. На жаль, в Україні ще дуже слабка система соціального захисту дітей, і багато дітей проживає тривалий час у вкрай неблагополучному, травматичному середовищі.

Це спогади 8-річного хлопчика: «Я не знаю, хто мій тато. А маму мою звали Іра. Моє життя з нею було сумне. Вона сильно любила мене, я від неї втікав до лісу, вечорами, ночами, вдень. Мама ходила по смітниках. Коли вона була п'яна, кричала, що не хоче мене більше бачити. Я боявся тоді з нею залишатися, боявся, що вона мене вб'є. І я тоді втікав. Я лягав спати у лісі під деревом, якщо то було літо. А зимою ішов проситися до людей. Іноді мама закривала мене у підвалі. Там було темно і холодно. Її деколи дуже довго не було. Мені зараз теж страшно, коли темно... Коли у мене народилася сестра, я зрадів, думав, що тепер не буду самотній. Моє життя стало веселішим, я колесив її, дуже любив. Я думав: моя сестра виросте, мені буде добре, буду з нею бавитися. А тоді одного разу мама взяла мене кудись із собою, а сестричку лишила вдома. Нас не було вдома два дні, а коли ми вернулися, я побіг до коліски, а вона була холодна, нежива... Я дуже плакав, дуже плакав, а мама казала: «чого ти плачеш, я народжу тобі другу...». І я тоді перестав плакати... Моя мама багато разів, коли була зла на мене, кричала, що вб'є. Вона теж брала мене ночами із собою на цвинтар, де крала вінки, прикраси. Мені тоді було дуже страшно. Мені здавалося, що вона мене бере туди, щоб убити. Хоч вона і померла, мені деколи і досі здається, особливо уночі, що вона жива і що приїде зараз з ножем, щоб мене вбити... Ночами мені часто сняться привиди, чудовиська, які женуться за мною. Прокидаюся і не знаю, де я. Тоді мені дуже страшно. Мені здається, що я там, у нашому домі, де ми жили з мамою... Я тоді приходжу до мого теперішнього тата у ліжко, мені хочеться приклеїтися до нього... Мені хочеться те забути, бо коли згадую, мені тоді стає дуже сумно і страшно...».

Упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і на сьогодні ми знаємо доволі багато про негативний вплив травматизації на психологічний розвиток дитини та на формування центральної нервової системи (Романчук, 2011). Так, пропонується увести у міжнародну класифікацію хвороб і новий розлад – розлад травми розвитку (Kolk, 2009).

Якщо спробувати лаконічно підсумувати дані цих досліджень, то їх можна звести у наступні пункти (Cook, 2005; Hart, 2006) (рисунок).

1. Досвід хронічної травматизації веде до формування у дитини відчуття постійної загрози, що переводить її мозок у стан постійного очікування на небезпеку. У разі травми розвитку джерелом небезпеки є ті особи, до яких природно дитина повинна б мати прив'язаність, які б мали задовольняти її емоційні та біологічні потреби, бути джерелом безпеки. Тому, як це не парадоксально, джерело безпеки стає водночас джерелом небезпеки, що веде до формування дезорганізованої моделі

прив'язаності. Поведінка дитини дезорганізується між полярно протилежними сприйняттями особи батьків: «я боюся тебе/я прагну твоєї любові», «я потребую тебе/я ненавиджу тебе» тощо.

2. Такі протилежні досвіди не можуть цілісно інтегруватися у головному мозку дитини – відповідно психобіологічні системи її мозку так само дезорганізуються, дисоціюють, і в мозку, і в психіці дитини так само починають співіснувати окремі «частки» її досвіду: частка, яка уникає стосунків, і частка, яка прагне стосунків, частка, яка переживає злість, і частка, яка переживає страх, частка, яка пам'ятає досвід скривдження, і частка, яка нічого не пам'ятає і т. п. Таке розщеплення, фрагментація спостерігаються як у її емоційному житті, так і в її пам'яті, поведінці, тілесному функціонуванні. У крайніх формах така фрагментація свідомості на частки може проявлятися дисоціативним розладом ідентичності.

3. Повторний, часто непередбачуваний характер травматичних подій веде до формування у дитини «очікування на напад» – її тіло постійно «мобілізоване», у стані хронічного стресу, концентрація гормонів стресу (норадреналіну та глюкокортикоїдів) також підвищена, що призводить до нейрогормональних порушень, дисрегуляції біологічних функцій (сон, їжа, виділення тощо), пригнічення функцій імунної системи, психосоматичних захворювань.

4. Як наслідок, пам'ять про травматичні події не може належним чином організуватися, інтегруватися. Відповідно, частини пам'яті можуть бути «дисоційовані» – немов приховані за кулісами – і тоді має місце те, що ми називаємо амнезією, а інші частини пам'яті – некеровані: вони можуть нагадуватися, інтрузивно переживатися дитиною знову і знову. Коли внутрішній світ дитини переповнений такими болючими спогадами, незінтегрованими фрагментами травматичної пам'яті, це немов жити у замку, в підземеллі якого живуть привиди, які переслідують його господаря.

5. Звісно, життя у такому «замку» стає дуже дезорганізованим – керувати увагою, належним чином організовувати свою поведінку відповідно до цілей стає дуже складно. Дезорганізація психічного життя, дезінтеграція систем мозку призводять до порушень планування, керування увагою, самоорганізації поведінки, порушень контролю імпульсів тощо.

6. Підкіркові відділи мозку, що відповідають за тривогу, реакції втечі/нападу постійно активовані, що робить реакції дитини на стимули зовнішнього світу так само дисрегульованими. Дитина сприймає небезпеку там, де її нема, вона реагує нападом, агресією або ж страхом/втечею, реакцією замри/«відключись» на відносно нейтральні події.

7. Очікування нападу/небезпеки веде до тотальної недовіри, сприйняття інших людей виключно як джерела небезпеки та скривдження. Дитина приписує іншим людям негативні мотиви, очікує від них агресивної поведінки, продовження скривдження, їй важко повірити, що наміри, ставлення інших людей можуть бути іншими.

8. В особливо тяжких випадках, коли скривдження було надто багато і коли не було жодної іншої доброї близької людини, щоб дитина могла зрозуміти, що у світі, крім ненависті та скривдження, є ще щось інше,

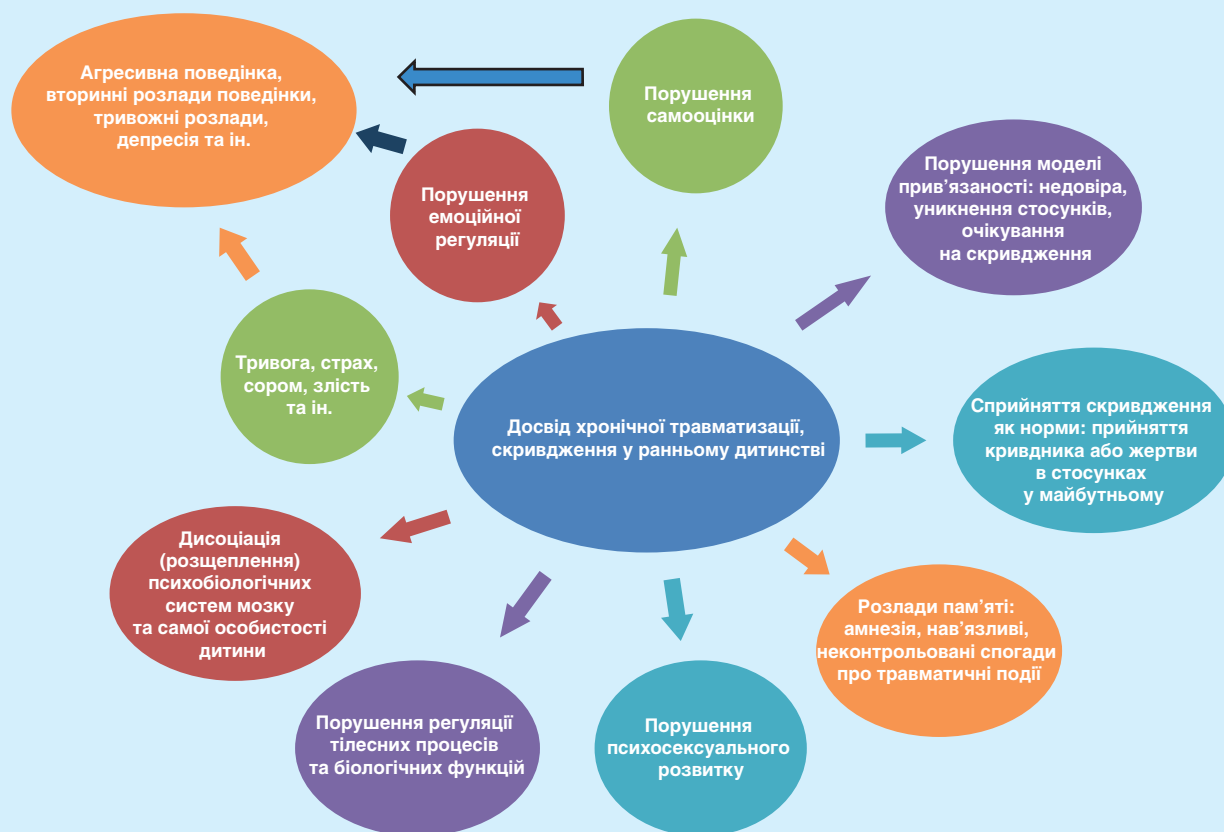


Рисунок. Наслідки впливу хронічної травматизації на психологічний розвиток дитини

у дитини може сформуватися відчуття, що насильство й скривдження є нормою стосунків. Тому дитина може почати сама кривдити інших, зокрема слабших, або ж приймати пасивну роль жертви – як у дитинстві, так і в дорослому віці.

9. Коли скривдження мало сексуальний характер (на жаль, це трапляється доволі часто), таке саме спотворення того, що є нормою, переноситься на сферу стосунків між людьми, зокрема і щодо інтимного, статевих стосунків. Відповідно, може мати місце сексуалізація поведінки дитини, перенесення досвіду статевого скривдження у нові стосунки в ролі жертви/кривдника, формування негативного образу власного тіла, порушення сприйняття границь свого особистого/тілесного простору, простору інших людей.

10. Досвід скривдження, травматизації переповнює внутрішній світ дитини почуттями страху, сорому, злості, провини, образи, самотності тощо. Ці почуття дитина не може самостійно інтегрувати, відповідно вони можуть бути або «дисоційовані», «витіснені» (тоді спостерігаємо емоційне оніміння, беземоційність), або ж проявлятися поведінковими реакціями, бурхливими викидами їх «назовні» у формі нападів люті, плачу тощо. Спробами регуляції почуттів можуть стати згадувані вище аутостимуляційні рухи, мастурбація, самопошкоджуюча поведінка. З часом – алкоголь, наркотики та інші, більш «дорослі» способи регуляції почуттів.

11. Досвід хронічної травматизації у дитинстві, спричиняючи численні нейробіологічні порушення та негативно впливаючи на психосоціальний розвиток дитини, робить її схильною до вторинного розвитку ряду психіатричних

розладів у дитинстві, підлітковому та дорослому віці, зокрема поведінкових розладів, афективних (депресії, суїцидальності), тривожних, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості, харчової поведінки тощо.

Сучасні підходи до допомоги особам з ПТСР

Як уже згадувалося вище, згідно з даними сучасних досліджень, два методи психотерапії мають докази ефективності щодо терапії ПТСР (ТФ-КПТ та EMDR) – їх ефективність встановлена кількома десятками рандомізованих контрольованих досліджень (АРА, 2004, 2009). При цьому обидва методи показали у дослідженнях приблизно однакову ефективність. Крім того, встановлено, що медикаментозна терапія може бути теж доволі корисною для частини пацієнтів з ПТСР – зокрема антидепресанти групи СІЗЗС, β-блокатори та атипичні нейролептики. Втім, як було зазначено вище, ефективність фармакотерапії нижча порівняно з такою ТФ-психотерапії, саме тому останній відводиться роль терапії першого вибору. Метою даної статті є не детальний розгляд характеристик ТФ-психотерапії, зацікавлений читач може довідатися про це більше у відповідних джерелах (Shapiro, 2001; Taylor, 2006), подамо лише коротке представлення цих двох підходів.

Обидва методи мають між собою багато спільного. Зокрема, вони передбачають ретельне дослідження кожного індивідуального випадку та побудови терапевтичного плану. З огляду на широкий спектр розладів, пов'язаних з психотравмою, можливі супутні розлади та соціальні проблеми, цей план може бути дуже різний в окремих пацієнтів, залучати за потреби

соціальні втручання, рідних тощо. Тривалість терапії залежить від ступеня тяжкості ПТСР: при простих формах це може бути доволі короткотривале лікування (6-12 сесій), при комплексних – багато місяців, а то й років.

В обох підходах терапія відбувається згідно з певними стадіями. На першій стадії проводиться психоедукація, метою якої є нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію), навчання пацієнтів базовим технікам самопомогі при появі інтрузивних спогадів, тривоги тощо. Велика роль на першій стадії відводиться вирішенню «поточних» проблем та досягненню базової соціальної стабілізації. Важливим може бути залучення рідних (для дітей це обов'язково). Коли доросла особа чи дитина далі перебувають у травматичному середовищі, важливо забезпечити захист від подальшої травматизації. В окремих випадках це вимагає радикальних соціальних дій, наприклад вилучення дитини з неблагополучної сім'ї та перехід у прийомну. На першій фазі може встановлюватися терапевтичний альянс з терапевтом, проводиться праця на досягнення певної «внутрішньої» стабілізації, розвитку навичок емоційної регуляції, «накопичення ресурсу». При комплексних формах ПТСР ця фаза може бути дуже тривалою, при простих – 1-2 сесії. При складних дисоціативних розладах, пов'язаних з комплексною травматизацією у дитинстві, на цій фазі може проводитися тривала праця із внутрішніми «частками» (скривджена дитина, караюча частка, самопошкоджуюча і т. д.) – робота над стабілізацією внутрішньої системи (детальніше про роботу зі структурною дисоціацією особистості див. Hart, 2006).

На другій фазі відбувається конфронтація з травматичним матеріалом – у систематичний спосіб з використанням відповідних технік кожного з підходів відбувається контрольоване «згадування» та відповідна «процесуалізація», інтеграція спогадів та пов'язаних з ними емоцій, переконань. При EMDR ця процесуалізація травми відбувається за допомогою одночасного згадування та слідування пацієнта поглядом за рухом руки терапевта вправо-вліво або ж іншою формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо). Гіпотезується, що такий подвійний фокус уваги – на травматичному матеріалі та на стимулах, що по чергово активують ліву/праву півкулю, орієнтують увагу людини на тому, що відбувається «тут і тепер» – задіює механізм прискореної процесуалізації інформації та сприяє інтеграції травматичних спогадів у експліцитну, нарративну пам'ять. Попри те, що існують різні гіпотези щодо того, який основний діючий компонент методики EMDR, в багатьох дослідженнях чітко встановлено високу ефективність цього підходу і те, що його діючий компонент відмінний від ефекту лише однієї експозиції, яка застосовується в окремих техніках КПТ, зокрема так званої пролонгованої експозиції. Щодо ТФ-КПТ, то на етапі конфронтації з травматичним матеріалом відбувається схожий процес згадування та процесуалізації травми. Арсенал технік КПТ доволі широкий – це і контрольована експозиція (тривале згадування травматичної події), нарративні

та когнітивні техніки (написання історії травми та опрацювання як спогадів, так і супутніх переконань та думок щодо цієї події та ін.), техніки рескрипції (відкорегованого «перезапису» в уяві) травматичної події тощо. Опрацювання травматичного матеріалу може бути досить швидким у разі простих форм ПТСР і дуже тривалим – при комплексній травматизації, історії множинних травматичних подій. При цьому може чергуватися конфронтація з травмою і завдання першої фази (стабілізації, «накопичення ресурсу»).

Коли травматичний матеріал опрацьований («рани загоєні й більше не болять»), постають завдання третьої фази, яка пов'язана з «оплакуванням втрат та поверненням до життя у нових його реаліях». Терапевт супроводжує пацієнта у пропрацюванні спричинених травмою втрат та до формування нових (чи повернення до старих) життєвих цілей, орієнтирів, перегляд власної ідентичності. Коли ПТСР носив хронічний характер, то часто спосіб життя пацієнтів змінюється і їм необхідно тепер виробити новий, більш адаптивний, а це вимагає супутнього розвитку нових навичок, прийняття важливих життєвих змін тощо. Терапевт супроводжує пацієнта у цих завданнях, поступово готуючись до завершення терапії.

Висновки

У даній статті було розглянуто ПТСР, механізм формування його симптомів та сучасні терапевтичні підходи. На жаль, в Україні існує не лише проблема історичних масових травм та трансгенеративної їх передачі, але й проблема психотравматичних подій, актуальних у теперішній час, щодо яких немає як ефективних шляхів соціального захисту (фізичне насильство в родині над жінками, сексуальне та фізичне скривдження дітей), так і програм необхідної допомоги жертвам цих психотравматичних подій, у яких розвинулися симптоми ПТСР. Існує певний міф щодо ПТСР, який пов'язує цей розлад лише з певними «катастрофічними» подіями, як-от Скви́лівська трагедія, повинь і т. п. Попри те, що такого роду події є теж без сумніву психотравматичними і потерпілим від них потрібна належна допомога, найбільша кількість осіб з ПТСР – це люди, які потерпають від випадків насильства, скоєного людиною на людині: скривдження дітей, зґвалтування, родинне насильство тощо. Велика кількість таких осіб страждають як від насильства, так і від ПТСР мовчки. Травма часто пов'язана із беззахисністю, нерівністю позицій сили (як жінка, що боїться заявити у міліцію на чоловіка, який її б'є, чи діти, залякані своїми кривдниками). Травма також часто пов'язана з соромом – при зґвалтуванні лише 10% потерпілих заявляють про цей випадок у правоохоронні органи, велика частина потерпілих теж не каже нічого про те, що з ними сталося, своїм рідним і друзям через почуття сорому, страх негативних реакцій (Herman, 1997). Тому вирішення проблем із психотравмою полягає не тільки у розвитку в Україні якісної мережі охорони психічного здоров'я, навчання фахівців-психотерапевтів методам ТФ-КПТ та EMDR, але й у широкій роботі в суспільстві над зміною вкорінених стереотипів, розвитком системи соціального захисту

(зокрема, від насильства в родині), широкої психоедукації суспільства. Нам важливо також усвідомити й інтегрувати на рівні національної пам'яті наші історичні травми. Бо те, як ми часом намагаємося уникати/приховувати їх, призводить до тих самих «дисоціативних бар'єрів», але вже у нашій суспільній свідомості, і до тих проблем, які маємо у нашій ментальності, – страх, недовіра, жадібність, феномен «моя хата скраю», низька самооцінка тощо.

Ми повинні більше знати про травму, ПТСР і шляхи зцілення, бо, на жаль, травма є частиною життя... Але, на щастя, сумні події нашого життя можуть теж пробуджувати найкращі людські ресурси – як всередині нас, так і довкола, у наших «соціальних мережах» – ресурси взаємодопомоги, любові, віри, надії – і відкривати шляхи зцілення як для окремих людей, так і для нас в цілому, як зраненого суспільства...

Література

1. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбаня. – Львів: Колесо, 2011.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.
3. Shalev A. et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study // Arch Gen Psychiatry. – 2011; <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/archgenpsychiatry.2011.127>.
4. Bessel A. van der Kolk. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V – цит. за інтернет-джерелом www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf.
5. Cohen J., Mannarino A., Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. – NY: Guilford Press. – 2006.
6. Cook A. et al. Complex trauma in children and adolescents // Psychiatric Annals. – 2005. – 35. – 5.
7. Frank D., Klass P., Earls F., Eisenberg L. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry // Journal of Pediatrics. – 1996. – Vol. 97. – P. 569-578.
8. Hart O., Nijenhuis E., Steele K. The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. – NY: W.W. Norton & Company, 2006.
9. Herman J. Trauma and recovery. – NY: Basic Books, 1997.
10. Pearce J., Pezzot-Pearce T. Psychotherapy with abused and neglected children. – NY: Guilford Press, 1997.
11. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guidance / National Institute for Clinical Excellence. – London, 2005.
12. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. – NY: Guilford Press, 2001.
13. Taylor S. Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach. – NY: Guilford Press, 2006.

Для перевірки власних знань дайте відповіді на наступні запитання – у кожному запитанні можна вибрати лише одну відповідь.

Контрольні запитання

1. Частота ПТСР становить:

- а) 10% дорослого населення, однаково у чоловіків та жінок;
- б) 0,7% чоловіків і 1,2% жінок;
- в) 3% чоловіків і 5% жінок;
- г) 5% чоловіків і 10% жінок.

2. Посттравматичний стресовий розлад розвивається у:

- а) всіх людей, що пережили психічну травму;
- б) щонайменше 50% осіб, що пережили психічну травму;
- в) щонайменше 30% осіб, що пережили психічну травму;
- г) щонайменше 7% людей, що пережили психічну травму.

3. Які з нижче наведених методів мають найвищі наукові докази ефективності лікування ПТСР:

- а) метод прогресивної м'язової релаксації;
- б) метод процесуалізації травми з допомогою руху очей;
- в) метод сенсомоторної терапії травми;
- г) метод гіпнотерапії.

4. Медикаментозна терапія при ПТСР:

- а) може бути корисною щодо зменшення окремих симптомів розладів;
- б) протипоказана з огляду на те, що блокує процес процесуалізації травми;
- в) є втручанням першого вибору;
- г) не має доказів ефективності.

5. Метод EMDR порівняно із травмофокусованою терапією є:

- а) менш ефективним;
- б) так само ефективним;
- в) менш дослідженим;
- г) цілком ідентичний по механізмі дії.

Правильні відповіді дивіться на С.



Відкрито прийом заявок на трирічну навчальну програму з КПТ 2012 року набору

**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**
www.i-cbt.org.ua