

Про автора

Майкл С. Шерінга — доктор медицини (MD), магістр громадського здоров'я (MPH), завідувач кафедри психіатрії імені Венансіо Антоніо Вандера Гарсії IV, заступник голови з наукової роботи та професор психіатрії та поведінкових наук у Медичній школі Університету Тулейна, що в місті Новий Орлеан (штат Луїзіана, США). Його дослідження зосереджені на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) у молоді, а також дітей дошкільного віку, охоплюють великі мультимодальні оціночні дослідження та рандомізовані клінічні випробування. Він розробив і апробував посібник з когнітивно-поведінкової терапії для лікування ПТСР у дошкільнят, який став основою для цієї книги. Доктор Шерінга також розробив одне з небагатьох діагностичних оціночних інтерв'ю для дітей раннього віку — діагностичну оцінку дітей немовлят та дошкільнят. Наразі він працює над підтримкою впровадження скринінгу на основі доказової медицини, оцінки та лікування проблем, пов'язаних з травмою, в системі охорони здоров'я дітей у штаті Луїзіана. Окрім згаданих титулів, доктор Шерінга є почесним членом Американської психіатричної асоціації та лауреатом премії Ірвінга Філіпса в галузі превенції від Американської академії дитячої та підліткової психіатрії.

Передмова

Оцінка та лікування *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* у дітей раннього віку потребує особливих підходів через відмінності у розвитку когнітивних, мовних, емоційних та поведінкових здібностей. Наприклад, 4-річна дівчинка, яка безпричинно лякається, коли бабуся на кухні дістає ніж, не може вербально пояснити, що ніж — це спусковий гачок, який нагадує їй про ситуацію, свідком якої вона стала, коли батько зарізав її матір. Або ж 5-річний хлопчик, який тремтить від страху, коли йде сильний дощ, насправді боїться, що будинок затопить, як це сталося під час урагану. Він не просто уявляє, що його затопить, він переконаний у цьому. Лікування таких дітей має бути організоване таким чином, щоб малюки та особи, які їх виховують, могли вивчити нові способи, що допоможуть пережити й упоратися з цими симптомами.

Лікування ПТСР у дітей дошкільного віку — це теоретично обґрунтований протокол, що базується на *когнітивно-поведінковій терапії (КПТ)* з урахуванням особливостей дітей раннього віку з ПТСР. Він був розроблений на основі багаторічної роботи безпосередньо з дітьми раннього віку та видозмінений на основі досвіду, отриманого в рандомізованому клінічному дослідженні (Scheeringa, Weems, Cohen, Amaaya-Jackson, & Guthrie, 2011). Деякі з цих видозмін стосуються взаємин між батьками та дітьми, а також динаміки батьківсько-дитячих взаємовідносин, які є важливими для цієї вікової групи. Посібник допоможе в спілкуванні з дітьми віком від 3 до 6 років, оскільки 3 роки — це нижня межа, коли діти можуть розуміти і співпрацювати з методами КПТ. Ідеї, подані в цій книзі, також можна застосовувати й до дітей, яким вже виповнилося 6 років, проте із внесенням незначних змін. Посібник сфокусований на моделі поступової експозиційної терапії, або *систематичної десенсибілізації*, що відповідає рівню розвитку дитини. Основний процес складається з трьох етапів. Перший крок — це оволодіння стратегіями релаксації. Другий крок — розробка ієрархічного списку стимулів. Третій крок — показати дитині страхи зі списку ієрархії стимулів і навчити її проживати тривогу, застосовуючи нові навички релаксації, а не тікати від нагадувань. Однак є багато інших компонентів до, під час і після цього основного терапевтичного процесу, які сприяють успіху психотерапії.

Цей посібник містить детальні інструкції щодо проведення цієї форми КПТ з дітьми раннього віку. Техніки є поширеними і досить простими. Клінічні навички для роботи з маленькими дітьми часто бувають складнішими, тому філософія, якою керувалися при напи-

санні цього посібника, полягала в тому, щоб надавати перевагу чітким і конкретним покроковим інструкціям. Це найкраще працює при навчанні терапевтів у використанні цієї моделі.

Я хотів би висловити особливу подяку Judith A. Cohen, доктору медичних наук, та Lisa Amaa-Jackson, доктору медичних наук, які були співавторами оригінальної версії посібника. Вони дуже люб'язно допомогли розпочати дослідження, в якому ми вперше повністю протестували посібник з лікувальною метою, а також поділилися мудрістю свого величезного досвіду в роботі з людьми, які зазнали травми.

Carl Weems, доктор філософії, був експертом-консультантом під час щотижневих супервізійних зустрічей протягом чотирьох років дослідження. Карл допомагав нам відточувати техніки КПТ і часто був голосом мудрості, коли ми стикалися зі складними клінічними та процедурними питаннями дослідження. Я також хотів би подякувати терапевтам, які брали участь у дослідженні: Alison Salloum, доктору філософії, ліцензованій клінічній соціальній працівниці Ruth Arnberger, а також асистентці дослідження Tiffany Thomas. Вони надали багато цінних пропозицій та допомогли розробити роздаткові матеріали, робочі таблиці та шпаргалки. Також дякую Theresa Stockdreher, ліцензованій клінічній соціальній працівниці, терапевтці, котра працювала над другою частиною цього дослідження, а також студентці-практикантці Samila Woodmansee, яка дослівно записала розмови з відеокасет для багатьох випадків, описаних у книзі.

Багато терапевтів у Сполучених Штатах та інших країнах, які використовували цей посібник у своїй роботі упродовж багатьох років і яких надто багато, щоб перелічити, також надали свої відгуки та пропозиції, за що я їм щиро вдячний. Дякую художниці Carol Peebles, яка люб'язно допомогла нам переосмислити і розширити ілюстративність посібника. Моя дружина, Claire Peebles, доктор філософії, чудовий лікар у приватній практиці, яка спеціалізується на проблемах немовлят та дітей дошкільного віку, теж була постійним експертом і порадиником. Особливу подяку слід висловити сім'ям, які дозволили нам працювати з ними та їхніми маленькими дітьми. (Імена та деталі випадків у цій книзі змінено з метою збереження конфіденційності.)

Врешті-решт, я вважаю, що більшість терапевтів не можуть повністю прийняти науково обґрунтовані протоколи, зокрема такі, як КПТ, бо мають надто високі вимоги до себе і не намагаються робити те, що, можливо, не вдасться реалізувати. Замість того, щоб очікувати цілковитої точності та чіткого дотримання інструкцій посібника, я пропоную терапевтам взяти на себе сміливість зробити недосконалу спробу. Адже працювати стає легше, коли очевидним є поліпшення стану в дітей.

ЧАСТИНА І

Вступ і передумови

Огляд лікування ПТСР у дітей дошкільного віку

Навіщо потрібне лікування?

Природний перебіг

Вплив небезпечних для життя травматичних подій є поширеним явищем. Понад дві третини дітей переживають принаймні одну небезпечну для життя подію до 16 років (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). З них понад третина переживають дві та більше травматичні події. Хороша новина полягає в тому, що приблизно 70% людей є стійкими, погана — 30% людей, які схильні до розвитку симптомів, пов'язаних із травмою, часто мають хронічний перебіг і потребують особливої терапії для того, щоб одужати.

Проспективні лонгітюдні дослідження продемонстрували потребу в таких методах лікування, як цей посібник, показавши, що *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* зазвичай не зникає з часом або навіть упродовж тривалого періоду. За оцінками дослідників, поширеність ПТСР у дітей раннього віку становить 10% через 6 місяців після дорожньо-транспортних пригод (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2008) та опіків (De Young, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2012), 25% через 6 місяців після вибуху газу в Японії (Ohmi et al., 2002), 17% через 9-12 місяців після 9/11 (DeVoe, Bannon, & Klein, 2006), 13% в середньому через 15 місяців після опікової травми (Graf, Schiestl, & Landolt, 2011) і 23% через 2 або більше років після різних травматичних подій (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2005).

Проспективні дослідження у дітей раннього віку

Існує кілька ефективно проведених досліджень довгострокових траєкторій розвитку симптомів ПТСР у дітей раннього віку.

Ми провели перше перспективне спостереження за симптомами ПТСР у когорті дітей віком від 1 до 6 років (Scheeringa et al., 2005). Ці сім'ї не зверталися за допомогою і пережили різні види травм, включаючи нещасні випадки, жорстоке поводження, та були свідками домашнього насильства. Спочатку у вибірці було 62 дитини із середнім показником в середньому 3,6 симптома ПТСР, а 26% мали повний діагноз ПТСР. Через 2 роки 35 дітей, які залишилися у вибірці, мали в середньому 2,9 симптома, а 23% все ще відповідали повному діагнозу ПТСР. Оскільки не було жодних доказів значущості природного відновлення, майже вся вибірка йшла за траєкторією хронічного погіршення.

Meiser-Stedman et al. (2008) обстежили 62 дітей віком від 2 до 6 років через 2-4 тижні після автомобільної аварії і виявили 7% поширеності ПТСР. При повторному обстеженні через 6 місяців поширеність ПТСР фактично зросла до 10%. Більш обнадійливими є результати дослідження De Young et al. (2012), які взяли 130 дітей віком від 1 до 6 років після опікових травм і виявили 25-відсоткову поширеність ПТСР через 1 місяць після травми, що знизилася до 10% через 6 місяців.

Довгострокові траєкторії розвитку симптомів ПТСР були описані переважно для дорослих (Bonanno et al., 2012). *Помірна* група демонструє середню тяжкість симптомів ПТСР і деяке поступове природне відновлення. У групі з *високим ступенем* вираженості симптомів ПТСР спостерігається високий ступінь і деяке поступове природне відновлення. Група з *хронічним погіршенням* має помірну або важку симптоматику, яка не поліпшується або погіршується з часом. У відносно невеликої кількості людей з цієї групи стан природним чином покращується до повної відсутності симптомів.

У деяких людей можливе значне поліпшення з часом, але якщо ПТСР прогресує, то це переростає у досить довготривалу проблему.

Отже, наведені дослідження доводять, що ПТСР не минає сам собою і що втручання є необхідним. Коли слід починати втручання? Рекомендується корекція, якщо симптоми зберігаються понад місяць.

Національний інститут клінічної досконалості (2005) (National Institute for Clinical Excellence) опублікував консенсусний звіт експертів, в якому зазначено, що спостереження є рекомендацією для легких симптомів протягом першого місяця, а у випадку важкого ПТСР лікування варто починати одразу.

Ця рекомендація ґрунтувалася на значній кількості доказів того, що симптоми, які спостерігаються при ПТСР та які з'являють-

ся після 1 місяця, швидше за все, триватимуть, погіршуватимуться і не зникатимуть без науково обґрунтованого лікування.

Таким чином, всупереч широко розповсюдженій думці, що маляки просто «виростають» з ПТСР (Cohen & Scheeringa, 2009), значна частина дітей раннього віку, які зазнали травми, мають хронічні симптоми ПТСР та порушення, які потребують лікування. Крім того, в нашому подальшому дослідженні ми відзначили, що хоча 17 дітей пройшли групову терапію, їхній стан не поліпшився, що свідчить про неефективність і потребу в більш результативному лікуванні (Scheeringa et al., 2005). Тому ці та інші міркування спонукали нас розробити новий протокол лікування.

Розвиток лікування ПТСР у дітей дошкільного віку

До розробки методу лікування ПТСР у дітей раннього віку (Preschool PTSD Treatment, PPT) лише два рандомізовані дослідження були присвячені симптомам через травму в дітей раннього віку, і обидва дослідження були обмежені лише тими, хто зазнав сексуального насильства. Cohen and Mannarino (1996a) випадковим чином розподілили 39 дітей віком від 3 до 6 років, які зазнали сексуального насильства, пройшли 12 індивідуальних сеансів травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) (TF-SBT) або недирективної підтримувальної терапії.

Група *КПТ* значно покращила свої показники за шкалою «Загальна кількість поведінкових проблем та інтерналізація», ніж група, яка отримувала підтримувальну терапію поведінкових проблем та шкалою «Інтерналізація» Контрольного переліку поведінки дитини. Показники ПТСР у цьому дослідженні не використовувалися.

Deblinger, Stauffer, and Steer (2001) шляхом рандомізації розподілили 44 дітей віком від 2 до 8 років на 11 сеансів групової ТФ-КПТ (TF-SBT) та групової підтримувальної освітньої терапії. В обох групах спостерігалось покращення симптомів ПТСР. Група ТФ-КПТ (TF-SBT) не продемонструвала кращих результатів, ніж група підтримувальної навчальної терапії; можливо, тому, що учасників групи ТФ-КПТ (TF-SBT) не просили розповісти про власний досвід через їх дуже юний вік.

Хоча обидва ці вибіркові дослідження за участю дітей молодшого віку мали позитивні результати, слід звернути увагу на деякі недоліки. По-перше, лише в дослідженні Deblinger et al. (2001) визначали показник ПТСР і не виявили різниці між групами КПТ

і групами підтримки. Таким чином немає доказів того, що симптоми ПТСР у дітей раннього віку зменшилися. По-друге, обидва дослідження були обмежені дітьми, які зазнали сексуального насильства. Таким чином, коли були створені перші в історії федеральні програми з підготовки лікарів для лікування ПТСР у дітей після атак на Всесвітній торговельний центр у 2001 році та ураганів у Флориді в 2004 році, діти дошкільного віку були позбавлені можливості долучитися до цих важливих програм. Здебільшого через те, що для цієї вікової групи не існує достатніх протоколів реагування на катастрофи (Allen, Saltzman, Brymer, Oshri, & Silverman, 2006; CATS Consortium, 2007).

Додатковою прогалиною була відсутність даних про те, чи можуть маленькі діти розуміти та співпрацювати з основними методами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Хоча в дослідженнях Cohen and Mannarino (1996a) та Deblinger et al. використовували суворі методи для забезпечення дотримання терапевтом протоколів лікування, вони не мали даних про фактичну ефективність КПТ. Тобто, терапевти належним чином дотримувалися протоколів, але не було окремої оцінки того, чи розуміли діти кожен елемент протоколу. Фаховість терапевтів і доступність та зрозумілість для дітей можуть збігатися, а можуть і не збігатися. Іншою основною метою розробки КПТ було створення методу терапії, який включав би завдання відповідно до рівня розвитку дітей молодшого віку (які б вони дійсно могли виконувати).

Протокол КПТ спочатку був розроблений на основі відповідної літератури про використання методів КПТ для лікування ПТСР, моїх дослідницьких висновків щодо оцінювання дітей раннього віку, а також на моєму клінічному досвіді лікування ПТСР у дітей раннього віку.

Під час написання посібника я запросив Judith A. Cohen and Lisa Amaya-Jackson допомогти і стати співавторами. Cohen and Mannarino мали досвід у розробці та апробації КПТ у дітей старшого віку.

Крім того, вони провели раніше згадане дослідження з використанням КПТ для дітей, які зазнали сексуального насильства у віці 3-6 років (Cohen & Mannarino, 1996a), які, окрім цього, містили методи управління тривогою та занепокоєнням (пряме обговорення нагадувань про травму з поступовим розслабленням та позитивними образами), виявлення викривлених атрибутів станів та їх лікування, а також час, проведений з матерями в рамках 12-сесійної індивідуальної терапії. Amaya-Jackson, John March написали і протестували посібник з групової КПТ для дітей старшого віку (March, Amaya-Jackson, Murray, & Schulte, 1998), який, окрім інших технік,