

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, AmauJackson, & 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 Amaya-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 радником. 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 I

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 малюки 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) (ТФ-СВТ) 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 (ТФ-СВТ) та групової підтримувальної освітньої терапії. В обох групах спостерігалось покращення симптомів ПТСР. Група ТФ-КПТ (ТФ-СВТ) не продемонструвала кращих результатів, ніж група підтримувальної навчальної терапії; можливо, тому, що учасників групи ТФ-КПТ (ТФ-СВТ) 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 атрибуцій 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,

включав тренінг з управління тривогою з описовим (наративним) та уявним впливом, термометр стресу, ієрархію стимулів, позитивну саморегуляцію, виявлення викривлених думок, призначення домашніх завдань для подальшого спостереження та профілактики рецидивів упродовж 14 сесій групової терапії.

Judith A. Cohen and Lisa Amaya-Jackson дуже допомагали на ранніх стадіях розробки посібника та усунення перших помилок.

На основі моїх досліджень (Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001; Scheeringa & Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995) та клінічного досвіду роботи з цією групою населення я адаптував ці техніки для дітей віком від 3 до 6 років, які зазнали будь-якої травми. Я також включив багато нових методів, які не були використані у попередніх дослідженнях травм. Це, зокрема, психоосвіта за допомогою наочних засобів; систематичне обговорення труднощів, обговорення плану дій, виконання майже всіх вправ і розповідей за допомогою малюнків, створення персональних папок для збору малюнків і матеріалів, систематична психологічна реабілітація (розрядка), яка починалася з експозицій, що викликають низький рівень тривоги, і переходила до експозицій, що викликають високий рівень тривоги, заходи безпеки, залучення батьків, які спостерігали за всіма сесіями через камери відеоспостереження, а також був запланований час з батьками на кожній сесії для опрацювання матеріалів протоколу.

Доказова база

Ми протестували протокол «Лікування ПТСР у дітей дошкільного віку» (ЛПД) (Preschool PTSD Treatment (PPT) у дослідженні за участю дітей віком від 3 до 6 років, які пережили різні види травм у період з 2005 до 2008 рр. (фінансоване Національним інститутом психічного здоров'я, R34 MH70827). Діти повинні були відповідати віку від 36 до 83 місяців на момент останньої травми і залучення в це дослідження.

Критерії відбору були нечисленними і включали помірну розумову відсталість, аутистичний розлад, сліпоту, глухоту, а також нездатність розмовляти англійською мовою в сім'ї. Крім того, діти, єдиною травмою яких було сексуальне насильство, не були включені в дослідження, оскільки два попередні дослідження вже показали ефективність КПТ для лікування юних жертв сексуального насильства (Cohen & Mannarino, 1996a; Deblinger et al., 2001).

Дослідження було поділено на два етапи. У першій фазі ми лікували шістьох дітей за спеціальним протоколом.

Ця фаза допомогла нам емпірично виявити численні незначні зміни, які були корисними (наприклад, термін «безпечне місце» був недостатньо зрозумілим, тому його замінили на «щасливе місце»).

У другій фазі ми випадковим чином розподілили половину учасників. Першій частині була призначена негайна терапія, а іншій — 12-тижневий лист очікування (ЛО). Тривалість терапії дітей з 12-тижневого листа очікування (ЛО) була такою ж за тривалістю, що й у дітей, які отримали негайну терапію. Незабаром після початку другої фази на Новий Орлеан насунувся ураган Катріна, який перервав терапію кількох учасників і зупинив роботу майже на 6 місяців, допоки наша клініка знову стала придатною для приймання пацієнтів.

Через цю ситуацію ми вирішили призначити наступних 10 осіб на негайне лікування, щоб розпочати роботу до того, як клініку буде відновлено. В результаті, більша кількість дітей була призначена на негайне лікування ЛПД ($n = 51$), ніж на 12-тижневий період ЛО ($n = 24$). Тридцять дві дитини пройшли принаймні один сеанс у групі ЛПД, 20 пройшли всі 12 сеансів, а 11 завершили період очікування в групі ЛО.

Першою метою дослідження була перевірка ефективності протоколу для зменшення симптомів ПТСР. Лікування, безумовно, дало результат, і зміни між цими групами були дуже значущими (Scheeringa, Weems et al., 2011). У групі КПТ було в середньому 7,9 симптома до лікування, які зменшилися до середнього показника 3,6 симптома після лікування. У групі ЛО (WL) не спостерігалось значного поліпшення упродовж періоду очікування (в середньому 7,7 симптома ПТСР до очікування і 7,2 симптома після очікування). Крім того, якісне використання посібника було описано в двох тематичних дослідженнях (Scheeringa et al., 2007).

Далі, 10 з 11 дітей, які завершили період ЛО, все ще відповідали критеріям включення в дослідження, тому вони отримали ЛПД. Шестеро з цих 10 дітей пройшли всі 12 сеансів, після чого їх об'єднали з групою, яка отримувала ЛПД раніше, щоб сформувати одну групу та оцінити ефективність терапії.

Показник зменшення симптомів ПТСР був великим за загальноприйнятими стандартами: $d = 1,01$. Кількість симптомів також значно зменшилася для великого депресивного розладу (ВДР), опозиційно-зухвалого розладу (ОЗР) і тривожного розладу, пов'язаного з розлукою (ТРР), але не для синдрому дефіциту уваги й гіперактивності (СДУГ). Розміри ефекту для ВДР, ОЗР та РДУ також були великими: $d = 0,92$, $0,72$ та $0,89$ відповідно.

Коли пацієнти, які завершили лікування, були обстежені через 6 місяців ($n = 16$), розмір ефекту був знову помірним або великим,

окрім СДУГ, що свідчить про відмінну стабільність результатів лікування.

Друга основна мета дослідження полягала в тому, щоб вивчити доцільність кожного з методів КПТ, які ми використовували з дітьми раннього віку. Сорок шість дітей взяли участь щонайменше в одній терапевтичній сесії та були оцінені на предмет ефективності кожного з методів КПТ. Загалом, діти зрозуміли та виконали 83,5% завдань (з 1 793 можливих із загальної кількості 388 сеансів лікування). Незалежний експерт оцінив 30,7% терапевтичних сесій з відео ($n = 116$ сесій, 530 завдань), і цей експерт погодився з оцінками терапевтів у 96,2% випадків. Коефіцієнт узгодженості між оцінкою експерта та оцінкою терапевтів (каппа) був значним і склав 0,86. Дані щодо доцільності застосування конкретних методик подані нижче, після їх опису. Відтоді протокол «Лікування ПТСР у дітей дошкільного віку» (ЛПД) (Preschool PTSD Treatment (PPT)) використовується в моїй клініці здобувачами освіти, для яких я є куратором, а також моїми колегами в Тулейні та в усьому світі. Відгуки за останні 5 років дали можливість зробити деякі удосконалення. ЛПД було розповсюджено серед понад 800 лікарів на 27 тренінгах по всьому світу, включаючи Англію та Австралію, а також розповсюджено серед сотень інших медичних працівників через інтернет.

Хто потребує лікування?

У нашому рандомізованому дослідженні критерії участі передбачали, що діти пережили небезпечну для життя травматичну подію та мають чотири або більше симптомів ПТСР, принаймні один з яких є симптомом повторного переживання з критерію В DSM або симптом уникнення з DSM-IV критерію С. Симптом повторного переживання або уникнення був необхідним для того, щоб вправи на експозицію були важливими в КПТ з ТФ-КПТ. Діти не повинні були відповідати критеріям, характерним для повного розладу. Нижня вікова межа для дітей визначалася віком, в якому вони розвинули автобіографічну наративну пам'ять про події та адекватну вербальну мову. Зазвичай це вік близько 36 місяців (Fivush, 1993; Terr, 1988), але за особливих обставин допускається і молодший вік.

Верхня вікова межа для використання цього протоколу є більш гнучкою. В нашому рандомізованому дослідженні вік дітей був від 3 років 0 місяців до 6 років 11 місяців, на момент останньої травми

та на момент зарахування, але ми можемо використовувати протокол для старших дітей поза цим дослідженням.

Відносним протипоказанням щодо спроби цього лікування є діти з нелікованим СДУГ. З мого досвіду переважно ефективніше лікувати СДУГ спершу за допомогою ліків, а потім запустити цей протокол. Для сумнівних випадків, коли СДУГ є легким або якщо виникають підозри, що симптоми СДУГ пов'язані з ПТСР, то є сенс розпочати протокол і перевірити, чи можуть діти співпрацювати.

Як теоретично працює лікування?

Огляд досліджень щодо лікування ПТСР виявив три чинники, які були задіяні в усіх типах лікування травми:

1. Емоційна взаємодія з пам'яттю про травму.
2. Організація та проговорення травми.
3. Модифікація основних базових переконань про світ і себе (Zoellner, Fitzgibbons, & Foa, 2001).

ЛПД спрямоване на розв'язання всіх трьох завдань у структурі КПТ. Складність у роботі з дітьми молодшого віку полягає в тому, що потрібно застосовувати ці методи з урахуванням особливостей розвитку, щоб ними могли користуватися як дитина, так і батьки.

КПТ при ПТСР

КПТ — це ефективний метод лікування ПТСР, бо вона зосереджена на теоріях навчання та когнітивних деформаціях (Foa, Keane, & Friedman, 2009; Silverman et al., 2008; Zoellner et al., 2001). Хоча не зрозуміло, що спричиняє ПТСР на рівні нейроциркуляції, очевидно, що це нова поведінка, думки та почуття, яких не було до травматичної події та які, вочевидь, пов'язані з посиленими й автоматичними когнітивними процесами.

Поведінкова терапія ґрунтується на первинному припущенні, що більшість видів поведінки розвиваються і підтримуються завдяки принципам навчання (Rimm & Masters, 1979). Одне з видів навчання, оперантне обумовлення (Skinner, 1953), особливо корисне для лікування, оскільки воно працює завдяки тому, що добровільна поведінка (оперант) підкріплюється наслідками (реакцією). Теоретично зміна поведінки пов'язана із силою та частотою відповідей.

Цими характеристиками можна маніпулювати в протоколах лікування. Когнітивна терапія ґрунтується на первинному припущенні, що люди інтерпретують світ за допомогою когнітивних структур (схем), які мають вторинний вплив на змінені почуття і поведінку (Beck, 1967). Пізнання і поведінка, звичайно, не є незалежними, і теоретики шукали більш реалістичне поєднання цих двох процесів, як, наприклад, у теорії соціального навчання (Bandura, 1969).

КПТ — це раціональне поєднання обох методів, яке за останні 30 років розвинулось у цілу низку різноманітних методів роботи (Thase & Wright, 1997). Теорія і практика КПТ, що ґрунтуються на емпіричних даних, сприяють створенню систематичних і структурованих протоколів лікування.

Методи КПТ можна спрощено розділити на два напрямки: вплив (систематична десенсибілізація та тривалий або уявний вплив) і тренінги з управління тривогою (релаксація, когнітивна реструктуризація та біологічний зворотний зв'язок). Існує емпіричне обґрунтування для обох категорій, а також для комплексних методів лікування (див. далі).

ЛПД використовує обидва методи в комплексному терапевтичному підході. Незважаючи на те, що експозиція та тренінги з управління тривогою є основними методами, які, як вважається, зменшують ПТСР, існує багато інших аспектів КПТ, які входять до успішного терапевтичного комплексу; вони описані далі.

Компоненти ЛПД

Основна програма 12 сесій КПТ наведена в переліку, поданому нижче. Сесії базуються одна на одній за принципом поетапного впливу. Навички, необхідні перед сесією 2, відпрацьовуються на сесії 1, і так далі. Щодо заходів на сесіях 6-10, то перші з них мають бути менш стресовими, ніж наступні, і поступово формувати у дитини навички, які допоможуть їй впоратися з найбільш тривожними для неї ситуаціями.

- Сесія 1. Психосоціалізація
- Сесія 2. Опозиційний виклик
- Сесія 3. Почуття
- Сесія 4. Навички подолання
- Сесія 5. Розкажіть історію
- Сесія 6. Легка експозиція

ВСТУП І ПЕРЕДУМОВИ

- Сесія 7. Середня експозиція
- Сесія 8. Середня експозиція
- Сесія 9. Найгірша експозиція
- Сесія 10. Найгірша експозиція
- Сесія 11. Профілактика рецидивів
- Сесія 12. Завершення навчання

Назви цих сесій лише відображають основний змістовий напрямок кожної з них. Під час кожної сесії відбувається декілька напрямів діяльності; вони детально описані в посібнику в Частині II. Підходи, які є постійними упродовж усього лікування, і техніки, які повторюються, описані далі, щоб не повторювати їх щоразу в Частині II.

Кабінет

Не тримайте іграшок та снеків у терапевтичному кабінеті (ми використовуємо снеки під час сеансів, але не дозволяється зберігати їх в терапевтичному кабінеті). Нагадуємо, що уникнення є невід'ємною частиною ПТСР. Дві ознаки ПТСР включають уникнення внутрішніх і зовнішніх подразників, які нагадують про травматичні події.

Якщо у вашій кімнаті є іграшки та снеки, навіть заховані за дверцятами шафи, діти будуть використовувати ці відволікаючі чинники, щоб уникнути впливу. Крім того, провідним видом діяльності у житті маленьких дітей є гра, і вони намагатимуться гратись, якщо їм дадуть хоча б найменшу можливість. Найважливішим є те, що батьки приводять дітей на терапію як випадкових учасників, і вони ще не мають абстрактного розуміння того, що терапія — це місце, куди можна прийти й обговорити емоційні та поведінкові проблеми. Те, як ви облаштуєте терапевтичну кімнату, є для них наочним прикладом, як поводитися. Іграшки та снеки в кімнаті — це запорука того, що ви спровокуєте непотрібні суперечки і боротьбу за контроль.

Прямий підхід

Під час кожної сесії, особливо на самому початку, важливо дотримуватися «фактологічного» підходу до обговорення травми, особливо з дітьми молодшого віку. Якщо дитина відмовляється обговорювати травму, терапевт може відчувати себе некомфортно, оскільки є різниця у віці та вербальних здібностях порівняно з роботою зі старшими дітьми та дорослими. Необхідність зосере-

дживатися на проблемі може також викликати дискомфорт у терапевта, оскільки за кожним сеансом спостерігає опікун дитини (батьки, рідні чи інші відповідальні за виховання дитини люди).

Якщо особа, яка здійснює догляд за дитиною, чітко дала зрозуміти, що вона уникає розмов про травму, то терапевт тепер повинен турбуватися вже про двох клієнтів. Іноді варто підходити до процесу з гумором, наприклад, щоб поліпшити настрій.

Незважаючи на ці потенційні труднощі, успіх лікування залежить від дитини і, можливо, від того, чи зможе опікун дитини протистояти цим спогадам, не пригнічуючи страхів і тривоги.

Терапевтичний альянс

На мою думку, так званий терапевтичний альянс трохи переоцінений. Терапевтичний альянс, звичайно, важливий. Як він може бути не важливим у міжособистісній діяльності? Переоцінка альянсу відбувається в тому сенсі, що він має бути яскраво вираженим, інакше створюється недоречно і штучно. Теплий і м'який альянс, безумовно, робить терапію приємнішою, однак не всі люди є емоційно відкритими чи дуже зацікавленими у міжособистісній взаємодії (наприклад, люди із синдромом Аспергера та його різновидами). Лікування може бути таким же успішним і з більш емоційно відстороненими пацієнтами. Якщо важко налагодити контакт, то терапевт повинен уміти адаптувати свій стиль взаємодії до темпераменту пацієнта, рівня його особистісної індивідуальності (а не навпаки). Співпраця — це єдиний важливий аспект, без якого терапія не може бути успішною.

Небажання

Як свідчать численні дослідження, особи, які доглядають за дітьми з ПТСР, самі мають величезний симптоматичний тягар (див. Scheeringa & Zeanah, 2001). Також з клінічного досвіду відомо, що матері часто неохоче згадують про травматичний досвід своїх дітей. Тому ми включили в кожну сесію розділи про мотивацію та дотримання правил для матерів. Терапевт повинен заздалегідь обговорити з матір'ю/опікуном, чи вона/він захоче приходити на наступні сесії. Ці бажання узгоджуються, систематично щотижня оцінюються і, за необхідності, розглядаються більш детально.

Також важливо наголосити на тому, що може виникнути небажання приходити на наступні сесії з кількох причин. По-перше, батьки не хочуть стикатися з болючими спогадами, і вони не хочуть змушувати своїх дітей переживати травмогенні спогади.

Зміст

<i>Про автора</i>	7
<i>Передмова</i>	9
ЧАСТИНА I. Вступ і передумови	11
Розділ 1. Огляд лікування ПТСР у дітей дошкільного віку	13
Навіщо потрібне лікування?	13
Розвиток лікування ПТСР у дітей дошкільного віку	15
Доказова база	17
Хто потребує лікування?.....	19
Як теоретично працює лікування?.....	20
Компоненти ЛПД.....	21
Доцільність використання технік КПТ з дітьми раннього віку	60
Стосунки між батьками та дитиною	63
Практичні питання	67
Розділ 2. Оцінка	71
Які травми можуть виникнути у малих дітей?	71
Оцінка ПТСР є складнішою порівняно з іншими розладами	72
Що ми знаємо про оцінку ПТСР у дітей раннього віку?	75
Симптоматичний та порушений, але не діагностований	79
Оцінювальні методи	80
Попередня оцінка перед початком першої сесії.....	84
ЧАСТИНА II. Посібник з лікування	87
Сесія 1. Психосвіта	89
Сесія 2. Опозиційний виклик	98
Сесія 3. Почуття	106
Сесія 4. Навички подолання	113

Сесія 5. Розкажіть історію.....	121
Сесія 6. Легка експозиція	130
Сесія 7. Середня експозиція	140
Сесія 8. Середня експозиція	146
Сесія 9. Найгірша експозиція	152
Сесія 10. Найгірша експозиція	156
Сесія 11. Профілактика рецидивів.....	160
Сесія 12. Завершення навчання	166

**ЧАСТИНА III. Роздаткові матеріали для батьків,
робочі аркуші для дітей та бланки для терапевта169**

<i>Додаток 1. Ілюстрації симптомів ПТСР.....</i>	<i>205</i>
--	------------

<i>Додаток 2. Точність виконання та набуті навички</i>	<i>231</i>
--	------------

<i>Додаток 3. Шпаргалки</i>	<i>245</i>
-----------------------------------	------------

<i>Список використаних джерел</i>	<i>269</i>
---	------------

<i>Список абревіатур</i>	<i>276</i>
--------------------------------	------------

<i>Показчик.....</i>	<i>277</i>
----------------------	------------