

## Ірина Франкова: гострий період пост-травматичного досвіду

*Цього року уся Україна опинилася в незвичних умовах і наші співвітчизники, пацієнти, клієнти звертаються за допомогою з приводу соматичних скарг. В цій лекції Ірина Франкова, лікар-психолог, кандидат медичних наук, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, асистент кафедри клінічної психології Vrije Universiteit Amsterdam, The Netherlands та голова напрямку травматичного стресу ECNP допоможе нам розібратися, чим відрізняються психо-соматичні скарги від травматичних ситуацій, які рекомендації ви можете надавати пацієнтам та як їх супроводжувати.*

Протягом життя кожна людина стикається з різними видами травматичних подій: це можуть бути події, викликані якимось природними чинниками (на кшталт, торнадо чи землетрус) та ситуації, спричинені іншими людьми (викрадення в полон, тортури). Чоловіки стикаються з такими подіями частіше, ніж жінки.

Ми виділяємо травми першого і другого типу за силою впливу на людину. Перший тип – коли з людиною трапилось щось одноразово, неочікувано та загрожувало особі чи її близьким. Також цей критерій травми справедливий для тих, хто став свідками цих подій.

Травма другого типу – це повторювана довготривала травма, така, як тривалі стихійні лиха, утримання в полоні, сексуальне чи фізичне насильство, катування, досвід Голокосту. Це найбільш інтенсивна травма, яка може викликати серйозні наслідки для нашого психічного здоров'я.

Досвід перебування у лікарському закладі також може спричинити посттравматичний стресовий синдром або навіть травматичний розлад, і це пов'язано з тим, що саме переживає людина в лікарні через інтенсивний біль, несподівані рішення, оперативні втручання чи процедури, серйозні захворювання, які викликають в людини відчуття загрози життю. З цим ми стикаємось кожного дня. Внаслідок медичних подій в людини можуть виникати нав'язливі думки та спогади, уникання подібних процесів чи, навпаки, зловживання медичною допомогою в майбутньому. Наприклад, людина знаходилася на апараті штучного дихання і у всій лікарні вимкнулось світло, ці декілька секунд до включення генератора дуже налякали людину. Або люди, які переживали в дитинстві дослідження зондом насильницькими методами, зберігають ці спогади на все життя.

## **Менеджмент психічних або психологічних порушень внаслідок травматичних ситуацій**

Почнемо з **первинного інтерв'ю**: які саме питання треба ставити лікарю, щоб з'ясувати наслідки травми і необхідні дії. Все починається зі знайомства: як лікар представляється, як він ставить запитання – від цих моментів залежить, чи вибудуються з пацієнтом довірливі стосунки і чи звернеться він за допомогою надалі.

Що особливо важливо для тих, хто мав травматичний досвід – це конфіденційність. Усі травми мають різний характер: деякі пов'язані з почуттям сорому чи провини, це складний коктейль емоцій. Тому лікар на початку розмови має зазначити, що він збирається поставити декілька запитань на чутливі теми, і попередити, що якщо особі дискомфортно, вона може відмовитися відповідати на якісь питання. Ми пропонуємо людині вибір та свободу. Крім того, важливо запевнити, що усе, про що буде йти розмова, строго конфіденційно. Звісно, окрім випадків, коли треба порушити конфіденційність: у разі загрози життю пацієнта або інших.

Наступний крок – встановити зв'язок: починати треба з того, щоб запросити пацієнта до розмови про його почуття та настрої минулого тижня. Це досить відкрите питання. Людина потенційно може розповідати саме про те, що її найбільше турбує. Після декількох відкритих питань треба перейти до закритих, які допоможуть скоригувати хід розмови.

Якщо під час розмови пацієнт згадує симптоми, можна звернутися до такого питання: згадайте, будь ласка, що трапилось у той час, коли ці симптоми почали вас турбувати? Тобто ми можемо або одразу пов'язати симптоми з подіями, або запитати у пацієнта. І якщо це дійсно пов'язано, тоді ми можемо переходити до алгоритму роботи з пацієнтом, що стикнувся/стикається з травматичними подіями. Нагадаю, що за травми другого типу це може бути тривалий стрес, пов'язаний з невизначеністю в житті, втратою житла, складними соціальними умовами.

Важливо також з'ясувати, як ті чи інші симптоми відбиваються на житті пацієнта: як це впливає на можливість працювати чи навчатися, а також на стосунки з іншими людьми. Це є невід'ємним критерієм розладів.

Одна з засад в роботі з пацієнтами, що пережили травматичний стрес – це **емпатія**, тобто можливість зрозуміти думку, почуття та позицію, не вдаючись до оцінок та суджень. Це також можливість розрізняти власний емоційний відгук на те, що розповідає людина. Адже якщо цього розрізнення немає, ми можемо включатися у надідентифікацію з розповіддю пацієнта (таке могла статися з нами)

або, навпаки, відсторонення від ситуації. Емпатія – це відчуження з іншим, але на гармонійній дистанції.

Є речі, яких рекомендовано уникати під час роботи з такими пацієнтами: фрази на кшталт «Візьміть себе в руки» або «Ну хоча б у вас є...», «Я знаю, як ви себе відчуваєте», «Хтось страждає ще більше...» тощо. Краще сказати, що ми можемо лише здогадуватися, що відчуває людина, але ми раді, що вона з нами поділилася. Так ми валідизуємо та легалізуємо емоції людини.

Тож, ми з'ясували, що певні відчуття пов'язані з якоюсь подією. Тоді наступний етап після первинного інтерв'ю – це **скринінг**. В нас є певний критерій часу: гострий період (до місяця від травматичної події) та хронічний період (все, що більше одного місяця). Скринінговий інструмент був розроблений для роботи з людьми, які вже знаходяться в умовній безпеці.

Після потенційно травматичної події можуть виникати симптоми – безсоння, думки про те, що відбулося, флешбеки, почуття підвищеної загрози, тривожність, неможливість себе заспокоїти, роздратованість, відчуття самотності, соціальна ізоляція, ризикова (наприклад, у підлітків) або регресивна (у молодших дітей) поведінка, неочікувані фізичні реакції (неможливо вдихнути на повні груди, підвищений пульс, пітливість, високий пульс, мурашки по шкірі), дисоціації (неможливість розмовляти, сліпота тощо). Як відповідь на ці реакції, може виникати уникання: є люди, які не їздять в ліфті чи метро, уникають голосних звуків, спалахів, фотографій певних місць чи людей.

Гострий стрес також може ставати фактором ризику різних соматичних захворювань – гастроентерологічних, онкологічних, кардіологічних проблем тощо. Але і для психічної сфери травма несе імпульс, провокуючий проблеми та хвороби: нічні кошмари, неможливість виспатися, порушення настрою, відчуття неможливості отримання задоволення, проблеми з різними органами, інфекційні та онкологічні захворювання, порушення сексуальної сфери, тривожні симптоми, зловживання алкоголем, розлади харчової поведінки. Люди, що втратили близьких, можуть відчувати не тільки горе, але й хронічне чи пролонговане горе.

### **Гострий травматичний та пост-травматичний розлади**

Дуже важлива річ, на якій необхідно наголосити: гостра реакція на стрес в МКХ10 була частиною рубрики Н, тобто це був діагноз, який ми встановлювали. Я працюю в залізничній лікарні з залізничниками, які під час роботи стикнулися з наїздами чи іншими травматичними ситуаціями, і найчастіше їхній діагноз був – гостра реакція на стрес. У МКХ11 ця рубрика винесена, це не є патологія, це нормальна реакція на ненормальні обставини. Тобто ми очікуємо, що перший місяць симптоми, які ми перераховували, можуть з'являтися і самотійно

зникати. Але якщо це триває більше місяця, можна говорити про пост-травматичний стресовий розлад, і в ньому є дещо унікальне – ми завжди знаємо точку відліку, бо це пов'язано з травматичною ситуацією. Навпаки, при генералізованому тривожному розладі, панічних реакціях люди кажуть, що вони були більш-менш були тривожні завжди, а після якихось подій симптоми нарастають чи загострюються. При ПТСР же це є симптоми, які виникають вперше в житті.

Після впливу травматичної події різні люди реагують різним чином. Для когось це стає справжнім потрясінням і впливає на психологічний та фізичний стан, а хтось реагує досить рівно, і це ми називаємо резистентний тип.

На графіку нашого японського колеги, що досліджував емоційний стан ліквідаторів наслідків землетрусу 2011 року (основна їхня робота була – розшук тіл та останків тіл), можна побачити, що 55% з 53700 осіб мають резистентний тип поведінки на травматичні ситуації. Повторюючи оцінку через тривалі проміжки часу, вчені помітили, що в частини людей з часом симптоми наростали, і це є відкладеним початком ПТСР. У когось з часом симптоми зникали (близько 20%), а в 10% досліджуваних спостерігався гострий тип або відкладений початок ПТСР.

**Чому ж люди мають різні реакції на травматичні події?** Науковці проаналізували фактори ризику і виділили три великі категорії:

- те, що передує травмі (наприклад, жінки більш схильні до ПТСР в силу функціонування статевих гормонів; також люди з нижчим рівнем освіти у групі ризику; люди, які вже переживали стресові події, психічні розлади в анамнезі тощо);
- реакція на травму;
- те, що відбувається після травми (менеджмент цих станів може поліпшити або погіршити ситуацію).

В момент травми відбувається психологічне збудження, і все те, що людина під час загрози життю відчуває, смакує, бачить, що відбувається з її тілом та думками називається «гаряча пам'ять».

Спочатку весь цей набір даних зберігається у короткостроковій (лабільній) пам'яті. Це означає, що є певні фактори, завдяки яким ця пам'ять може не стати довготривалою. Ми зараз будемо говорити про те, що насправді основний симптом ПТСР – це «травматична пам'ять»: флешбеки, кошмари, спогади, які і провокують унікаючу поведінку та гіперпильність.

Перехід спогадів з короткострокової у довгострокову пам'ять – це процес консолідації. І коли ми говоримо про такий напрямок психіатрії, як вторинна превенція ПТСР, ми фокусуємось на оцьому періоді консолідації і вивчаємо

ретельно, що ми робимо перші 6, 12, 24 години, бо консолідація пам'яті відбувається вночі, тому перша доба є вікном можливостей для запобігання ПТСР.

Коли науковці порівнювали резистентних людей та людей з ПТСР, виявилось, що це проблема нейропластичності. Так, спочатку в нас з'являється реакція страху, наша амігдала реагує та провокує соматичні реакції, щось подібне до панічних атак (підвищений пульс, дихати неможливо, тунельний зір). Потім, коли людина стикається з тригерами, вона знову це відчуває – і важко розпізнати в цьому ПТСР, тому що все виглядає як панічний розлад. Тож, ми бачимо, що є певні люди, які спочатку виробили цю реакцію на загрози, а дехто не навчається у зворотному напрямку – щоб не реагувати на тригери, тобто є певна ригідність. 70-80% людей з часом повернуться в свою норму.

Симптоми ПТСР за МКХ11:

- повторне переживання;
- унікаюча поведінка;
- відчуття загрози;
- порушення функціонування в роботі чи навчанні.

Травматична пам'ять є основою для постійних кошмарів, відчуття провини вцілілого, відчуття тривоги, відчуття, що це може повторитися. Є й інші прояви ПТСР: напади агресії, соціальна ізоляція, дисоціація, соматичні скарги, суїцидальні думки, вживання алкоголю та наркотиків, відчуття сорому чи приниження тощо.

Один пацієнт з ПТСР може дуже сильно відрізнитися від іншого. Але є обов'язкові особливості перебігу:

- поява перших симптомів протягом 3 місяців після події;
- майже 50% осіб з ПТСР відчуває повне одужання протягом 3 місяців від початку симптомів;
- затримки у проявах симптоматики можуть становити роки після події;
- симптоми ПТСР можуть змінюватись з часом;
- повторення симптомів можуть викликати тригери чи додаткові травматичні події;
- деякі люди можуть відчувати симптоми ПТСР місяцями чи роками без ремісії.

Наша мета – це період консолідації. Але є і гарна новина: існує процес реконсолідації – коли пам'ять вже сформувалася, є наукові методи, які можуть повернути спогади до короткострокової пам'яті, де ситуація може бути опрацьована. Адже зазвичай, коли людина стикається з загрозою життю, в неї

немає часу та можливостей опрацювати цей досвід, вона уникає спогадів, адже це болісно.

### **Рекомендації щодо роботи з пацієнтами з ПТСР**

З міжнародними колегами під егідою НАТО у 2018 році ми видали керівництво «Наука для миру та безпеки», мета якого – показати науково доведені інтервенції, які допомагають запобігти ПТСР, а також ті, які навпаки можуть підвищувати ризик його розвитку. В цьому керівництві, яке доступне як веб-сайт, можна ввести запит і отримати поради в різних категоріях: різний час після травми, різні когорти населення, громад тощо.

Специфічних ліків, які б допомагали при ПТСР, наразі не існує. Але дослідження в цій сфері ведуться: медикаменти та ігрові віртуальні елементи.

У перші години після ситуації застосовується перша психологічна допомога, яка має на меті дуже прості речі: зменшити стрес, який людина в даний момент переживає, допомогти їй з поточними проблемами (безпека, їжа, одяг тощо). Важливим засновком в цей період є активна участь самих людей в одужанні, тобто відсутність їхньої віктимізації.

ВООЗ розробила таку піраміду: самопомога, неформальна громадська підтримка (звернення в церкву, до психологів, соціальних робітників тощо), первинна медична допомога, спеціальна медична допомога. Саме тут ми можемо говорити про сімейних лікарів, які можуть виявити за допомогою скринінгу ПТСР, а також надати первинний менеджмент проявів ПТСР (звертати увагу пацієнта до механізмів самопомоги тощо).

Клінічний приклад: робота з дівчинкою в Беслані, яка перебувала в полоні та стала свідком розстрілів інших дітей. Вона постійно плакала, бачила тривожні сни та погано спала, не могла сконцентруватися, відчувала загрозу, погано навчалася, не хотіла спати сама та не хотіла йти до школи. У дівчинки була гостра реакція на стрес.

Перше, що ми маємо організувати – безпека, житло та базові потреби. Потім – відновлення зв'язку з родиною, батьками. Тут можна згадати інші приклади: коли фахівці прибували в локацію, де люди були відрізані від світу, перше, що вони робили, надавали мобільні телефони для зв'язку з близькими. Дуже важливо в першу добу не проводити дебрифінг, не запитувати деталі про травматичну ситуацію, тому що це фактор ризику. Не потрібно торкатися людей без дозволу, використовувати професійні терміни, давати обіцянки, порівнювати ситуації зі своїм досвідом тощо.

Те, що потрібно говорити: встановлювати контакт, орієнтувати людину, де вона може отримувати допомогу, зв'язатися з рідними, адаптувати цю інформацію до віку людини, пояснити, що шок та інші симптоми - це нормально, рекомендувати комунікувати та звертатися за допомогою, якнайшвидше повернутися до рутини, попередити про ризик зловживання алкоголем/наркотиками, зауважити, що у випадку продовження симптомів більше 1 місяця необхідно звернутися за допомогою.

Дуже важливо не призначати снодійне у перший день після травми, адже науково доведено, що такі препарати підвищують ризик виникнення ПТСР.

Існують також рекомендації для родичів тих, хто опинився в шпиталі: адже вони також у групі ризику ПТСР, вони спостерігають все зі сторони, тому бувають навіть більш вразливі до травматичного стресу. Тому ідеально, щоб при шпиталях були волонтери, які забезпечують отримання достовірної інформації та вирішення проблем тих, хто очікує на одужання близьких. Більшість людей, які потрапили до лікарні після травматичної ситуації, потребують не тільки медичної, але й психологічної допомоги: але тут ми маємо розуміти, кому справді потрібна така допомога – якщо є дисоціативні розлади (ніби це відбувається не з ними, вони не розуміють де вони, що трапилось тощо).

Проблеми, що супроводжують програми вимушено переміщених осіб:

- припущення, що більшість з них «травмовані»;
- концентрація на травматичних подіях;
- ресурси ідуть не на ті задачі (наприклад, на «травмофокусовані консультації» та модель допомоги з акцентом на жертв).

Якщо говорити про самопомогу, ми з колегами створили платформу «Psychological First Aid Chat bot», яка наразі стала чат-ботом, що пропонує першу психологічну допомогу та певні рекомендації з питань сну, профілактики тощо. Також в боті можна вийти на зв'язок з психологом онлайн та отримати одну безкоштовну консультацію.

ВООЗ розробили безкоштовний онлайн-додаток «Важливі навички в період стресу», де можна зареєструватися та отримати допомогу.

### **Робота з людьми, які перебувають в ситуації хронічного стресу**

Психологічна допомога в такій ситуації відрізняється від того, що ми обговорювали вище. Адже люди в червоних зонах небезпеки стикнулися з великою кількістю втрат, вони могли бачити сцени руйнувань та втрат, стикатися з голодом та холодом тощо. І тут основні акценти, які ми робимо (це досвід наших колег з Ізраїлю, зокрема, професора А. Шалева «Оптимізація процесів,

спрямованих на виживання»): калібровка очікувань з реальністю, підтримка зв'язків з близькими, рутинна, збереження надії, моніторинг психічних станів та почуттів.

Нажаль, ми не можемо звільнити людину від реакцій на стрес, наша задача – допомагати їм, якщо ці стани виходять з-під контролю. Тут важливою є стійкість до стресу. Мета психологічних та соціальних інтервенцій – допомогти в адаптації, а не в симптоматичному лікуванні наслідків стресу.

Важливо звертати увагу на те, чи розвиваються ці травматичні стани в людей та оцінка копінгу: наскільки людина справляється зі стресом та може виконувати завдання, що перед неї стоять:

- стабільне виконання завдань;
- контроль над емоціями;
- реалістичне уявлення про себе та інших;
- здатність підтримувати «винагороджуючі» міжособистісні контакти;
- здатність перемикатися.

Відчувати страх чи сум нормально, але необхідно мати здатність взяти над ними контроль тоді, коли цього потребує момент. Зворотні ситуації – це сигнал, що людина потребує допомоги.

Матеріали, які стануть у нагоді:

<http://firstaidtoteror.com/uk/>

<https://dwmatters.eu/>

<https://youtu.be/ebgKlRsu5U>

The image shows a collage of resources on a green background. On the left, there is a video call window with a woman speaking. In the center, there is a document titled "Поширені психічні розлади у дорослого населення" (Prevalent mental disorders in the adult population) with the subtitle "Рекомендації для України" (Recommendations for Ukraine) and the date "17 червня 2021". The document is from the "MH4U NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH". To the right, there are two more documents: "Керівництво mhGAP" (mhGAP Guidelines) version 2.0 from the World Health Organization, and "Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress" (mhGAP Intervention Guide Module) from the World Health Organization and UNHCR. In the bottom left corner, there is a logo for "ДАРНИЦЯ це наше" (DARNYCHIA is ours).