

Тема 5. Нейропсихологія ПТСР та травматична пам'ять

План

1. Нейропсихологія ПТСР
2. Травматична пам'ять
3. Стадії реакції на травму
4. Діагностика та психотерапія ПТСР

1. Нейропсихологія ПТСР

Мозок, який тривалий час перебуває у стресовій стимуляції:

1. Вплив на фронтальну кору: зниження розуміння та емпатії, відбувається жосткий поділ на «свій» / «чужий»
2. Дисфункція ПФК: поганий контроль емоцій, імпульсивність та агресія
3. Зменшується гіпокамп і людина «тупіє»: погано вчиться, робить помилки на роботі, не може запам'ятати
4. Збільшується амігдала: інтенсивно продукує тривогу та страх, заставляє мозок бути постійно в пошуку загрози
5. Виснажується дофамін а з ним мотиви на діяльність, зростає безволя, апатія і депресія

2. Травматична пам'ять

Коли фрагменти травми (звуки, зорові образи, відчуття) із минулого відтворюються в мозку, вимикаються фронтальні частки, зокрема ті їхні відділи, які відповідають за передавання почуттів словами, за відчуття місця і часу. Деактивується також і таламус, який інтегрує розрізнені вхідні дані від органів чуття. На цьому етапі контроль на себе бере емоційний мозок, який не підкоряється нашій свідомості і не має зв'язку з мовленням. Емоційний мозок (лімібічна структура і стовбур мозку) повідомляє про свою активацію емоційним збудженням, змінами фізіологічних процесів і м'язовими скороченнями. За нормальних умов ці дві системи пам'яті, раціональна й емоційна, тісно співпрацюють і забезпечують координовану відповідь. Але

потужне збудження не лише порушує баланс між ними, а й роз'єднує окремі відділи мозку, такі як гіпокамп і таламус, що відповідають за належне зберігання та інтеграцію вхідної інформації. Унаслідок цього травматичні спогади зберігаються не в послідовній логічній формі, а у вигляді окремих сенсорних і емоційних фрагментів: зорових образів, звуків та фізичних відчуттів.

Травматична пам'ять:

1. **ОБОВ'ЯЗКОВА ІНДИВІДУАЛЬНО ЗНАЧИМА ПОТУЖНА ПСИХОТРАВМА З СИЛЬНИМИ ПЕРЕЖИВАННЯМИ**
2. **ПОСТІЙНІ КОШМАРНІ СНОВИДІННЯ**
3. **ТРИВОЖНЕ ОЧІКУВАННЯ, ЩО СИТУАЦІЯ ПОВТОРИТЬСЯ**
4. **НАДМІРНА ЗБУДЛИВІСТЬ (ПОРУШ СОН, ГНІВ, АГРЕСІЯ, СТРАХ...), АБО ПСИХОГЕННА АМНЕЗІЯ**
5. **ВІДЧУТТЯ ВИНИ ВИЖИВШОГО, ЕКЗИСТЕНЦІЙНІ ПУСТКИ, ТРИВОГА**
6. **ПОСТІЙНЕ УНИКНЕННЯ СИТУАЦІЙ, ЩО НАГАДУЮТЬ ОБСТАВИНИ ТРАВМИ.**

3. Стадії реакції на травму

Стресові реакції після травмівної події:

- а) гостра стресова реакція (стресові симптоми спостерігаються від початку до 4 діб) (див. Додаток 1 із переліком реакцій після травмівної події);
- б) гострий стресовий розлад (стресові симптоми від 2 до 30 діб);
- в) гострий посттравматичний стресовий розлад (стресові симптоми від 31 доби до 3 місяців)
- г) хронічний ПТСР (стресові симптоми понад 3 місяці)

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В РАЗІ ГОСТРОЇ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ

Гостра стресова реакція на травмівну подію характеризується симптомами тривоги – тремтіння, жар чи прискорене серцебиття. Може

спостерігатися стан приголомшення або збудження, високої активності, чи, навпаки, депресії та відчуження.

Важливо зазначити, що ці симптоми можуть зникнути через кілька годин чи днів і часто не призводять до тривалих стресових розладів. Тому мета першої психологічної допомоги (як і в медицині, «зупинити кровотечу») – стабілізувати стан людини та виявити, чи вона потребує подальшої допомоги. Не було виявлено підходів, які суттєво поліпшують психічний стан людини на першому етапі психологічної допомоги (в перші чотири доби після події). Але є методи та підходи з відносною ефективністю. Зокрема, це перша психологічна допомога як підхід, зі своїм протоколом та показаннями.

На етапі першої психологічної допомоги потрібно:

- а) задовольнити негайні потреби: надати першу медичну допомогу, забезпечити базові потреби в безпеці, їжі, питті, укрітті, одязі, сні;
- б) сприяти відновленню зв'язку з рідними та друзями;
- в) провести психологічну підтримку і психоедукацію, спрямовану на подолання дезорієнтації, розуміння постраждалим виявів стресових реакцій, способів їхньої нормалізації та стабілізації психофізичного стану;
- г) оцінити потребу людини в духовній допомозі. Це може бути розмова з капеланом, молитва чи участь у богослужінні або здійснення певного обряду.

РАННЯ ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В РАЗІ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Якщо гострий стресовий стан триває два тижні максимум, то потрібно провести діагностичне опитування чи скринінгове дослідження, щоб виявити гострий стресовий розлад.

Симптоми гострого стресового розладу : ☐

виснаження; ☐ соматичні скарги; ☐ збудження; ☐ тривожність; ☐ почуття провини; ☐ безнадія; ☐ амнезія чи дисоціативні симптоми; ☐ відчуження; ☐ нав'язливе повторне переживання події; ☐ уникнення

ситуацій, що нагадують подію; □ зловживання алкогольними чи наркотичними речовинами.

Після стабілізації психологічного стану постраждалого внаслідок травмівної події потрібно через чотири доби (іноді фахівці це роблять протягом двох тижнів) встановити симптоми та провести діагностування гострого стресового розладу (можна за допомогою коротких скринінг-тестів).

Якщо встановлено гострий стресовий розлад, то постраждалому надається рання психологічна допомога (від 4 до 30 діб після травмівної події). На цьому етапі рекомендовано проведення 4–5 базових когнітивних терапевтичних сесій з елементами експозиційної терапії (із застосуванням стимулів, що нагадують про травмівну подію) разом чи без когнітивного реструктурування. Замість експозиційної терапії часто застосовують реальну (in-vivo), уявну чи оповідальну (наративну) експозицію до травматичної ситуації чи стимулів, що часто поєднуються з когнітивною реструктуризацією, коли клієнт оцінює правдивість своїх переконань щодо небезпеки, а також релаксацію та моніторинг своєї тривоги. Прикладами експозиційної терапії є пролонгована експозиційна терапія, коротка еклектична терапія та наративна (оповідальна) терапія.

Групова робота на цьому етапі може бути корисною в межах інформаційної просвіти щодо травми (розуміння своїх посттравмівних симптомів і розвиток навичок їхнього подолання). Контекст багаторазових групових терапевтичних зустрічей також сприяє створенню атмосфери підтримки та довіри, природної для військовослужбовців під час несення служби і в бойових ситуаціях.

На етапі ранньої психологічної допомоги не рекомендується застосовувати психотерапію, якщо в потерпілого нема патологічних симптомів. Не рекомендується також проводити психологічний дебрифінг (хоча на цій стадії допомоги й немає протипоказань стосовно нього) [140]. На етапі ранньої психологічної допомоги настійно рекомендується уникати призначення бензодеазопінів і типових нейролептиків, аби не спричинити в

майбутньому розвитку стресових симптомів. Немає досліджень, які б доводили доцільність застосування антидепресантів на цьому етапі допомоги, тому до зазначеної групи ліків потрібно ставитися обережно.

Що потрібно зробити в найближчий час до травми, щоб не сформувати потім психічну хворобу (напр. ПТСР)? Забути пережите. Як це зробити? (Чабан О.С.):

- Пошвидше переміститися туди, де немає того, що нагадує про пережите
- Якщо ви не зовсім добре пригадуєте, що відбулося то і не намагайтесь відновити пам'ять (не розпитуйте, не уточняйте, уникайте психологів які допитуються про деталі пережитого)
 - Поменше розповідайте про те, що було, особливо у передсонний час
 - Не поновлюйте свою пам'ять фотографіями та розповідями з інтернета
 - Максимально відновіть сон (тишина, темнота, спокій, не наїдатися наніч та не дивитися ніяких новин)
- Корируйте страшні сновидіння спеціальними вузько направленими психотехніками
 - Доказана ефективність при страшних сновидіннях медикаменту Пропранололу (Inderal) з врахуванням ризиків. Близький за механізмом Тразадон. Але ні в якому випадку не використовуйте бензодіазепіни.
 - Зайнятість та відповідальність за когось чи/та щось протягом дня
 - Навчіться психотехніці “Стоп думки!”
 - Змістіть харчування в сторону L- триптофану та серотоніну, додайте мелатонін та вітаміни групи В
- Створюйте нові спогади зараз, тим самим «витісняючи» минулі, але пам'ятайте, що нові спогади повинні бути не менш глибокі та значимі
- Катарсис має «дві сторони медалі»: якщо для вас релігія значима, ви віруючий, то зверніться до вищих сил, відпустіть спогад, завершіть прощання молитвою, свічкою, розмовою з священником. Але якщо ви невіруючий то не

ятріть душу формальними походами в церкву і спогадами для чого ви туди прийшли.

4. ДІАГНОСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР

Якщо симптоми стресового розладу тривають та поглиблюються і через 30 діб після травмівної події, то потрібно звернутися до фахівця, щоб оцінити наявність посттравматичний стресовий розлад.

Ефективними психотерапевтичними підходами з потужною доказовою базою на цьому етапі вважають травмофокусовані підходи з елементами експозиції, когнітивного реструктурування чи стресового щеплення (інокуляції).

Ці підходи включають методи протидії симптомам тривоги з акцентом на дихальних вправах, розслабленні м'язів і когнітивних елементах (регуляції внутрішнього діалогу, зупинення нелогічних думок, рольової гри), а також експозиційні техніки (реальна, уявна чи наративна експозиція до травмівної події). Нові дослідження свідчать про ефективність когнітивно-процесуального підходу і десенсибілізації та переробки за рухом очей (ДПРО, англійською EMDR) [109].

Підходи з відносною доказовою базою та ефективністю: □ образно-циклічна терапія (Imaginary Rehearsal Therapy – IRT) може бути показана для допомоги у випадку жаків та розладів сну; □ коротка психодинамічна терапія; □ додаткове застосування гіпнотичних методів (може бути ефективним у роботі з такими психотравмівними симптомами, як тривога, біль, дисоціативні розлади та нічні жахи) [140].

До підходів, застосування яких показало хороші результати, але доказова база досліджень замала, належать: □ діалектична когнітивна терапія (Dialectical Behavioral Therapy), ефективна при пограничному розладі особистості та парасуїцидальній симптоматиці; терапія із застосуванням тварин (Animal-Assisted Therapy), найчастіше це собаки та коні – зв'язок із твариною допомагає відновленню у фізичній, емоційній, когнітивній та

соціальній сферах [140]; □ голковколювання (acupuncture) [106], особливо для підвищення якості сну [112]; □ електроенцефалографія (ЕЕГ) зворотного зв'язку (neurofeedback) з метою контролю емоційних і стресових симптомів.

ПТСР: Психологічні інтервенції (Чабан О.С.).

- Психотерапія сфокусована на роботу з травмою (КПТ та десенсибілізація і переробка рухами очей) є ефективною терапією першої лінії для пацієнтів із ПТСР (рівень А) (Bisson J., Andrew M., 2013; Mendes D. D., 2008; Bisson J. et al., 2007).

- КПТ (рівень А) :
- Кількість сесій зазвичай повинна становити 8-12.
- Тривалість в залежності від цілей та завдань 60-120 хвилин
- на перших сесіях зазвичай постає необхідність в більш тривалих заняттях (90 і більше хвилин)
- на більш пізніх зазвичай достатньо 60 хвилин (Ehlers A. et al., 2005; Adenauer H. et al., 2011; Dunne R. L. et al., 2012).
- Психологічні інтервенції, не сфокусовані на роботі з травмою, наприклад клієнтцентована терапія, психодинамічна терапія, гіпнотерапія та ін., не повинні використовуватись в рутинному лікуванні гострого/хронічного ПТСР, так як не мають достатньої доказової бази
- Медикаментозна терапія зазвичай не повинна використовуватись у якості терапії першої лінії ПТСР

Доказовість ефекту психотерапії при ПТСР (Чабан О.С.).

Десенсибілізація через рух очей та репроцесінг

- 2007, Kolk et al., - ефект кращий, чим від флуоксетину
- 2007, Hogberget al., свідки транспортних пригод – ефективно

Тренінг навиків переборення

- 2004, Neuner et al., - відсутня різниця Психодинамічні
- Недостатньо даних, але рекомендовано (АРА, 2004)

Групова

- 2005, Chard – різниця між індивідуальною та груповою не доказана

Перша психологічна допомога

- 2004 ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ПО ЛІКУВАННЮ ГОСТРОГО ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ (доповнення 2009) – не ефективна ППД як стратегія для профілактики ПТСР

Експозиційна психотерапія КПТ – 2006, Monson et al. – ефективніше в порівнянні з чергою очікування (редукція 50 %)

- 2007, Resick et al. – дослідження ефективності окремих компонентів КПТ – когнітивна психотерапія без експозиції більш ефективна, чим лише експозиційна

- 2007, Schnurr et al., тривала експозиційна психотерапія – на 3-6 місяць – пацієнти не відповідали критеріям ПТСР (ефективна)

- 2007, Bassoglu et al., короткотривала експозиційна психотерапія постраждалим від землетрусу: на 12-24 тиждень і через 1-2 роки – зниження за шкалою CAPS (ефективна).

За даними на 2016 рік, найбільш ефективними методами допомоги при ПТСР є два психотерапевтичні методи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, Cognitive behavioral therapy) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR). Ці два методи рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР. Так саме йдеться і в Підручнику CPG. Ефективність КПТ та EMDR встановлена кількома десятками рандомізованих контрольованих досліджень (APA, 2004, 2009). Різновиди когнітивно-поведінкової терапії, такі як терапія із пролонгованою експозицією (prolonged exposure therapy, PE), та терапія із когнітивним процесінгом (Cognitive Processing Therapy, CPT), демонструють відмінні результати – особливо, у лікуванні пацієнток жіночої статі, що перенесли сексуальну травму у дитячому чи дорослому віці, а також у лікуванні військового персоналу, Ветеранів із наслідками воєнної травми, та

пацієнтів, що перенесли важку дорожньо-транспортну аварію. Встановлено у психотерапевтичній практиці, що "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." Важливим також є залучення до лікування рідних пацієнта.