
ПЕРЕДМОВА ДО ДРУГОГО ВИДАННЯ, ОНОВЛЕНА DSM-5

Історія людства – це оповіді не лише про мистецтво, науку та культуру, а й про війну, міжособистісне насильство, гноблення та безліч катастроф, що спричинили і природа, і особи. Фактично, більшість людей західного суспільства упродовж життя переживатиме одну чи більше потенційно травматичних подій. Значна кількість цих осіб страждатиме від стійкого психологічного дистресу в діапазоні від помірної тривалої тривоги до симптомів, які перешкоджають більшості аспектів життєдіяльності.

Систематичне вивчення реакції людини на травму – відносно нове, порівняно з іншими сферами психології та науки про поведінку. Травматичний стрес почали досліджувати після війни у В'єтнамі, а термін «посттравматичний стресовий розлад» було представлено на лекції із психічного здоров'я лише в середині 1980-х років. Відтоді ми знаємо, що травма – поширена, вона може трапитись практично в будь-який момент життя, і те, що реакція людини на травму може бути надзвичайно складною. Оскільки наші знання збільшились, дослідники та фахівці-практики розробили низку підходів щодо терапії посттравматичного стресу й інших станів, пов'язаних із травмою. Цю інформацію можна відшукати у статтях, книжках та керівництвах із терапії. Однак ці джерела дуже розпорошені й не завжди доступні для фахівців-практиків. Як правило, вони зорієнтовані в одному

теоретичному напрямі, загалом зосереджуючись на одній групі осіб, які зазнали травми (наприклад, потерпілі від сексуального насильства, жертви дорожньо-транспортних пригод), і часто не надають достатньо інформації про те, як втілити той чи інший підхід.

У відповідь ми написали цю книжку для того, щоб вона стала практичним керівництвом і для фахівців-практиків, і для студентів психології, психіатрії та соціальної роботи, котрі потребують інформації щодо сучасної практики ефективної травмофокусованої терапії. Водночас ця праця надає загальну теоретичну базу для оцінювання травми та терапевтичних втручань, зважаючи на різноманітні природничо-наукові та гуманітарні сфери, дотичні до травмотерапії. Книжка буде корисною і для фахівців, які працюють з клієнтами, що страждають від симптомів, безпосередньо пов'язаних із монотравмою у дорослому віці, і для тих, хто здійснює терапію клієнтів зі складнішою історією, включаючи наслідки скривдження в дитинстві. Щоразу, коли це можливо, ми беремо до уваги психосоціальне та культурне середовище, у якому перебуває потерпілий, оскільки такі соціокультурні чинники (наприклад, бідність, соціальна маргіналізація, расизм) можуть підтримувати й підсилювати травму та її наслідки, а також самі собою травмувати.

Підхід, який висвітлено у цій праці, поєднує аспекти травма-релевантної когнітивно-поведінкової терапії, стосункової психотерапії, практики майндфулнес та загалом непатологічний погляд на людські страждання. Також є розділ, присвячений травма-психофармакології, котрий призначений і для лікарів та студентів-психіатрів, і для немедичних фахівців, які часто критично ставляться до фармакологічного лікування своїх клієнтів.

Друге видання цієї книжки значно розширює перше, відображає останні досягнення у дослідженні травми, її теорії, практики та підживлює дискусії фахівців-практиків і дослідників, які точаться від моменту першого видання. Також до оновленого матеріалу щодо цих тем ми надаємо нову інформацію:

- новий розділ про емпірично обґрунтовані майндфулнес втручання щодо травми;
- черепно-мозкова травма (ЧМТ) та як вона ускладнює посттравматичні симптоми;
- лікування травми в опікових відділеннях та відділеннях невідкладної допомоги;
- гострі реакції на стрес та ранні втручання;
- етичні норми надання допомоги при травмі;
- потенційний вплив травми на психози, включаючи можливе спричинення і загострення шизофренії;
- додаткова інформація про травма-релевантні медикаменти, включаючи ЧМТ та гострий стрес;

- додаткові матеріали щодо вживання вагітними психоактивних медикаментів;
- втручання для тих осіб, яких згвалтували знайомі, які перебували під впливом наркотиків чи алкогольної інтоксикації; та
- представлення феномену «больового парадоксу», іншого погляду на біль, страждання та уникнення.

Оскільки попереднє видання було опубліковане перш ніж вийшло п'яте видання Посібника з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013), воно не охопило чинних діагностичних критеріїв розладів, пов'язаних із травмою, які описані в DSM-5. Це видання оновлене з урахуванням DSM-5, у ньому вміщено та розглянуто нові критерії для:

- Гострого стресового розладу;
- ПТСР;
- Дисоціативних розладів;
- Короткого психотичного розладу з очевидним стресором¹;
- Інших специфічних розладів, пов'язаних із конкретними травмами чи стресорами;
- Неспецифічних розладів, пов'язаних із конкретними травмами чи стресорами;
- Значного чи помірного нейрокогнітивного розладу, спричиненого черепно-мозковою травмою;
- Пограничного розладу особистості; та
- Великого депресивного розладу та розладу адаптації, разом з усуненням із DSM-4 критерієм виключення важкої втрати².

Також до цієї оновленої версії долучено протокол дихального тренінгу, запропонований у попередньому виданні цієї книжки, тепер формально названий дихальний тренінг, що ґрунтується на майндфулнес³ (Mindfulness-based Breath Training, MBBT).

1 У DSM-4 йшлося лише про короткий або гострий реактивний психоз (brief reactive psychosis). У DSM-5 вже йдеться про короткий психотичний розлад з очевидним стресором (brief psychotic disorder with marked stressors), де під очевидним стресором розуміється фактор, який є очевидним (легко встановлюється в ході діагностики) та який, власне, і спричиняє стресову реакцію [прим. наук. ред.].

2 Критерій виключення важкої втрати (bereavement exclusion) – критерій, за яким симптоми, пов'язані з переживанням важкої втрати тривалістю до двох тижнів не підпадають під діагноз великого депресивного розладу, а вважаються нормальним переживанням втрати [прим. наук. ред.].

3 Дихальний тренінг, що ґрунтується на майндфулнес (Mindfulness-based Breath Training (MBBT) – тренінг, заснований на медитативних практиках мйндфулнес-підходу, орієнтованого, зокрема, на розвиток здатності споглядати потік думок та робити свідомий вибір щодо відмови від них у разі їхньої некорисності [прим. наук. ред.].

Багато із втручань, які представлені у цій книжці, беруть за основу клінічні дослідження та відображають сучасні наукові підходи до роботи з особами, які зазнали травми. Проте клієнти, яких ми спостерігаємо у громадських центрах психічного здоров'я та в загальній клінічній практиці, часто складніші й потенційно важчі у роботі, ніж ті, яких добирають та залучають для участі в рандомізованих клінічних дослідженнях (RCTs; Briere & Lanktree, 2011; Lanktree et al., 2013; Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2005; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004), і можуть бути менш чутливими до розроблених на основі цих досліджень методик терапії (Zayfert et al., 2005). У часто цитованих метааналітичних оглядах висновується, що насправді внаслідок особливостей формування вибірок, відсіювання учасників та інших проблем, результати рандомізованих клінічних досліджень надають менше рекомендацій для фахівців, які практикують у реальних умовах, ніж можна було б очікувати (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005).

Інший метааналіз дійшов висновку, що різноманітні емпіричні (*bona fide*¹) напрями психотерапії мають більш-менш однакову ефективність у роботі із ПТСР (Benish, Imel, & Wampold, 2008), також перегляньте критичну статтю Ехлерс та ін. (Ehlers et al., 2010).

Хоча вважаємо, що деякі терапевтичні підходи, зокрема описані в цій книжці, ефективніші в роботі з травмою, ніж інші – ми погоджуємось, що наявні матеріали щодо результатів терапії можуть бути неповними. Тому не обмежуємось описом лише цілком валідизованих під час досліджень втручань. До прикладу, ми включаємо певні ідеї з сучасної психодинамічної чи стосункової терапії, попри те, що через складність та часто довгу тривалість таких підходів вони не піддаються добре контролюваному науковому вивченню. Також ми інтегруємо емпіричні матеріали, яких стає все більше, щодо переваг навчання майндфулнес для осіб, які потерпають від несприятливого досвіду і/або психічних розладів, хоча ця сфера досліджень та практики відносно нова для західної культури. У кожному з цих випадків ми надаємо наукове обґрунтування, щоб долучити їх до сучасної травмотерапії. Однак існують й інші експериментальні підходи щодо травмотерапії, які ми не розглядаємо в цій книзі, насамперед тому, що вони не мають достатньо значущих (тобто емпірично підтверджених) теоретичних положень. Також це не означає, що у майбутньому вони не можуть бути емпірично валідизованими психотерапевтичними підходами, а означає тільки те, що ми не можемо їх рекомендувати тепер.

Хоча тут ми дуже уважні до специфічних складових терапії і переконані, як уже наголошено в літературі, присвяченій опису результатів (наприклад, M. J. Lambert & Barley, 2001; Martin, Garske, & Davis, 2000), що неосудна, емпатійна налаштованість терапевта щодо клієнта, співчутлива позиція та

1 «*bona fide*» (*лат.*) – варте довіри [прим. наук. ред.].

уважність до терапевтичних стосунків також надзвичайно важливі. Тому ми приділяємо значну увагу обговоренню філософії терапії. Вважаємо, що це не тільки сприяє зціленню клієнта після психологічної травми, але й робить цю роботу значущою, надаючи можливості для розвитку фахівцям-практикам.

Оскільки ефективне втручання вимагає правильного розуміння та оцінювання травми і її наслідків, ми розпочинаємо цю книжку з розділів, що стосуються природи психологічної травми; проблем, симптомів та розладів, які можуть виникати внаслідок травматичних подій; із огляду провідних травмофокусованих стратегій оцінювання та інструментів, які використовують у цій сфері.

Ми постарались зробити цю інформацію максимально доречною для практики терапії осіб, які зазнали травми.

Робота з потерпілими, котрі зазнали травми, може вимагати значної напруги й деколи навіть опосередковано травматизувати¹ (вікарна травма). Це часто завдає нам болю та страждання, які випливають із спостережень за тими жакливими речами, котрі люди можуть спричинити одне одному. Водночас ця робота може приносити глибоке задоволення та винагороду. Особи, котрі пережили травму, показують нам, що люди мають здатність зцілюватись, долати величезні труднощі та зростати. Долучаючись до цього процесу як терапевти, ми майже неминуче вивчаємо важливі екзистенційні уроки про життя та реальні основи людського страждання. Сподіваємось, що ця книжка не тільки забезпечить інструментами тих, хто працює із клієнтами, які зазнали травми, але й одночасно утвердить величезний оптимізм та цінність, втілені у цьому починанні.

1 Йдеться про так звану «вікарну» або вторинну травму (vicarious trauma), якої зазнають фахівці, що працюють з постраждалими, внаслідок зануреності в роботу та безпосереднього зіткнення з травматичним досвідом іншої людини [прим. наук. ред.].