

ДІАГНОСТИКА І ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХОГЕННИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ РОДИН ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

ГО «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій», Харків

Вивчено клініко-психологічні особливості дітей із родин переселенців, які пережили психотравмуючі події в періоди стресової та невротичної реакції. Діти разом із батьками відвідували групові та індивідуальні сесії казкотерапії на базі Харківської обласної бібліотеки для юнацтва. Отримані результати довели високу ефективність ранньої активної інтервенції за допомогою казкотерапії та прийому ГАМК-ергічного препарату ноофен.

Ключові слова: кризова допомога, посттравматичний розлад, казкотерапія, арттерапія, діти.

Питання кризової психологічної допомоги дітям, на жаль, дуже актуальні в Україні. Гібридна війна призвела до великої кількості психічно травмованих дітей із родин внутрішніх переселенців, які мають різноманітні розлади психічної сфери внаслідок важкого стресу. В Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду ці стресові розлади віднесено до рубрики F43 — реакція на тяжкий стрес та розлад адаптації [1]. Комплекс специфічних психогенних симптомів, які виникли після перенесеної кризової події, отримав назву Posttraumatic stress disorder (посттравматичний стресовий розлад — ПТСР). У 1980 р. його було внесено до третього видання офіційного американського діагностичного психіатричного стандарту DSM-III Diagnostic and Statistical Manual Disorders. Доведено, що тяжкий стрес на тлі кризової події призводить до тривалих порушень психічного гомеостазу та фізичної декомпенсації, запуску нейрогуморальних змін за симпатико-адреналовим типом. А розвиток психосоматичних захворювань ускладнює, у свою чергу, соціальну адаптацію. Саме тому для корекції цих станів потрібно шукати найефективніші транквілізуючі та вегетостабілізуючі засоби, які б запобігали розвитку психосоматичних розладів і мали б мінімальний негативний вплив на когнітивний розвиток дитини. У науково-практичній літературі з лікування ПТСР зазначається доцільність саме комплексного лікування з використанням психотерапевтичних методів (когнітивно-поведінкова терапія, десенситизація рухами очей та психодинамічна психотерапія), психофармакотерапії (мелатонінергічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, бензодіазепіни, ГАМК-ергічні препарати), психоосвіти та соціальної підтримки [1–7]. Своєчасне кризове втручання сприяє

профілактиці відстрочених дебютів ПТСР. Особливістю ПТСР є те, що за відсутності допомоги його симптоми не тільки не зникають, але з часом стають ще більш тяжкими, до того ж з'являються раптово на тлі зовнішнього благополуччя. Флешбеки, нав'язливі спогади, негативні емоції, агресія, гіперактивність не контролюються хворими. Ці симптоми можуть лякати самого пацієнта, викликати у нього побоювання у власній неповноцінності й ненормальності психічної діяльності. Пацієнти можуть вважати себе «божевільними» або «боягузами», замикаються у собі, від чого страждають їх комунікації у родині та соціумі.

Перебіг травми у дітей має свої особливості через більшу вразливість дитячої особистості, накладення травми на вікові кризи та відсутність у дітей досвіду та особистих стратегій подолання кризи. Установлено, що за відсутності спеціальної профілактичної роботи ПТСР може формуватися у 70 % дітей і підлітків, які пережили тяжку травму [2]. Стратегія лікування має базуватися на постулаті про те, що психічна травма дитячого віку стає травмою розвитку дитини. Це формує патологічні наслідки у вигляді різних психоневрологічних порушень, затримки розвитку, зниження когнітивних функцій, формування ПТСР, перебудови психіки з використанням деструктивних психологічних механізмів компенсації, порушення базової довіри до світу та себе, зневіри в майбутньому, що можна назвати «вкраденим дитинством». ПТСР мають дуже негативний вплив на міжособистісні стосунки в сім'ї завдяки агресивності, симптому ізоляції, збудженості, гіперактивності та високої тривожності. Саме тому ПТСР — це не тільки трагедія сьогодення, це підступний «постріл у майбутнє», «постріл» у дітей і онуків тих людей, що переживають зараз екстремальні ситуації в Україні. ПТСР сьогоденних комбатантів та вимушених

переселенців — це майбутні проблеми психічного і фізичного здоров'я підростаючого покоління та їхніх дітей. Саме про це свідчать широко відомі не тільки показники психічних порушень, адикцій комбатантів, але й сумна статистика руйнування їх родин [3], високі показники неврозів у дітей воїнів-афганців. Отже, профілактика та лікування ПТСР є дуже актуальним соціальним завданням.

Методом вибору профілактики та лікування психогенних розладів, ПТСР визнано когнітивно-поведінкової психотерапії (КППТ). У науковій літературі міститься досвід використання у дорослих осіб із ПТСР арт-терапевтичного методу, який базується на підвищенні творчих ресурсів за допомогою якогось окремого виду мистецтва [8]. Досвід КППТ у дітей ретельно викладено у посібнику П. Сміта та ін. «Діти та війна: навчання технік зцілення» [9]. Але цей метод, призначений більше для короткострокової терапії інтрузій та гіперактивності, має вікові обмеження. Саме тому для роботи з дітьми треба шукати інші методи, які не мають вікових обмежень і можуть допомогти на етапі довгострокової терапії, а також легко зацікавити дитину, викликати мотивацію до співпраці з психологом. Нас зацікавили можливості арт-терапевтичного підходу у парадигмі казкотерапії [10–12]. Лікувальна дія цього методу полягає у створенні індивідуальної лікувальної метафори й опрацювання її різними способами, для чого використовуються малювання, ліплення, пісочна терапія, театралізація, рухові вправи, танок. Казкотерапія дає змогу дуже делікатно доторкнутися до ядра травматичного досвіду за допомогою гри та уяви, сприяє його когнітивному переосмисленню та підвищує саме творчі ресурси особистості.

Мета нашого дослідження — вивчення клініко-психологічних особливостей у дітей із родин переселенців після кризових подій на етапі стресової невротичної реакції та створення комбінованої схеми фармакологічної корекції та психотерапії, розробка диференційованого підходу методом казкотерапії для лікування та профілактики психосоматичних порушень на ранньому етапі переживання травми.

Обстежено 30 дітей вимушених переселенців із зони проведення АТО, яке включало заповнення батьками опитувальників до і після терапії, неврологічний огляд, тестування за методом казкотерапії (діагностичні малюнки та казка). Психокорекція складалась із психотерапії та прийому ГАМК-ергічного препарату ноофен. Психотерапевтичні заходи проводилися за авторською програмою казкотерапії за допомогою різних матеріалів — пісочниці, пластиліну, іграшок, малюнка, метафоричних карт, вистав.

Кінцевою метою нашої терапії ми вважаємо не тільки усунення психогенних невротичних симптомів, але і посттравматичне зростання особистості дитини, її подальшу соціальну адаптацію, самореалізацію, позитивне планування подальшого життя дитиною.

Для фармакорекції психосоматичних розладів традиційно використовують різні групи транквілізаторів та антидепресантів. Нами було обрано ГАМК-ергічний препарат ноофен з урахуванням його м'якої транквілізуючої, вегетостабілізуючої, антидепресивної, а також активуючої дії. Дуже важливою для вибору препарату була відсутність побічних ефектів на когнітивну сферу дитини. У науковій літературі відзначено ноотропну дію ноофену (покращення пам'яті, уваги, стимуляція процесів навчання), а також відсутність ефекту звикання та відміни [4, 13].

Клініко-психологічне дослідження дітей із родин переселенців виявило такі групи симптомів: тілесні (затиснення і малорухливість як прояв «застигання», маскоподібне амімічне обличчя), афективні (плаксивість, дратівливість, примхливість) і астеничні прояви (стомлюваність, порушення сну, неуважність, зниження успішності, мотивації навчання), симптоми ізоляції та регресу, реакцію здригання на різкий звук. Так, ми спостерігали реакцію на гучний звук: одна дитина при цьому залазила під стіл, дві дитини починали плакати. У всіх дітей виявлялися жажіття, які були різними залежно від пережитих подій: смерть, втрата рідних, боязнь загубитися, дощ і гром, голод тощо. Частина дітей скаржилася на неможливість контролю над своїми почуттями, вчинками, це їх лякало. Наприклад, один хлопчик плакав та скаржився: «На мене нападають нерви, я нічого не можу з ними зробити!».

Психосоматичні симптоми виявлялися у 100 % дітей: серед них — головні болі (100,0 %), тахікардія (6,6 %), нудота, біль у животі, енурез (6,6 % дітей віком 6–8 років), енкопрез — у однієї дванадцятирічної дівчинки (3,3 %), причому раніше цей симптом відзначався в ранньому дитинстві.

Частота інших симптомів була різною у дітей різного віку: мовні порушення, а саме затримка вимовляння, відзначалася у дітей трирічного віку (6,6 %), логоневроз — у дітей 6–7 річного віку (6,6 %), рухове розгальмування відзначалося у дітей 5–6 років (16,5 %), симптоми ізоляції — апатія, замкненість — у трьох підлітків 10–14 років (9,9 %), тики й голосові нав'язливості — у 5 (16,5 %) дошкільнят і дітей молодшого шкільного віку.

Дослідження психічного стану за допомогою проєктивних малюнків дітей, які перенесли

обстріли або втрату своїх рідних у полоні, свідчило про дуже високий показник тривоги, жахів. У дітей, які не бачили кризових подій, у малюнках переважали жахи втрати домівки та важкий сум, депресія. На перших зустрічах на малюнках переважали червоно-чорні кольори. Наприклад, малюнки дітей до діагностичних казок «Країна мого казкового героя» рясніють сценами насильства — зображенням сумних персонажів, сцен тортур полонених, вибухів будинків, палаючих танків, бомб і сутичок військових під різною символікою.

Психокорекція у дітей-переселенців із психогенними розладами складалась із фармако- та психотерапії. Оскільки більшість дітей мали психосоматичні симптоми, фармакологічна корекція була направлена на стабілізацію вегетативної сфери. Саме гіпоталамо-гіпофізарний комплекс відіграє роль «ключика», який «перемикає» психічну енергію негативних емоцій на появу соматичних змін симпатоадреналового напрямку. Саме з урахуванням м'якої транквілізуючої, вегетостабілізуючої та ноотропної дії було використано ноофен («Олфа», Дніпропетровск) рекомендованою комбінацією препарату (дошкільники — 100 мг 2 рази на добу, школярі — 250 мг 2 рази на добу).

Психотерапія складалась з психоедукції батьків та казкотерапії дітей. Для цього було розроблено пам'ятку «Поради батькам» [10, 11]. Батьки отримували за бажанням індивідуальні консультації. Їм було рекомендовано участь у ролі активних глядачів на сесіях казкотерапії для дітей. Робота з дітьми-переселенцями проводилась згідно з авторською програмою казкотерапії. На першому етапі — дві індивідуальні сесії, після чого діти проходили групову психотерапію, що складалась з 10 сесій. Частина дітей, які не мали можливості відвідувати групові сесії, отримали цикл індивідуальних консультацій із пісочної казкотерапії.

Ми використовували казкову метафору різними способами. На перших індивідуальних сесіях діти за допомогою іграшок склали власну казку, в якій вони знаходили метафору пережитих подій, пізніше їм розповідалися наші «лікувальні» казки («Буря в лісі», «Мрії збуваються», «Бій з Компомонстром»). На основі «лікувальних» казок із дітьми ми готували вистави на сцені Харківської обласної бібліотеки для юнацтва. Це допомагало дітям на прикладі героїв проживати свою травматичну подію, знаходити ресурси і вихід із кризи. Саме для невербальної експресії психолог пропонувала створювання казкових малюнків або пісочних картин, казкових героїв з пластиліну. Для уникнення м'язових блоків застосовували рухову кінезіологічну авторську «казкову гімнастику».

Для підвищення творчого ресурсу створювали різні ляльки людей та звірів.

Позитивні зрушення відзначалися після кожного заняття, це виявлялося у зміні рухової активності дітей: вони починали посміхатися, ставали більш жвавіми, їхні м'язи були розслабленими, вони грали одне з одним, не хотіли йти з заняття. Батьки відзначали в щоденниках особливості поведінки дітей вдома і в школі позитивні зрушення: зниження дратівливості і плаксивості, тиків, поліпшення сну, уваги, мотивації у навчанні. Малюнки наприкінці курсу терапії були яскравими, казки та почуття героїв діагностичних казок — позитивними та ресурсними.

Кризові події у зоні АТО спричиняли у дітей-переселенців психогенні розлади різного ступеня тяжкості.

Лікування дітей з ПТСР потребує комплексного підходу, комбінованої психотерапії з психофармакотерапією.

Обстеження дітей, які пройшли комбіновану реабілітацію, на момент закінчення курсу свідчило про відсутність симптомів ПТСР та покращення психічного стану усіх дітей. Це підкреслює важливість активної психотерапевтичної інтервенції на ранніх етапах та подальшої реабілітації для профілактики неврозів та ПТСР у дітей, які перенесли кризові події, і доцільність фармакокорекції з використанням ноофену (курсом 1–2 місяця 2–3 рази на добу).

Ми дійшли висновку, що казкотерапія є найбільш оптимальним методом при роботі з дітьми та їхніми батьками. Дуже важливо, що цей метод виглядає як розвиваючі або театральні заняття, що допомагає немотивованим батькам, які відверто побоювалися психологів, безболісно інтегруватися у процес терапії. Казкотерапія дітей із родин переселенців ефективна саме тому, що концептуально формує погляд на кризові події як на випробування та перевірку внутрішньої сили особистості. Досвід героїв лікувальних психотерапевтичних казок допомагає завдяки казковій метафорі впливати на підсвідомість дитини. Це полегшує прийняття важкої ситуації, щоб дитина не ховалася, а знаходила ресурси та нові копінг-стратегії (*coping strategies*) її подолання. Отже, казкотерапія допомагає пошуку нових смислів і посттравматичному зростанню особистості дитини. Важливо, що казкотерапія є методом вибору, оскільки являє собою дуже екологічну та ефективну методику для діагностики та лікування дітей після кризових подій незалежно від їхнього віку. Раннє втручання за допомогою казкотерапії та фармакокорекції ноофеном має ефективну терапевтичну дію у дітей із родин переселенців із зони проведення АТО з психогенними розладами.

Список літератури

1. Посттравматичні стресові розлади: навч. посіб. / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевский.— К.: Изд. ФОП Вашук О. О., 2014.— 284 с.
2. Венгер А. Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов // Московский психотерапевтический журн.— 2006.— № 1.— С. 131–159.
3. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина.— СПб.: Питер, 2001.— 272 с.
4. Хайтович М. В. порушення когнітивних функцій у дітей з вегетативними дисфункціями та їх корекція ноофеном / М. В. Хайтович // Педіатрія, акушерство та гінекологія.— 2002.— № 5.
5. Юл У. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф / У. Юл, Р. М. Уильямс // Детская и подростковая психотерпия; под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера.— СПб.: Питер, 2001.— С. 275–308.
6. Allen A. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder / A. Allen, S. L. Bloom // The Psychiatric Clinics of North America; ed. D. A. Tomb.— 1994.— № 8.— P. 425–438.
7. Andersen N. J. Posttraumatic stress disorder / N. J. Andersen // Comprehensive textbook of psychiatry (4th ed.).— Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.— Vol. 3.
8. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса / А. И. Копытин.— М.: Когито-Центр, 2014.— 203 с.
9. Сміт П. Діти та війна: навчання технік зцілення / П. Сміт, Е. Дирегров, У. Юле.— Львів: Вид-во Укр. катол. ун-ту, 2015.— 87 с.
10. Герасименко Е. В. Психотерапия невротических расстройств детей, переживших экстремальные ситуации в зоне АТО / Е. В. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 2 (83).— С. 107.
11. Герасименко Е. В. Диагностика и коррекция пограничных состояний у детей и подростков / Е. В. Герасименко // Таврический журн. психиатрии.— 2012.— Vol. 16, № 2 (59).— С. 19–20.
12. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева.— СПб.: Речь, 2000.— 310 с.
13. Коваленко О. Є. Клінічна оцінка оптимізації лікування вегетативних порушень у студентів з використанням препарату «Ноофен» / О. Є. Коваленко, Л. П. Рощина // Укр. вестн. психоневрології.— 2012.— № 12.

ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

Е. В. ГЕРАСИМЕНКО

Изучены клиничко-психологические особенности детей из семей переселенцев, которые пережили психотравмирующие события в периоды стрессовой и невротической реакций. Дети вместе с родителями посещали групповые и индивидуальные сессии сказкотерапии на базе Харьковской областной библиотеки для юношества. Полученные результаты доказали высокую эффективность ранней активной интервенции с помощью сказкотерапии и приема ГАМК-ергического препарата ноофен.

Ключевые слова: кризисная помощь, посттравматическое расстройство, сказкотерапия, арт-терапия, дети.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PSYCHOGENIC DISORDERS
IN CHILDREN FROM THE FAMILIES OF INTERNAL REFUGEES

Ye. V. HERASYMENKO

Clinicopsychological peculiarities of children from immigrant families who have experienced traumatic events during stress and neurotic reactions were studied. Children and their parents attended group and individual sessions of fairy-tale therapy in Kharkiv Regional Library for the Youth. The obtained findings proved a high efficacy of early active intervention with the use of fairy-tale therapy and administration of GABA-ergic drug Noophen.

Key words: crisis help, posttraumatic disorder, fairy-tale therapy, art therapy, children.

Надійшла 05.02.2016