

2.4. ТРАВМАФОКУС. НЕЙРОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ОПРАЦЮВАННЯ ПСИХОТРАВМИ

Методами першого вибору у роботі з постстресовими розладами вважають травмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію та EMDR (десенсибілізація за допомогою руху очей). Проте в останні десятиліття у світі стрімко розвиваються нейропсихотерапевтичні методи роботи з травмою, які сьогодні освоюють і українські фахівці. Оскільки літератури стосовно зазначених методів дуже мало, представляємо статтю Томаса Вебера, засновника і міжнародного тренера з методу травмафокусу, директора Інституту нейропсихотерапії (Австрія, м. Відень).

Травмафокус – тілесноорієнтований метод, спрямований на спонтанне, безпосереднє опрацювання психотравми на нейронному рівні, без задіювання свідомих спогадів. (Під час сесії клієнт перебуває у стані природної свідомості й не переживає стресу повторно.)

ТРАВМАФОКУС (ТФ) – ЕФЕКТИВНИЙ НЕЙРО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД, ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКОГО МОЖНА ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ПОВНІСТЮ ЗВІЛЬНИТИСЯ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИТОГО ПСИХОТРАВМІВНОГО ТА СТРЕСОВОГО ДОСВІДУ, НАВІТЬ ЯКЩО ЦЕЙ ДОСВІД БУВ ОТРИМАНИЙ ПРЕНАТАЛЬНО ЧИ ПЕРИНАТАЛЬНО, У ВІЦІ НЕМОВЛЯТИ, І ЙОГО НЕ МОЖНА ПРИГАДАТИ

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Грандом, засновником брейнспотінгу (*brainspotting*), який Д. Гранд розвинув на основі EMDR. Травмафокус можна вважати удосконаленим методом Brainspotting. Травмафокус ґрунтується на наукових дослідженнях: Focusing (Gendlin), Somatic Experiencing (Levine), Brainspotting (Grand), Pranayama, дослідженнях болю (Melzack & Wall, Engel та ін.), гіпнозосистематичних підходах (Schmidt), нейробіологічній теорії (Del Monte, Trepel, Hirsch, Schiepeck, Hütter, Roth та інші) та результатах актуальних досліджень мозку (Damasio, Schore та ін.).

Як відомо з результатів сучасних досліджень мозку, хронічний психічний стрес призводить до зменшення об'єму пам'яті гіпокампа (ділянка мозку), що може викликати різні форми порушень пам'яті. Поряд із цим, активізуються «пункт керування стресом» гіпоталамус та розміщена в лімбічній системі мозку мигдалина (визначає рівень загрози), а також виділяється багато стресових гормонів.

Під час застосування травмафокусу в глибинних структурах мозку активується травмівний і стресовий досвід, що рефлекторно відображається в області очей та обличчя. Може спостерігатися часте моргання, посіпування, коливальні рухи очима, розширення чи звуження зіниць, уривчасте дихання тощо.

Для оцінювання травмівного стресу на початку й у кінці сесії застосовується **шкала стресу за Wolpe** (1969), **SUD** (Subject Units of Distress): від «0» – немає найменшого стресу, до «10» – максимальний стрес.

Соматичну проєкцію стресу Е. Дженделін називає «**Felt Sense**» – місце в тілі, де відчувається стрес. Інтенсивність тілесного відчуття стресової чи травмівної теми залежить від позиції очей. Людина фокусує погляд у точці, де рефлексі сприймаються найсильніше (**активаційний фокус**) чи в точці найбільшого комфорту (**ресурсний фокус**). Фіксування автоматично зайнятої позиції очей веде до зменшення стресу.

Потрібний напрям погляду можна виявити, спостерігаючи за тим, куди дивиться клієнт, розповідаючи травмівну історію. Якщо погляд зафіксувати в знайденій точці (активаційний фокус), то в людини починають з'являтися соматичні відчуття чи травмівні спогади, які, на відміну від флешбеків та інтрузій, усвідомлюються і не переживаються повторно.

Травмафокус можна зафіксувати і за допомогою спеціальної указки. Концентрування погляду на указці допомагає утримувати позицію очей тривалий час. Для кращої регуляції мозку можна використовувати (через навушники) спеціальні тихі, заспокійливі звуки.

Важливим у травмафокусі є те, що на успішне опрацювання травмівного досвіду впливає **дихання клієнта**: спокійне, усвідомлене, приязне (як вияв внутрішнього ставлення до себе та до процесу переживання). Таке дихання активує вентральний блукаючий нерв, що супроводжується заспокоєнням нервової системи. Завдяки усвідомленому диханню переживання в теперішньому, «тут і тепер», стають інтенсивнішими, ніж колишні травмівні спогади.

Коли ми переживаємо небезпечну, загрозливу для життя ситуацію, наше дихання або прискорюється (часто вдихаємо), або уповільнюється і стає поверхневим. Після знаходження фокусу, психотерапевт пропонує клієнту дихати усвідомлено глибоко й повільно. Це антистресове дихання, що регулює діяльність нервової системи, дозволяє м'яко й ефективно опрацьовувати травмівні спогади і дискомфортні тілесні відчуття.

Під час сесії опрацювання травмівного досвіду відбувається в пам'яті клієнта, а терапевт інтуїтивно спостерігає за процесом (з цікавістю, без упередженого ставлення, гіпотез та тлумачень). Це максимально корисно впливає на процес, адже ми не знаємо, з яких фрагментів складається хронічний стрес. Травмафокус використовує нейропластичність людського мозку для опрацювання травми, завдяки чому клієнти під час сесій повторно не переживають стресовий стан, що сприяє зниженню емпатійного стресу і в терапевтів. Тому терапевт щодня може інтенсивно працювати без ризику власної непрямой травматизації.

Під час терапевтичної сесії терапевт має бути у ресурсному стані. Завдяки цьому створюється особлива заспокійлива атмосфера, в якій клієнт стає сильнішим і може знайти власні джерела підтримки. Аллан Шор, американський психолог та нейродослідник, з'ясував, що під

час терапевтичної сесії (на неусвідомлюваному рівні) права півкуля терапевта інтенсивно взаємодіє з правою півкулею клієнта. А. Шор називав цей ефект *right to right brain interaction* і вражаюче задокументував своє дослідження на сканованих картинах мозку.

Клієнтів зцілюють не терапевти (вони лише створюють **цілющу атмосферу**), клієнти зцілюються самі чи, сказати точніше, зцілює їхній мозок, в якому замість порушеного стану починається процес саморегуляції і породжується новий цикл у нервовій системі. Новостворені нейронні зв'язки впливають на тілесні відчуття. Клієнти відчують, як стресовий стан та хронічний біль постійно зменшуються під час і після кожної сесії.

Щоб підтримувати процес зцілення, використовується техніка, яку клієнт може застосовувати самостійно. Завдяки цій техніці мозок після регуляції на терапевтичній сесії і далі перебуває у спокої. Таким чином тренується безстресовий стан.

СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМАФОКУСУ

Метою травмафокусу є повне звільнення людини від заблокованого збудження в мозку й тілі. Цей метод добре поєднується зі всіма визнаними психотерапевтичними підходами.

Важливе досягнення травмафокусу – **терапія гострого та хронічного болю**. У 2013 році Томас Вебер випадково відкрив, як можна швидко звільнити людину від гострого болю. Він допомагав жінці, в якій після падіння був сильний набряк тканин ноги та гематоми. Після того, як симптоми вражаюче швидко зникли, Т. Вебер почав вивчати можливості терапевтичної допомоги людям, що страждають від хронічних соматичних больових синдромів, таких як мігрень, фіброміалгія, хронічні болі опорно-рухового апарату (коліно, стегно, суглоб, спина).

Було констатовано, що хронічний біль може повністю зникнути, якщо знайти його психологічні причини. Травмафокус дає можливість ефективного доступу до підсвідомої історії болю й активує нейронну та тілесну регуляцію для позбавлення від матриці болю (больових процесів у мозку). Внаслідок цього тіло перестає боліти. Такий підхід дуже перспективний, на базі психосоматичної клініки в Німеччині кваліфіковані терапевти травмафокусу проводять довготермінові дослідження цього методу.

Травмафокус ефективний і для терапії людей із гострими постстресовими розладами, особливо після монотравми. У цьому випадку, зазвичай, за одну-дві сесії опрацьовуються постстресові симптоми та їхні причини. Якщо йдеться про наслідки комплексного травмування, то потрібно більше сесій із застосуванням травмафокусу, щоб людина могла жити з незначними стресовими розладами чи повністю звільнитися від них. Сьогодні вважається, що в основі багатьох психіатричних симптомів, описаних в МКХ-10 та DSM-IV, лежать травми розвитку й травми дитинства, які також ефективно лікуються за допомогою травмафокусу.

Травмафокус успішно застосовують у разі таких розладів:

- гострі, комплексні та прості психотравми;
- посттравматичні розлади;
- панічні атаки;
- генералізовані тривожні розлади;
- депресії;
- obsесивно-компульсивні розлади;
- залежності;
- хронічні психосоматичні захворювання;
- розлади прив'язаності;
- пограничні розлади особистості;
- порушення сну, апетиту;
- хронічні головні болі, мігрені, кластерні головні болі;
- фіброміалгії;
- різні форми дисоціативних розладів.

ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ СТАНУ

Під час сесій травмафокусу для стабілізації стану вдаються до ресурсних технік: активування мультисенсорних ресурсів (ґраундінг), «сканування» тіла, візуалізації місця спокою, уявлення речей, які заспокоюють, чи об'єктів прихильності, що врівноважують. Ці техніки особливо ефективні у разі гострих реакцій на стрес, гострих стресових та кризових розладів та гострих реакцій, спричинених травмами прихильності; при хронічному тривалому стані напруження і збудження в тих, хто страждає від панічних атак, фобій, депресій, емоційних стресів та травмивного досвіду, спричиненого сексуальними домаганнями в дитячому віці.

Для регулювання автономної нервової системи у людей із зазначеними розладами застосовують **ресурсні техніки**, зокрема тілесні.

«Сканер» тілесних ресурсів. Техніка «сканер» тілесних ресурсів застосовується для стабілізації стресового стану, під час якої тіло «сканується» від голови до п'ят.

Терапевт говорить клієнтові: «Уявіть, що ресурсний сканер повільно рухається вашим тілом: спочатку від тім'я до п'ят, а потім – у протилежному напрямку. При цьому сканер фіксує тільки ті місця, де відчуття «найкращі», «нейтральні» чи «приємні». Неприємні чи травматичні місця минаємо без сканування».

Після «сканування» тіла клієнт повідомляє, де він зафіксував приємні відчуття (тілесні ресурси, тобто контрастні місця, порівняно з дискомфортними).

Об'єкти прихильності. Емоційній стабілізації сприяє відновлення прив'язаності. Для цього уявляють заспокійливі прихильні образи людей, тварин, рослин, духовних істот. Найкраще, коли під час терапії клієнт спочатку «лімбічно», не називаючи, уявляє і вибирає найбільш ресурсний образ. Потім якийсь час мовчки уявляє обраний об'єкт, глибоко його відчуває, «проживає». Тоді образ закріплюється в пам'яті, його можна будь-коли уявити. Потім клієнт розповідає про свій досвід.

Заспокійливе (безпечне) місце. Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці – місці спокою, сили. Це може бути реальне місце, де людині добре чи колись було добре. Це може бути інший вимір чи далекий космос, куточок природи, місце на терасі або біля каміна, головне, щоб там було спокійно.

Природні елементи стабілізації, що породжують відчуття захищеності, підтримки, допомоги (наприклад світло, якщо людина боїться темряви) дуже важливі, якщо клієнт вважає (чи так є насправді), що хтось чи щось загрожує його життю. Це можуть бути такі речі, як ікони, кристали чи камені, дитячі малюнки тощо.

Стабілізувати стан можна і за допомогою теплої води (ванна, душ, сауна), ароматичного масла, «чайної церемонії», споглядання чогось красивого, наприклад, квітів. Особливий засіб, який ефективно стабілізує стан і у випадку реальної небезпеки, і за умови актуалізації травмічного досвіду, – молитва.

Запропоновані ресурси – цінні допоміжні засоби для роботи з клієнтами, які в ранньому віці пережили масивні травмування і страждають від постстресових та супутніх розладів. Особливо це актуально для осіб із дисоціативними, пограничними розладами, *DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified)* чи зі складним посттравматичним стресовим розладом.

Перед тим, як запропонувати клієнтові пошуки ресурсів, терапевт має подумки активізувати стабілізаційні ресурси. Потім можна сказати: «Нехай у вашій свідомості виринають місця, де вам було спокійно; з'являються люди, тварини чи якісь істоти, образи яких вас підтримують, речі, що вас захищають».

Більш ефективно, коли стабілізаційні ресурси (фігури прихильності, заспокійливі місця, елементи стабілізації) клієнт знаходить без вербальної допомоги терапевта. Томас Вебер із власного нейротерапевтичного досвіду зробив висновок, що ресурси, які виникають у клієнта самостійно, без зовнішньої сугестії, дієвіші для душевного зцілення і ефект від них стійкіший.