

Висловлюємо подяку видавництву Junfermann Verlag за дозвіл на переклад розділу авторів Крістіне Рост та Єви Мюнкер-Крамер для поширення серед сертифікованих терапевтів EMDR в Україні!

Citation: Rost, C., Munker-Kramer, E. (2016): EMDR nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen: EEI – EMDR Early Intervention. In: Rost, C. (2016) EMDR zwischen Struktur und Kreativität. S. 170-200

Протоколи EMDR для нещодавніх травматизацій (EEI - Early EMDR Interventions)

Крістіне Рост, Єва Мюнкер-Крамер

Ще в 1995 році Francine Shapiro зауважила, що для лікування нещодавньої травми недостатньо використовувати звичайну процедуру EMDR. Вона виявила, що не вдалось опрацювати усі стресові переживання у клієнта, який нещодавно пережив землетрус, коли при застосуванні EMDR увага зосереджувалась лише на найгіршому моменті. Під час сесії EMDR стрес опустився до нуля. Однак невдовзі після цього клієнт повернувся, оскільки з'явилися нові скарги. Під час перевірки виявилось, що опрацьований аспект залишався без стресу, проте інший аспект травматичного досвіду тепер явно спричиняв стресове навантаження.

Цей феномен **фрагментарного запам'ятовування** нещодавньої травматичної події згодом підтвердився. Стало зрозуміло, що після такої події пам'ять не консолідується впродовж більш тривалого проміжку часу, коли неможливо зосередитися на «репрезентативному моменті», звичному для EMDR.

Навіть загальновідомі посібники з діагностики не дають одностайної відповіді стосовно точної тривалості цього «періоду». Тому в цій статті ми представимо прагматичний підхід, що базується на нашому клінічному досвіді роботи з цією цільовою групою, безумовно, у контексті різних точок зору.

Спроба пояснити необхідність застосування іншого підходу у випадку нещодавнього травматичного досвіду ґрунтується на тому, що через відсутність «репрезентації» спогаду генералізація послаблення стресу (поки що) не спрацьовує, оскільки внаслідок репроцесуалізації настає полегшення лише для цього одного пікового стресу («Hot Spot» - «гаряча точка»). F. Shapiro зауважила це у роботі із жертвами землетрусу в районі затоки Сан-Франциско в 1989 році: «На основі такого досвіду F. Shapiro розробила **Recent Event Protocol (протокол нещодавніх подій)**, який ми називаємо німецькою мовою **EMDR Akut Protokoll (протокол гострої стресової реакції)**».

Оскільки момент терапії та пов'язані з нею обставини (як зовнішні, що стосуються сетінга, так і внутрішні, пов'язані з розвитком симптоматики) дуже відрізняються, було розроблено цілий ряд інших протоколів EMDR та модифікацій базової процедури, які використовуються після недавньої травми.

На жаль, більшість із цих протоколів ще не пройшли належної перевірки за допомогою контрольованих (окрім тестової групи досліджується також контрольна група), рандомізованих (пробанди розподілені випадковим чином) досліджень (англійською «randomized controlled trial, RCTs»). Це, звичайно, частково пов'язано із особливістю застосування (допомога після катастроф, індивідуальна терапія, відсутність даних про постраждалих). Способи, як отримати конкретні дані, представлено у цьому збірнику у статті Brewin et al.. Одразу після терактів у лондонському метро в липні 2005 року (775 поранених і 52 загиблих) було створено клінічно обґрунтовану програму (Програма реагування на травми - з липня 2005 р. до липня 2007 р.) як урок із терактів в Оклахомі в 1995 році та у Всесвітньому торговому центрі в 2001 році. Ця програма включала ретельний скринінг і клінічні психологічні сесії відповідно до стандартів NICE (TF-CBT і EMDR), рекомендованих для тих, хто не відновився «спонтанно». У публікації Rubin et al. (2007) говориться про проведені опитування стосовно наявності посттравматичних реакцій через 7 місяців. Було виявлено, що значна частина посттравматичного стресу зменшилася, але 61% постраждалих все ще повідомляли, що їхнє бачення світу змінилося. У таких випадках ми маємо справу із наслідками у когнітивній сфері («потрясіння картини світу»).

У статті Brewin et. al у 2007 році було проаналізовано дані. До цієї програми було рекомендовано 910 осіб, 596 пройшли перевірку, з них 217 було залучено до запропонованої програми, а 189 пройшли її до завершення. Виявилося, що звичайних каналів рекомендації через лікарів загальної медицини недостатньо для великої кількості постраждалих людей, і що потрібно активно шукати та пропонувати допомогу на основі даних лікарень та поліції, пунктів прийому. Це новий підхід, який дає можливість зв'язатись із багатьма людьми, чії посттравматичні проблеми залишилися непоміченими та не опрацьованими. Зрештою, дослідження в галузі невідкладної психологічної допомоги в основному все ще перебувають як методологічно, так і етично у складній ситуації (Lasogga, Gasch, 2011).

Проте у протоколах, які ми вибрали для ознайомлення, наводяться посилання на відповідні наявні дослідження.

Огляд різних протоколів і змін у процедурі із врахуванням різноманітних показів є дуже важливим, оскільки, наприклад, ВООЗ (2013) рекомендує когнітивну поведінкову терапію

та EMDR з 4-го тижня після травматичної події (сила рекомендації: стандартна; якість доказовості: помірна) у випадку, якщо розвинувся посттравматичний стресовий розлад, але, з іншого боку, немає рекомендацій щодо застосування EMDR протягом перших 4 тижнів після травматичної події у разі гострого стресового розладу, оскільки досліджень для цього недостатньо.

Зрештою, це суперечливий і критичний період, тому що у цій фазі задля уникнення патологізації у багатьох випадках реакції постраждалих ще можна і необхідно трактувати як «зрозумілі реакції на надзвичайні події» (Lasogga, Munker-Kramer, 2009). У DSM IV для цього існує термін «посттравматична стресова реакція», який дуже добре описує вищевказане як семантично, так і клінічно. З чисто академічної точки зору тут принципово важливо застосовувати салютогенетичний підхід і зберігати понятійну чіткість, не зважаючи на те, що людина, яка потребує допомоги, повинна її отримати – байдуже, як це потім буде називатись.

По-різному розглядається і питання про те, чи потрібно втручатися і коли це робити. Salomon вважає, що для людей, які перебувають у шоці, і які (поки що) не мають доступу до своїх почуттів, слід дуже обережно здійснювати втручання у цей захисний (з огляду на обставини) стан (Salomon 2008). Van der Kolk аргументує це з точки зору нейробіології наступним чином: якщо хтось перебуває в шоці, а кора головного мозку «вимкнена», відповідно - не відбувається репроцесуалізація, а отже - пріоритетом має бути заспокоєння (van der Kolk 1996). Згідно із моделлю AIP, необхідно також зазначити, що будь-яке спонтанне відновлення, яке може мати місце, не повинно перериватися передчасним втручанням у цей природний процес.

Тож виникає безліч питань – адже існує достатньо доказів ефективності протоколів гострої стресової реакції та їх користі – тобто послаблення страждань. Таким чином, в кінцевому результаті, увага зосереджується на диференційних показах.

Типи травм – коли доцільно застосовувати протоколи EMDR гострої стресової реакції?

Щоб дати правильну клінічну оцінку наслідків травматичного стресу, можна загалом використовувати систематику, яку розробила психіатр Lenore Terr. Вона розрізняє так звані травми типу I – це наслідки однієї або кількох різних несподіваних поодиноких подій, таких як згвалтування, напад, нещасний випадок, природні катаклізми та травми типу II - як наслідки множинних, повторюваних або тривалих – кумулятивних травм, наприклад, тривалого сексуального та/або психічного та/або фізичного насильства, катування, тривале викрадення тощо. (Herman, 2003, с. 167).

Ці стреси опосередковано мають відношення до роботи з гострими травмами і травмами «І типу», якщо вони «зачаїлись» на тлі актуальної травматизації як фактор ризику (див. нижче). Коли це виринає під час анамнезу або в конкретній роботі через клінічні прояви, ми повинні враховувати деякі клінічні аспекти, щоб при гострому стресі за допомогою втручання надати максимальну допомогу: з одного боку, постає питання, наскільки високим є основне психологічне навантаження і, таким чином, крихкість людини через попередню травматизацію. З іншого боку, йдеться також про те, чи належать актуальні переживання до тієї ж мережі, що й старі стреси, наприклад, недавнє зґвалтування стикається з попередньою сексуальною травмою або автомобільною аварією. Навіть якщо компоненти досвіду подібні, але в принципі є достатня стабільність, можна працювати з актуальною подією і полегшувати у зв'язку із цим страждання. Проте прийняття рішення вимагає ретельного клінічного розгляду.

Тим не менше, при роботі з гострою травмою ми в першу чергу звертаємо увагу на травми І типу. У подальшій диференціації їх поділяють на моно- і мультитравми. В обох випадках на першому плані спостерігається «порушення регуляції стресу» у переживаннях, поведінці під час догляду та терапії. Важливою складовою поводження із цим є психоедукація та стрес-копінг.

Для користі постраждалих дуже важливо при наданні допомоги через сетінг, у пропозиціях та у співпраці із службами забезпечення орієнтуватись на потреби постраждпких, оскільки при розладах внаслідок потенційних психічних травматизацій набуває значення відновлення функціонування у зовнішніх обставинах, тому слід уникати будь-якої поспішної патологізації.

EMDR або процедури, які базуються на моделі AIP і використовують двосторонню стимуляцію, не є первинно лікувальними в цій області, але це чудова можливість уникнути та зменшити фактори ризику та стресу або підвищити резистентність. Про це йде мова, наприклад, у дослідженнях Maslovari et al. (2007) або Rust (2009). У розробці більш пізніх, більш точно визначених підходів, таких як протокол реагування на надзвичайні ситуації (Emergency Response Protocol, Quinn, 2009) або EMDR для надзвичайних ситуацій ці питання також тематизуються.

Тенденція до самовідновлення після травматичних подій

У показаннях до протоколів невідкладної допомоги, представлених у цій статті, враховується аспект самозцілення, який також і в моделі AIP має вагоме значення.

З цього приводу важливими є наступні фактори: не кожна потенційно травматична подія призводить до травмування. Таке семантичне розрізнення має також клінічне значення. Практично це означає, що не у кожного, хто переживає травматичну подію, згодом розвивається психічний розлад. Ризик виникнення посттравматичного розладу збільшується зі зростанням тяжкості травматичної події та певних факторів ризику, у тому числі ситуативних. Публікація, яка розглядає події типу I, а також досвід типу II в руслі епідеміологічних досліджень, вказує на наступне: хронічні посттравматичні розлади найбільше характерні у випадку зґвалтування та сексуального насильства в дитинстві, за якими слідують воєнні травми (Kessler et al. 1999).

Найвищий стрес виникає відразу після травматичної події, а потім відносно швидко зменшується, щоб вирівнятися через 4-6 місяців. У новаторському дослідженні Rotbaum (1992) цей процес проявляється таким чином, як описано нижче:

Діапазон можливих захворювань навіть після однієї події спостерігався у дослідженні Yehuda et al. (1992), в якому 174 постраждалих від нещасних випадків в Австралії були обстежені через 6 місяців після аварії. 43% не мали психічного розладу. 57 % постраждалих, у яких розвинувся психічний розлад, розділились таким чином: 37 % тривожні розлади, 19 % посттравматичні стресові розлади, 17 % депресія та 15 % залежність.

1-й тиждень: приблизно 90% симптомів гострої стресової реакції, 4-й тиждень: приблизно 62% симптоми ПТСР, 2-й місяць: приблизно 50% ПТСР, 4-й місяць: приблизно 45% ПТСР, 6-й місяць: приблизно 40 % ПТСР, 8-й місяць: приблизно 40% ПТСР.

Тож хороша новина полягає в тому, що нам не потрібно лікувати всіх, хто пережив потенційно травматичну подію, погана новина полягає в тому, що нам потрібно з'ясувати, хто і чому знаходиться в групі ризику посттравматичних розладів, пов'язаних із травмою. Це стосується не лише посттравматичного стресового розладу, а й коморбідних захворювань, таких як тривожні розлади, депресивні реакції та розлади адаптації, а також розвиток залежності. Про наявність коморбідних захворювань одностайно повідомляють знову і знову (Snyder, 2000, Maerker, 2009, Kessler and Üstun (2011), Maslovaric et al. (2013), Brewin et al. (2010).

У метааналізі, проведеному в рамках так званого проекту OPSIC стосовно довгострокових наслідків великих катастроф, було встановлено такі основні результати: «Найбільш переконливі результати ґрунтуються на стані психічного здоров'я постраждалого населення. Вони показують, що постраждалі громади характеризуються гіршим психічним

здоров'ям у порівнянні з громадами, які не постраждали, або у порівнянні із станом до катастрофи. Ці наслідки катастроф зберігаються протягом тривалого періоду. Навіть у найдовший період часу (в середньому 15 років після катастрофи) близько 16% постраждалого дорослого населення страждали від посттравматичного стресового розладу, а 13% мали діагноз депресії». ((Ajdukovic & Bakic, 2015, с. 19).

Ці два діагнози неодноразово згадуються в унісон в інших дослідженнях як найбільш поширені. Автори порівнюють наведені результати цього мета-аналізу із показниками превалентності від ВВОЗ, які (загалом) майже на 10% нижчі, і таким чином описують наслідки впливу великих катастроф на постраждалих як драматичні. Більше того, вони висувають гіпотезу, що такі переживання, окрім емоційних проблем і порушень соціального функціонування, також впливають на загальну якість життя та працездатність, наприклад, що стосується прогулів. Особливу небезпеку в цьому відношенні вони вбачають для рятувальників. Тут ми маємо справу не з клінічними, а з епідеміологічними індикаторами, які можуть стати основою для планування кризового менеджменту та превентивної роботи: «Більше того, здоров'я та стійкість населення можна розглядати як результат функціонування систем менеджменту катастрофами – якщо ці системи ефективно захищають життя, зменшують травми, мінімізують шкоду комунальним підприємствам та підключають членів громади до надання необхідних послуг, населення залишається здоровим». (Ajdukovic & Bakic, 2015, S. 20).

Поряд з очевидною необхідністю мати у розпорядженні рекомендації стосовно терапевтичної інтервенції (див. NICE та ВООЗ), якщо є на це показання, виникає також запитання, чи існують предиктори або фактори ризику, а також якими вони можуть бути.

Фактори ризику посттравматичного розладу

Факторами ризику, пов'язаними з подією, є наступне: тяжкість потенційно травмуючої події (зокрема: насильство; смерть, спричинена людьми; особисті стосунки з кривдником; тяжкість та інтенсивність безпосереднього сприйняття органами чуття; особисті стосунки з жертвою у ролі свідка; вік жертви, тому що ризик зростає, якщо постраждали діти; тривалість небезпеки для життя та здоров'я; ступінь пережитої безпорадності та сильні сенсорні враження).

Фактори ризику, що впливають на постраждалого: вік потерпілого (чим молодший, тим більший ризик) і предиспозиція. Ризик також підвищується, якщо відповідна особа вже у **передісторії** мала психічні захворювання або вже в минулому зазнала **травматизації**.

Фактори ризику є у прояві реакцій на травму. Вони стосуються, з одного боку, перитравматичної ситуації, з другого боку – реакцій після події, як тілесних, так і соціальних.

Під час травматичної ситуації відносно часто виникає **перитравматична дисоціація**, в якій змінюються сенсорні сприйняття. Сприйняття часу може сповільнюватися або прискорюватися, сприйняття слуху зменшуватися або посилюватися, а сприйняття зору може йти в напрямку тунельного зору або більше деталей. На даний час вважається спірним питання, чи насправді перитравматична дисоціація підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, оскільки, з одного боку, перитравматична дисоціація і гостра стресова реакція трапляються надзвичайно часто, від чого більшість постраждалих потім одужує, але, з іншого боку, ПТСР може розвинути пізніше, навіть якщо симптоми не проявляються відразу. (Elan Shapiro 2009).

Почастішання пульсу під час травматичної ситуації є нормою. Однак, якщо після цього пульс не нормалізується, а залишається вище **90/хв** протягом 2 тижнів, ризик зростає. Підвищене збудження: це ознака симпатикотонічної стресової реакції, в якій перебував або перебуває організм. Гіперзбудження є одним із основних симптомів посттравматичного стресового розладу. Наведемо аргумент до визначення травми Fischer / Riedesser (Fischer, Riedesser, 2002, ст.98): ступінь переживань вітальної невідповідності настільки високий, що екстремальний стрес як реакція боротьби-втечі «застряє у тілі».

Останні два згадані пункти є дуже чіткими клінічними факторами ризику, які підлягають обстеженню. Їх можна також пояснити з точки зору психотравматології.

Слід зазначити, що ризик зростає, якщо у **вulnerableній (вразливій) фазі** після травматичної події виникають **нові травматизації**.

У будь-якому випадку, мета терапевтичного втручання полягає в тому, щоб «донести до мозку, що травматична подія закінчилася», і що її можна нарративно класифікувати в біографії як подію минулого. Саме для цього дуже добре застосовувати модель AIP та EMDR із різноманітними добре продуманими, клінічно апробованими протоколами та конкретними процедурами - при показаннях, які кожного разу ґрунтовно з'ясовуються.

Фактори стресостійкості

Ризик є **нижчим у людей**, які мають такі характеристики: навички вирішення проблем, хороша самоефективність, впевненість у собі, хороша самооцінка, впевнена поведінка

прив'язаності та наявність прив'язаності, соціальна компетентність, оптимістична життєва позиція та креативність. Чим більше людина здатна мислити і діяти в травматичній ситуації, тим нижчим є ризик розвитку посттравматичного розладу.

У випадку травматизації у **професійному середовищі** опорою слугують хороша соціальна підтримка, позитивна управлінська поведінка з боку начальства, відповідна професійна підготовка та впровадження ритуалів (Fullerton et al. 1992).

Загальні фактори підтримки

Згідно з Hobfoll (2007) підтримуючу дію мають загалом наступні фактори: передача відчуття безпеки, заспокоєння (заспокоюється надміру активізована дефензивна система), активізація відчуття власної та колективної ефективності, відчуття взаємозв'язку (активізується система прив'язаності) та пробудження надії (орієнтація на майбутнє) .

Перша психологічна допомога (рекомендація ВООЗ)

Якщо стресові фактори не зникають, шукайте підходи, орієнтовані на рішення, і таким чином протидійте небезпеці виникнення подальшого стресу.

Необхідно навчати техніці управління стресом, такої як техніка дихання та прогресивне розслаблення м'язів, що протидіє надмірному збудженню

Навчання короткочасних інтервенцій, таких як вправа 5-4-3-2-1 (когнітивно-емоційне дистанціювання) або «техніка натискання десяти пальців» як фізіологічне заспокоєння (Lasogga, Münker-Kramer, 2009).

Необхідно питати про сильні сторони та використовувати їх, розпитувати про ресурсні стосунки та заохочувати до них, щоб протидіяти почуттю безпорадності та самотності.

Підтримуйте соціальні та рекреаційні заходи, щоб протидіяти ризику соціального відсторонення.

Загалом, протягом останніх років було розроблено багато концепцій про те, коли доцільно надавати допомогу та підтримку при виражених симптомах стресу внаслідок гострих травматичних подій, у тому числі перед терапевтичним втручанням, щоб пом'якшити перші фактори ризику та підвищити відчуття самоефективності. Ці зусилля знайшли відображення у спеціальній літературі та в роботах експертів – деякі приклади в німецькомовних країнах: Psychische Erste Hilfe (Lasogga, Gasch, 2002), Psychosoziale

Notfallhilfe (Lasogga, Münker-Kramer, 2009), Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung (Hausmann, 2004), Trauma und frühe Interventionen (Krüsmann & Müller-Cyran, 2005). Широкий підбір конкретних порад щодо надання першої психологічної допомоги можна знайти у згаданих книгах.

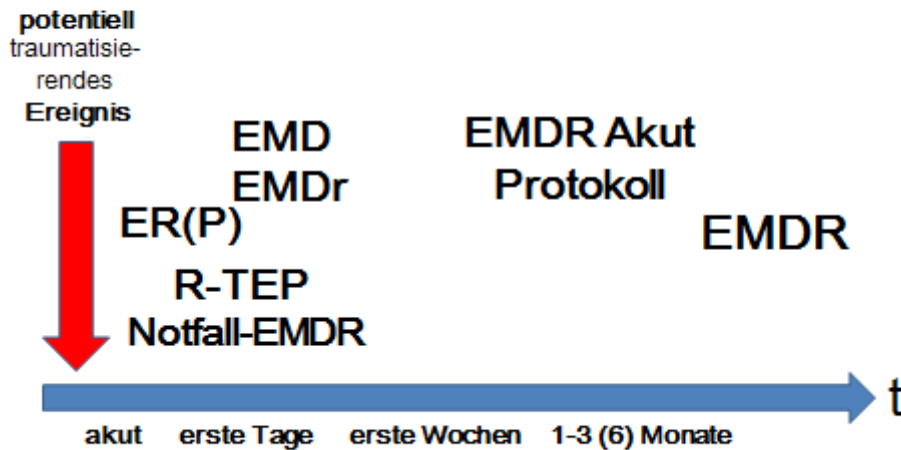
Доцільними є заходи систематичної психологічної допомоги для рятувальників, які можна цілеспрямовано поєднувати з невідкладними та стандартними протоколами EMDR для тих, хто постраждав (Münker-Kramer, 2014).

Показання до терапевтичних інтервенцій

Показання до інтервенцій залежать від періоду часу (як давно відбулася травматична подія?), від ступеня симптомів (чи працездатність під загрозою, чи вона вже відсутня, чи значно обмежена функціональність), від рівня страждань, наявності тривалих інтрузій і їх інтенсивності (Kutz 2008), від готовності постраждалих прийняти першу психологічну допомогу та/або «цілющу терапію».

Запропоновані протоколи EMDR для нещодавніх травматичних подій стосуються різних моментів терапевтичного втручання, різних сетінгів, цілей і терапевтичних можливостей. Стосовно цього представлено невідкладний протокол F. Shapiro., оскільки він найбільш придатний у наших амбулаторних та стаціонарних умовах. Адже більшість наших колег не перебувають безпосередньо на місці надзвичайної ситуації чи в пункті надання допомоги, а працюють із постраждалими у кабінетах.

Wann welches Protokoll / Ablaufschema



Протокол EMDR гострої стресової реакції (F. Shapiro)

У німецькомовних країнах ми інтегруємо протокол гострої стресової реакції у стандартний протокол EMDR і використовуємо його для травматичної події в недалекому минулому, щоб потім у подальшому процесі терапії пропрацювати тригери, які виникають у сьогоденні, а також страхи стосовно майбутнього. Цей рутинний підхід, який враховує також і перспективу майбутнього у руслі роботи над страхами, у німецькомовних країнах застосовується традиційно задля «запобігання рецидиву». Про цю процедуру мова йде у публікації Luber (2014), у якій також детально описується Протокол нещодавніх подій F. Shapiro (Recent Event Protocol).

При плануванні терапії важливо враховувати особливий характер ситуації. Якщо ми починаємо психотерапевтичне або невідкладне психологічне лікування невдовзі після травматичної події, то ми робимо це під час розвитку хвороби або під час самоцілення. Ми бачимо клієнта переважно в амбулаторії приватної практики чи інституту, рідше як стаціонарного хворого в психіатричній чи психосоматичній клініці. Клієнти приходять через психічне нездужання і сподіваються, що ми зможемо їм допомогти. Запит на терапію більше схожий на «запит на ремонт» або прохання про відновлення сил після зрозумілої слабкості, і менше схожий на бажання отримати психотерапію у сенсі лікування.

Для людей, які страждають від гострої травматизації (перші 3 місяці), ми також використовуємо 8 фаз процедури EMDR, але з іншими акцентами.

Фаза 1:

Ми даємо можливість постраждалим розповісти, що з ними сталося, і звертаємо увагу на їхні емоційні та фізичні реакції. Це включає запитання:

- Що саме сталося?
- Якими були переживання?
- Чи були тілесні ушкодження, якщо так, то як вони загоїлися?
- Якщо все ще є фізичні скарги, чи можна їх пояснити медичним шляхом чи ні?
- Які скарги виникли після цієї події та яким є їх перебіг (зростання чи зменшення)? При цьому слід запитати про симптоми посттравматичного стресового стресу.
- Скільки часу минуло після події? Чи були після цього ще якісь стресові ситуації?
- Чи була підтримка (професійна, соціальна, приватна) і чи була вона достатньою?
- Що змінилося після події (унікнення)?
- Чи збереглася працездатність, так чи ні?
- У разі виробничої травми уточнити, чи повідомлено про нещасний випадок у відповідну професійну спілку.
- Чи призвела подія або її наслідки до особливих конфліктів (професійні - проблеми з роботодавцем, фінансування - проблеми з медичною страховою компанією або професійною спілкою, соціально-правові суперечки із протилежною стороною, страховою компанією або винуватцем)?

Після цього ми коротко пояснюємо, що таке психологічна травма, як можуть виглядати наслідки (психоедукація), скільки часу зазвичай може пройти, перш ніж людина «спонтанно» опрацює травму (приблизно 3-6 місяців) і як може виглядати травмаспецифічна терапія. Якщо після цієї розмови стає зрозуміло, що терапія у даному випадку є доцільною і бажаною, тоді відбувається домовленість про подальші сесії.

На 2-й сесії збираються дані біографії (коротко). Це допомагає зрозуміти, що сформувало цю людину, включаючи її світогляд та бачення себе. Тут також йдеться про те, щоб отримати якомога більше підказок, чи дійсно ця особа (навіть якщо вона звертається з цієї гострої причини) є жертвою «лише» цієї окремої події у сенсі «травматизації I типу», чи є інші стресові переживання або попередні травми. Якщо такі є, важливо запитати, чи були якісь симптоми та як вони розвинулися з часом чи повністю зникли. Крім того ставляться запитання про історію хвороби, прийом ліків та про вживання алкоголю (фізичні та психічні

захворювання). Для визначення тяжкості та ступеня психічного стресу може бути використане психологічне тестування.

Фаза 2:

Для людей, у яких нещодавно була травматична подія, ми використовуємо **лише незначну кількість технік стабілізації**, оскільки опрацювання стресової ситуації є найшвидшим способом стабілізації. Крім того, для тих людей, які, в основному, «добре стоять», вже лише сама психоедукація зазвичай має дивовижний ефект з точки зору відновлення і припинення руйнування власного образу: наприклад, ті, хто постраждав від «повені століття» у 2002 р. в Австрії у катанезі через кілька місяців повідомляли: «Найважливішим було те, що ми зрозуміли, що відбувається з нами та в середині нас, що ми перестали вважати себе божевільними і навіженими».

На додаток до цього ефекту від конструктивних і когнітивних пояснень, постраждалих можна ознайомити із техніками самозаспокоєння, таких як «безпечне місце» або «місце хорошого самопочуття», а також із техніками дихання та розслаблення, таких як розслаблення м'язів за Jacobson, а на випадок інтрузій – освоїти вправу «сейф», а також для екстерналізації - вправу на 5-4-3 2-1.

Необхідно пояснювати «необізнаним у психотерапії» людям, для чого це робиться і як допомагає. Багато хто з них, особливо рятувальники або представники дуже практичних професій, бувають спантеличені «психо-вправами». Але коли вони починають розуміти підстави, до того ж, коли їм вдається відчувати дію на собі, ставлення міняється на краще.

Згодом ми ще раз пояснюємо метод EMDR з його дією та можливими побічними ефектами, демонструємо способи стимуляції (з допомогою рухів очима, дотику чи пристрою). При цьому, перші сесії використовуються для побудови **стійких стосунків (робочих/терапевтичних)**.

На кожній сесії (зазвичай з інтервалом у тиждень) необхідно запитувати про розвиток симптомів і перевіряти їх перебіг (чи настає покращення, чи є погіршення). Якщо покращення немає або воно несуттєве і спостерігається значний стрес при достатній стабільності, доречно переходити до конфронтації за допомогою EMDR.

Якщо психічна або фізична стійкість явно обмежена, можна зробити проміжні кроки, коли спочатку активуються ресурси (наприклад, «позиція сили» - «Position of Power») або послаблюються афекти за допомогою CIPOS (розділ про апробовані техніки в методі EMDR).

До цього місця підхід є повністю креативним та індивідуальним з огляду на пацієнта, а вже починаючи з фази 3 і далі, як і в інших процедурах EMDR, для пацієнта буде найкраще, якщо дотримуватись апробованої процедури.

Фаза 3 за протоколом гострої стресової реакції

Під час розповіді про подію, ми звертаємо увагу на те, де є пікові стресові навантаження. Часто їх буває декілька, що характерно для фрагментованого запам'ятовування («гарячі точки» - «hot spots», як їх називає Shapiro. (Shapiro, 2012, Luber, 2014)). «Наче кожна частина мала своє окреме існування» (Luber 2014, ст. 171).

Після цього запитуємо, який момент зараз є найгіршим. На основі цього формулюється негативна і позитивна думка (когніція), визначається VoC, почуття, SUD і відчуття в тілі.

Фаза 4 за протоколом гострої стресової реакції

Ми просимо клієнта увійти у контакт із **найгіршим моментом, негативною когніцією і відчуттям у тілі**, а тоді починаємо швидко білатеральну стимуляцію.

Коли перший канал закінчився, просимо клієнта повернутися до найгіршого моменту, питаємо, як тепер, і знову стимулюємо. Ми повторюємо це до тих пір, поки найгірший момент не буде повністю інтегровано і стрес не впаде до нуля або до адекватно низького показника.

Якщо ми дійшли до цієї точки процесу, і з огляду на час стає очевидним, що повне опрацювання другого найгіршого моменту (фази 3-5) у цій сесії не реальне, потрібно провести закріплення. На наступній сесії опрацьовується за всіма правилами наступний піковий стрес. Однак, якщо є достатньо часу, ми пропонуємо клієнту повторно увявити собі травматичну подію, бажано як у фільмі, і перевірити, чи немає більше пікових стресів. Якщо проявляються **подальші пікові стреси**, їх необхідно опрацьовувати **у хронологічному порядку**. Мета полягає в тому, щоб клієнт міг увявити собі всю подію, не переживаючи при цьому стресів. Ми це перевіряємо, неодноразово пропонуємо клієнту повернутись до вузла і увявити всю подію як фільм, при цьому повідомляючи нам, чи є якісь стреси.

Фаза 5

На завершення ми ще раз проводимо закріплення, якщо увесь «фільм» вдається проглянути без неприйняттого стресового напруження. Потім перевіряється позитивна когніція. Та позитивна когніція, яка найбільш влучна і відповідає всьому «фільму», поєднується із залишками спогадів про подію, тоді вимірюється VoC і ставиться запитання,

де це відчутно в тілі. Закріплення знову проводиться за допомогою повільної білатеральної стимуляції до того часу, поки не перестане зростати VoC.

Фаза 6

Тест тіла проводиться як звично.

Фаза 7

Заключне обговорення також відбувається як звично (див. розділ: вісім етапів процедури EMDR). Часткове опрацювання також є нормою в протоколі гострої реакції на стрес, це означає, що зазвичай неможливо вийти на нуль за одну сесію.

Фаза 8

Запитуємо, як пройшов час з попередньої сесії, перевіряємо симптоми, запитуємо про нові стреси. Важливо пам'ятати, що тут мова йде про розвиток у крихкій фазі, коли може наступити покращення або погіршення, тому що подія відбувалась зовсім недавно, а отже, можуть виникати наслідки або тригери. Відповіді допомагають нам приймати рішення про те, як діяти: чи знову опрацювати нещодавню подію з найгіршим моментом, з іншим стресовим піком, а можливо, працювати з тригерами чи з перспективою на майбутнє.

Перспектива сьогодення: робота з тригерами

Коли травматична подія повністю опрацювана, ми перевіряємо, які є симптоми у **сьогоденні**: чи є ще тригери, які викликають скарги? А як щодо уникнення? Або інтрузій чи кошмарів? Чи симптоми повністю зникли, чи вони все ще існують повністю або частково? Тригери або ситуації уникнення, які все ще існують, є відправними точками для подальших **сесій EMDR**. Іноді вдається підсумувати тригери за одну сесію (наприклад, колір, одяг тощо). Коли ми працюємо над уникненням, важливо потім перевірити, чи справді вдалося відмовитися від уникнення після опрацювання. Тут після опрацювання може відігравати роль домашнє завдання для перевірки результатів.

Проекція на майбутнє

Ближче до кінця терапії ми перевіряємо, чи є ще страхи щодо майбутнього, пов'язані з пережитою травматичною подією. Якщо це так, то тепер слід використовувати **протокол для передбачуваних ситуацій** (розділ Стандартний протокол) Тут важливо вибрати правильне уявлення про майбутнє. Якщо малоймовірно, щоб постраждала особа знову зазнала щось подібного в майбутньому, тоді слід зосередитись на більш вірогідному уявленні, яке все ще викликає занепокоєння: наприклад, після автомобільної аварії ми не просимо уявляти, що трапляється нова ДТП, а зосереджуємось на схожій ситуації

(наприклад, інша машина швидко проїжджає справа/ліворуч, у дзеркалі заднього виду є вантажівка тощо) і запитуємо, які фантазії це викликає. Або, наприклад, після зґвалтування ми зосереджуємось на тому, щоб уявити ситуацію в ліфті із незнайомим чоловіком або ситуацію, коли чути кроки позаду. Таким чином, увага більше зосереджена на потенційно небезпечній ситуації, яка має схожість із пережитим і спочатку викликає фантазії про катастрофу. Під час опрацювання слід знайти можливі рішення. Однак, якщо ймовірність повторення пережитих подій є високою, можна це також поставити у фокус уваги (наприклад, пограбування банку). У проєкції на майбутнє SUD зазвичай не опускається до нуля, але по можливості має бути нижче 3. Це ще раз перевіряється через білатеральну стимуляцію.

Якщо страхів більше немає, то можна використовувати **форму позитивної проєкції на майбутнє**.

Приклад позитивного проєкції на майбутнє

У ході терапії машиніста, який пережив дуже драматичне самогубство дівчини-підлітка на станції вокзалу і страждав від масивних посттравматичних симптомів, було створено приклад зворушливої проєкції на майбутнє. За допомогою стандартного протоколу вже було опрацьовано тригери тут і тепер (він знову проїжджає через цю станцію).

Тому було доречним проектувати майбутнє не в сенсі «Ви знову проїжджаєте через станцію, які переживання при цьому виникають?», а в сенсі «Як щодо ідеї, що Ви згадуєте свою позитивну когніцію: «Я зможу належним чином залишити це позаду?»

Маршрут, де стався інцидент, є звичайним маршрутом, яким він їздить кілька разів на місяць. Позитивна проєкція на майбутнє полягає в тому, що він уявляє собі всю подорож як фільм «без тригерів»: від посадки - до проїзду через станцію, де це сталося - до виходу з поїзда на кінцевій станції у Відні, включаючи вхід у службову кімнату та запитання інших: «Як справи? Якісь особливі випадки?», на що він із спокійною усмішкою відповідає: «Ні, нічого. Все гаразд».

У 3 місцях стреси, які знімаються 2-3 сетами швидкої білатеральної стимуляції.

Позитивна думка, яка була закріплена у «фільмі» про майбутнє - це насправді «стара» позитивна думка з нашої роботи над минулою подією: «Я зможу належним чином залишити це позаду». Формулювання «належним чином» є важливим для нього і

стосується усвідомлення того, що він чуйна людина, але не «Wappler» (австрійською «слабак»), якщо цей досвід так сильно вдарив по ньому. Отже слова «належним чином» в ПД виражають той факт, що у своїй роботі можна бути чуйним, поки це не вибиває із колії, як це трапилось із ним у короткостроковий період часу. Крім того він сказав, що іноді, де б вона не була, він просто посміхається їй, проходячи цією станцією, і каже: «Я приймаю те, що ти зробила, і це не залежить від мене!» Він відчуває зараз у собі мир, нема більше ані жаху, ані страху чи провини, а також нестерпних фізичних симптомів та картин, які були у нього раніше.

Проекцію на майбутнє можна трактувати таким чином, що це «робота над новим занепокоєнням у сенсі профілактики» або «закріплення позитивного уявлення у сенсі стратегії подолання».

Деякі протоколи гострої стресової реакції містять проєкції на майбутнє, такі як «Шаблони майбутнього»: «Уявлення ефективного подолання/або цілі в майбутньому:» (Luber 2014, р. 189).

Elan Shapiro та Brurit Laub працюють у Протоколі нещодавніх травматичних подій (R-TEP) із *страхом у майбутньому* на завершення: «Можуть виникати[...] занепокоєння щодо майбутнього [...]. Ці цілі на майбутнє опрацьовуються так само, як і інші. Це може бути корисним для зміцнення стійкості» (Shapiro E, Laub B, 2014, ст.205).

Завершення терапії

Завершення терапії має відбутися через кілька тижнів (4-10) після останньої сесії EMDR. Це дає нам змогу перевірити, чи дійсно скарги вирішено та чи не виникли нові. На останній сесії можна повторити психологічні тести, щоб ще раз детально перевірити послаблення симптомів. На завершення повідомте клієнту, щоб він звертався, якщо його стан знову погіршиться або якщо він зазнає іншої травматичної події.

EMDR у невідкладних випадках за А. Hofmann

Іноді ми (Rost C, Hofmann A. 2014, с. 139) уже з першого контакту бачимо людей, які страждають від тривалих інтрузій після нещодавніх потенційно травмуючих подій. Перед їхніми очима можуть постійно з'являтися картини події або інші сенсорні враження, від чого їм не вдається відмежуватися. Це являє собою високу форму дистресу. Якщо людина повідомляє про це, необхідно спочатку спробувати, чи допоможе техніка дистанціювання перервати інтрузії. Якщо це не спрацює, варто спробувати терапію EMDR після відповідного роз'яснення про симптоми та EMDR.

При цьому клієнт фокусується на інтрузії, ми запитуємо про рівень SUD, а потім починаємо швидку двосторонню стимуляцію. Після кожного сету запитуємо, як тепер. Якщо симптоми послаблюються, ми продовжуємо білатеральну стимуляцію, поки вони не зникнуть повністю і не настане розслаблення. SUD перевіряється вкінці.

У екстреному EMDR ми не проводимо оцінювання (фаза 3), ми фокусуємось лише на симптомі та проходимо один канал, не повертаючись до вузла. Ніякого закріплення чи тілесного тесту не проводиться, лише в кінці фаза 7 як завершення (повідомити про можливість процесуалізації після сесії) і, звичайно, на наступну сесію для перевірки проводиться фаза 8, щоб спланувати подальшу терапію.

Щодо цього два коротких приклади:

Клієнтка, яка вже була у мене (CR)на терапії через посттравматичний стресовий розлад, знову прийшла на терапію через два дні після нещасного випадку. Вона сиділа поряд, коли її партнер за кермом наїхав на мотоцикліста, який після зіткнення з обмежувальним стовпом впав під їхній автомобіль. Вони не могли його оминати і переїхали. До приїзду поліції та швидкої обоє надавали мотоциклісту допомогу, але від отриманих травм він помер на місці ДТП. Моя клієнтка розповіла на терапевтичній сесії, що вона не може позбутися відчуття, коли автомобіль наїжджає на тіло. Оскільки вона вже працювала з EMDR, я міг їй коротко пояснити, як ми можемо використати EMDR в цьому випадку. Після того, як вона дала згоду, я зосередив її на згаданому відчутті, а потім провів швидку білатеральну стимуляцію. Симптоми швидко послабились, а потім повністю зникли. На наступній сесії клієнтка повідомила, що симптому більше нема. Ми могли продовжувати терапію, і нещасний випадок більше не відігравав при цьому будь-якої ролі.

Співробітниця банку прийшла до мене (CR) після того, як була свідком пограбування під час роботи. Їй погрожували пістолетом, який потім довго в її уяві стояв перед очима. Застосування уявного дистанціювання не принесло полегшення. Тоді я розповів про EMDR. Вона погодилася спробувати. Я зосередив її на картинці спогаду і почав швидку білатеральну стимуляцію. Картинка швидко втрачала чіткість, а потім зовсім зникла. На наступній сесії клієнтка повідомила, що час від часу все одно бувають інтрузії від пограбування, але уявного образу пістолета вже немає. Тим не менш, загальний рівень стресу залишався високим. Потім я провів терапію за протоколом гострої стресової реакції EMDR для опрацювання події нападу, тригерних ситуацій та страхів за майбутнє, в якій вдалось подолати наслідки психотравми.

З нашого досвіду, екстрений протокол EMDR зазвичай використовується як одна із інтервенцій у терапії, але зазвичай не як єдина інтервенція.

Процедура реагування на надзвичайні ситуації (Emergency Response Procedure ERP)

Протокол невідкладної допомоги **G. Quinn** має відмінності. Він був розроблений для **жертв тероризму в лікарні швидкої допомоги**, для людей, які не отримали фізичних травм після теракту, але страждають від **масивної гострої стресової реакції**, так що вони просто не здатні говорити і не можуть бути виписані в такому стані.

G. Quinn збирає короткий анамнез (подія, історія хвороби, медикаменти, попередня психотравма, поточні скарги) і пояснює можливість інтервенції за допомогою EMDR. Потім терапевт проводить базову стабілізацію, зосереджує увагу постраждалих на їхньому оточенні в лікарні, запевняючи їх, що терористичний напад закінчився, і вони в безпеці в лікарні. Він не обіцяє безпеки взагалі, а лише безпеку «Тепер», саме після цієї події – ні більше, ні менше – це повідомлення надзвичайно важливе для постраждалих («ви тепер врятовані **від цієї події**»). Жертви цунамі, наприклад, згадували як одну з ключових фраз, яку чули від рятувальників і яка «проникла у їхню свідомість» під час прибуття в «рідний» аеропорт: «Тепер ви в безпеці».

Якщо таким чином вдається зорієнтувати клієнта на теперішність, терапевт просить зосередитися на цьому і починає довгі сесії швидкої білатеральної стимуляції, неодноразово повторюючи, що зараз вони перебувають у лікарні в безпеці (підсилення біфокальної уваги). У паузах терапевт запитує, як тепер. Він робить це до тих пір, поки стрес не нормалізується. Наприкінці проводиться перевірка, чи може клієнт тепер сформулювати розповідь про подію (це підсилює обробку). Якщо при цьому знову проявляється значний дистрес, Quinn пропонує подальшу терапію EMD.

Для цього протоколу ERP проводяться лише короткі фази 1 і 2 з переорієнтацією на теперішність, а потім безпосередньо починається процесуалізація стану. Тут також проходять лише один канал. Наприкінці робиться спроба сформулювати наратив для травматичної події. Якщо вдається, це сприймається як ознака підвищення шансів спонтанної обробки. Якщо при цьому виникають додаткові проблеми, це сприймається як ознака підвищеного ризику виникнення посттравматичного розладу і пропонується подальша терапія.

Протокол EMD F. Shapiro

Коли F. Shapiro розробила **EMD** у 1989 році, уявлення про те, що двостороння стимуляція призведе до **десенсибілізації дисфункціонально збереженої травматичної пам'яті**, було першорядним. За протоколом EMD відбувалось часте повернення до вузла і вимірювання SUD. Із набуттям більшого досвіду у використанні методу став очевидним аспект асоціативної обробки (репроцесуалізації). В результаті цього F. Shapiro змінила протокол, надавши підтримку асоціативному процесу через вказівку «слідувати за процесом». Завдяки цьому виникали канали, повернення до вузла тепер відбувалося лише в тому випадку, коли більше не можна було ініціювати зміни під час стимуляції, а вимірювання SUD було скорочено до кінця фази 4, коли вузол під час стимуляції не зазнає змін.

У 2004 році F. Shapiro знову ввела початкову форму EMD для допомоги солдатам відразу після травматичної події. У такій ситуації вона запропонувала свідомо використовувати обмеження методу EMD як форму десенсибілізації. Часте повернення до вихідної картини (вузла) порушує асоціації та дозволяє обробляти лише цю одну подію. Крім того, часте вимірювання SUD сприяє дистанціюванню від події, оскільки оцінка може бути проведена лише на емоційній відстані, тож репроцесуалізація, тобто асоціативна обробка, таким чином багаторазово переривається.

Фази 1 і 2 проводяться дуже коротко. **Фаза 3** проходить за відомою схемою. Особливістю є те, що під час гострої стресової реакції позитивну думку не завжди вдається сформулювати. Якщо це так, то терапевт сам може запропонувати позитивну думку. Якщо клієнт приймає запропоновану ПД, вимірюється VoC. Якщо клієнт відхиляє, тоді позитивна думка і VoC опускаються.

У **фазі 4** фокус зосереджується на найгіршому моменті, негативній думці і відчуттях у тілі, тоді виконується довгий сет білатеральної стимуляції приблизно 45 секунд. Після цього - питання «як тепер». Проте га даний час цієї зміни не дотримуються, а просять клієнта знову подумати, як було напочатку і запитують, чи залишається ще все так само, чи наступило погіршення або покращення, а тоді вимірюється SUD. Ця процедура повторюється до тих пір, поки SUD не стане нульовим або адекватно низьким (до 3).

Після цього проводиться **фаза 5** - закріплення. Якщо на початку не вдалося сформулювати позитивну думку, то це роблять тепер.

Тілесний тест не проводиться. Зате відбувається завершальне обговорення. Якщо ще наявні залишки стресу, їх слід дистанціювати. Як завжди, потрібно попередити про можливість постпроцесуалізації після сесії. Іноді буває так, що для повного опрацювання

події знадобиться декілька сесій. Ці сесії можна проводити також декілька днів поспіль. За допомогою EMD у такому застосунку обробляється лише подія, а не тригери/симптоми в теперішньому часі, і не проводиться проєкція на майбутнє.

Модифікований EMDR для однієї сесії від Kutz

Так званий **Single Session Modified EMDR – Kutz, I. EMDr**, - це дуже скорочений протокол, застосовується для допомоги особам із гострою травматизацією в лікарнях загального профілю, для допомоги жертвам дорожньо-транспортних пригод, терактів та інших травматичних подій.

Основною метою є полегшення при високому тиску страждання і відчутті яскраво виражених симптомів гострої стресової реакції (інтрузії, гіперзбудження та тривожність, кружляння думок...). Також і тут наголошується, що важливо не підривати спонтанне зцілення, але разом із тим пам'ятати про превентивний характер терапії.

У фазі 4 допускається незначний асоціативний процес, якщо нові аспекти є частиною нещодавньої події. Але якщо виникають асоціації з попередніх подій, ці мости афекту потрібно розривати, повертаючись до вузла і запитуючи, яким є сприйняття зараз: без змін, інтенсивніше чи більш віддалено. Також вимірюється SUD. В усьому іншому процедура така ж, як і для EMD - отже, EMDr знаходиться між EMD і EMDR з точки зору логіки та хронологічної класифікації. Терапевт вирішує, чи вважає він асоціативну зміну корисною для обробки чи небезпечною у сенсі перевантаження (принаймні на даний момент). Стосовно часу, цей протокол близький до раннього застосування EMD в перші кілька днів, а також до використання приблизно з 4-го тижня протоколу EMDR для гострої стресової реакції.

У публікації Kutz et al. (2008) говориться про дослідження, в якому 86 жертв терору пройшли одну сесію EMDr: 50% цих постраждалих із SUD 0-2 в кінці сесії відчували швидке покращення після цього, 27% при SUD 3-5 повідомили про значне покращення, 23% із SUD 8 не відчували покращення. Ті особи, що не мали факторів ризику, реагували краще, ніж учасники з факторами ризику. Також повідомлялось, що для так званих «швидких респондентів» було достатньо приблизно 1-3 сеті, відповідно весь сеанс тривав 30-40 хвилин, а для людей із повільнішим процесом (6-8 сетів) це тривало 60 хвилин. Ця оцінка, безсумнівно, актуальна в умовах повсякденного клінічного сетінгу.

Протокол нещодавнього травматичного епізоду (R-TEP) Elan Shapiro та Brurit Laub

Протокол нещодавнього травматичного епізоду (R-TEP) розроблено Elan Shapiro та Brurit Laub (2208, 2014) і використовується для жертв терористичних нападів у перші кілька днів і тижнів після події. Тут період від травматичної події і до моменту терапії розглядається як одиниця і позначається як **травматичний епізод**. Необхідно брати до уваги, що у цьому травматичному епізоді є декілька піків стресу, які потрібно опрацьовувати один за одним. Kutz та Laub визначають 2-4 години як період терапії, яку також можна проводити у наступні дні поспіль.

Ви починаєте з короткої **фази 1**, збираєте анамнез і пояснюєте метод. У **фазі 2** навчають основним стабілізаційним вправам, таким як безпечне місце або техніка 4 елементів.

Створення нарративу: Однак коли постраждала особа розповідає про подію вголос, попросіть зробити це так, ніби вона дивиться фільм по телевізору (як спостерігач), одночасно використовуючи швидку стимуляцію. Пояснюється це тим, що активуючи модель AIP вже на цьому етапі, надається підтримка процесу обробки, посилюється дуальне сприйняття, а безпека в актуальному часі стає більш відчутною.

«Пошук Google» (пошукова система): Постраждалих просять переглянути травматичний епізод із закритими очима та звернути увагу на нові аспекти та стреси (точки тривоги). Це здійснюється також під швидкою білатеральною стимуляцією. Якщо з'являються нові аспекти та стреси, тоді постраждалим слід відкрити очі й повідомити про них вголос. Тут вони повинні повідомляти саме про сенсорні відчуття, свої емоції, реакції тіла та аспекти, які для них є стресовими.

«Телескопічна процесуалізація»: Ці нові піки стресу потім знову обробляються за допомогою швидкої білатеральної стимуляції. Для цього використовується **протокол EMD або EMDr**, тобто асоціації, які виходять за межі події, перериваються шляхом повторного фокусування на події. Кожного разу проводиться закріплення із позитивною когніцією. Тільки у тому випадку, якщо ця робота не веде до задовільного зниження стресу, потрібно обговорити, чи має сенс робота за стандартним протоколом EMDR, тому що тоді асоціації та репроцесуалізація можуть бути необхідними для обробки події.

На наступній сесії знову виконується «Google Search» і здійснюється пошук додаткових стресів у травматичному епізоді. Нові піки стресу знову обробляються за допомогою EMD або EMDr. Обробка закінчена, коли травматичний епізод можна сприймати без зайвого

стресу. Наприкінці весь епізод знову перевіряється за допомогою SUD, а потім проводиться закріплення за допомогою позитивної когніції (позитивної думки).

Протокол інтегративної групової терапії (EMDR-IGTP) від Jarero, Artigas, Hartung

Груповий протокол був розроблений для того, щоб мати можливість допомагати більшій групі постраждалих людей, які пережили одну і ту ж подію, а також коли не вистачає персоналу для надання індивідуального догляду. Тут є можливим побічний ефект, який не можна недооцінювати. Полягає він у тому, що «біда може стати чеснотою»: спільна робота підвищує згуртованість групи і, таким чином, стає позитивним фактором. У випадку гомогенних груп завжди слід розглядати цю можливість, щоб активно її використовувати.

Перший приклад – клас початкової школи, який пережив ураган. 1 та 2 фази проводилися для дітей індивідуально, у присутності їхніх батьків. Було проведено перевірку на попередню травматизацію та базальну стабільність, а контакт встановлювався за допомогою ігрових інтервенцій. Конфронтація як така проходила **в групах приблизно по 8 дітей з EMDR-терапевтом та 1-2 помічниками** (вихователями) з тривалістю сесії 50-60 хвилин.

Оскільки терапевт не може проводити стимуляцію для кількох клієнтів одночасно, було розроблено «**обійми метелика**» (Butterfly Hug) : діти стимулювали себе білатерально, поклавши руки навхрест на груди і почергово зліва/справа м'яко постукуючи пальцями по грудях.

І через те, що терапевт не може запитати кожну дитину в групі, що відбувається після сету білатеральної стимуляції, **для документування процесу застосовувалось малювання**. Малювання також дає можливість щось екстерналізувати і допомагає виразити себе, навіть там, де слів все ще не вистачає.

Обидві зміни в протоколі: і самостимуляція, і малювання також допомагають залишатися Тут і Тепер та відчувати себе активним. Для посилення безпеки спочатку малюється безпечне місце, а потім – найгірше враження.

Кожна дитина отримує складений аркуш паперу, утворюючи 4 квадрата. Тому німецькою мовою ми також називаємо цю форму EMDR «технікою чотирьох полів» (див. розділ Dorothee Lansch). Безпечне місце малюється спочатку вгорі ліворуч, потім найгірший момент угорі праворуч. До цього вимірюється SUD і там записується. Після цього кожна дитина самостійно починає стимуляцію. Стимулювати потрібно до тих пір, поки внутрішня

картинка не зміниться, її знову малюють (внизу зліва). Якщо все ще залишається стрес, знову стимулюють – малюють - стимулюють, поки стресове навантаження не зникне.

Безпечне місце	Найгірший момент SUD 1 SUD 2
Зміна - намалювати	Зміна - намалювати

Потім перевіряють SUD, запропонувавши дитині знову подивитися на першу картинку. Якщо напруження все ще залишається, знову це малюють, а тоді стимулюють.

Тільки коли у вузлі більше не залишається стресу, запитують, як має виглядати майбутнє (фаза 5). Це також малюють. Потім запитують, яке слово чи речення асоціюється у дитини з бажаним малюнком і наскільки правильним це відчувається вже тепер за шкалою VoC, після цього показник записується у картинку. У наступному кроці попросіть дитину зосередитися на цьому позитивному образі та позитивній думці, здійснивши повторно стимуляцію. Якщо картинка стає ще кращою, можна намалювати її знову.

Зміна - намалювати	Бажана картинка майбутнього Позитивне слово або речення VoC
--------------------	---

Зміна - намалювати	
--------------------	--

Якщо показник SUD адекватно низький і VoC становить 6-7, тоді проводиться тілесний тест (фаза б), під час якого дітей просять закрити очі і відчутти своє тіло, знову здійснюючи білатеральну стимуляцію .

Наприкінці заняття попросіть дітей знову підключитися до свого безпечного місця.

Якщо хтось з дітей під час сесії виділяється через сильний стрес і недостатню обробку під час процесуалізації, такій дитині пропонується індивідуальна терапія.

Інтегрований груповий протокол на даний момент використовується в різних ситуаціях і з різними віковими групами, включаючи дорослих, він добре зарекомендував себе у терапії груп травмованих осіб. Техніка малювання та самостимуляції також може бути використана в індивідуальній терапії, якщо необхідно збільшити дистанцію від події.

Технічна вставка: протоколи гострої стресової реакції та вимірювання SUD

На завершення, після представлення вищезгаданих варіантів терапії у випадку гострої стресової реакції в контексті EMDR, слід коротко пояснити важливий момент, оскільки в цьому відношенні знову і знову виникає плутанина: передумови та практика вмірювання SUD. Той факт, що SUD постійно запитується в деяких протоколах під час роботи з нещодавніми травмами, є істотною відмінністю від стандартної процедури. У стандартній процедурі ми якраз **не запитуємо** SUD після кожного каналу, не кажучи вже про сети, тому що ми не хочемо порушувати внутрішній процес (який працює...).

На відміну від цього, у процедурі подолання гострої стресової реакції ми хочемо досягти саме того, чого в іншому випадку хотілося б уникнути: постійне переривання внутрішнього процесу та перефокусування служать послабленню стресу та десенсибілізації.

Отже, ось тут ми стикаємось – і це так описують також розробники протоколів гострої стресової реакції теоретично – із принципом дії первісного EMD Shapiro. Відбувається десенсибілізація інтрузивних переживань із поєднанням білатеральної стимуляції, щоб застосувати цю частину механізму дії EMDR. Власне кажучи, мова йде про те, щоб

унеможливити або не допустити жодної репроцесуалізації в прямому сенсі до моменту не консолідованого спогаду.

Деякі автори наголошують на тому аспекті, що за допомогою SUD можна також експліцитно довідатись про «жвавість» спогаду/інтрузії, що стоять у фокусі. Це легко зрозуміти, тому що мова йде в основному саме про обробку інтрузій. У цьому також є відмінність від стандартної процедури EMDR.

Терапія гострої травми, сприяння стійкості та «посттравматичне зростання»

Ми хотіли б завершити нашу главу, присвячену численним на сьогоднішній день можливостям цілеспрямованої терапії різних аспектів гострої травми, думками про «побічний ефект», які слід винести на перший план: йдеться про можливість побачити у важкому досвіді, при всій повазі і визнанні пережитого, також такі аспекти, які можна було б «взяти зі собою» як позитив. Звісно, ніколи не слід говорити про це в сенсі згладжування і применшення! Але з практичного досвіду відомо, що це досить поширене явище, коли під час догляду або терапії - якщо постраждала особа таке відчуває - в певний момент висловлюються більшою або меншою мірою приховані думки в цьому напрямку. Якщо обережно і спокійно їх підхопити, це стає початком обережної розмови в напрямку «посттравматичного зростання». Не варто недооцінювати нашу роль у цьому, тому що часто постраждалі не дозволяють собі думати так, але якщо ми «підтвердимо» це ззовні, це може стати корисним.

Ця думка є одним із аспектів розвитку стійкості після стресових подій.

Іншим аспектом є більш клінічна перспектива, виражена в таких міркуваннях:

Наведемо тут думку Elan Shapiro, який багато років працює в Ізраїлі з людьми з гострими травматизаціями: ймовірно, EMDR може знімати не тільки гострий стрес, але й сприяти розвитку стійкості та слугувати профілактикою: «Навіть за відсутності клінічно значущих симптомів EMDR можна застосовувати для профілактичної ролі: для запобігання накопиченню травматичних спогадів, які сприяють сенсibiliзації пізніших розладів» (Shapiro E, 2012, с. 140).

З цією гіпотезою автор посилається на основні механізми дії, пов'язані з терапією EMDR, такі як дистанціювання, вплив на оперативну пам'ять, зв'язок між двома півкулями мозку,

активація парасимпатичної нервової системи тощо. При цьому Elan Shapiro виступає проти аргументу, що EMDR принципово не потрібний як метод психотерапії до тих пір, поки можна почекати і побачити дію сили самозцілення. Проте, навіть якщо EMDR і має профілактичну дію, не можна при застосуванні EEI (Early EMDR Intervention – раннє втручання EMDR) вдаватись до патологізації - ані практично, ані символічно. Той, хто застосовує таку інтервенцію, повинен усвідомити, що в першу чергу це не лікування, а «щеплення».

Щодо цього наведемо деякі емпіричні спостереження: У «технічній частині» згаданого вище дослідження (Kutz et. al. 2008) це також наголошується. У 86 пацієнтів із симптомами гострого стресу (аварії та вибухи) досліджувався описаний раніше «односеансний модифікований EMDR при гострому стресовому синдромі», внаслідок чого було виявлено наступне:

66 осіб, які пройшли курс терапії, повідомили про значне послаблення симптомів (особливо інтрузивних), у 12 осіб після інтервенції не було значних змін. Серед тих, хто відчув значне полегшення після цієї однієї сесії, більшість не мали суттєвих факторів ризику (наприклад, попередні травматизації або загальна вразливість).

Це означає, що ті, хто раніше був цілком здоровим, відчувають дуже значне полегшення свого стану після однієї інтервенції EMDR. Тому можна далі припустити, що терапія для таких людей є своєрідною вторинною профілактикою — важливим клінічним, щоб не сказати економічним фактором.

Ще одним дуже цікавим результатом пілотного дослідження (Kutz et al.) в Ізраїлі є той факт, що кількість жертв ДТП, які повністю звільнились від стресу, становить 59% (дискриптивно), що є вищим показником, ніж у жертв терористичних актів (40%).

Це повністю відповідає теорії, яка була сформульована Fischer/Riedesser: чим сильнішим є потрясіння світосприйняття внаслідок травматизації, тим гіршими є наслідки і тим більшим є ризик. Kutz та ін. висловлюють це в інтерпретації своїх результатів майже так само: «Відмінність у реакції на напад може бути частково пов'язана з більш жорстким характером травматичного досвіду внаслідок вибуху, який є більш незвичним і може більше потрясти уявлення про безпеку та існування» (Kutz et al., 2008, с. 197).

Якщо враховувати, що в Ізраїлі, на жаль, вибухи стали майже частиною повсякденного життя, але все ще шокують більше, ніж автомобільні аварії, то можна собі лише уявити великий потенціал терапевтичних інтервенцій для стандартного забезпечення у відділеннях невідкладної допомоги або в подальшому клінічному сетінгу.

В окремому дослідженні (Rost et al 2009) про терапію людей із гострою травмою було виявлено подальше послаблення симптомів навіть після закінчення терапії, а також підвищення резистентності. Протягом 4 років 33 клієнти, які пережили травму на роботі та отримали посттравматичні розлади, проходили терапію за допомогою EMDR (протокол гострої стресової реакції, інтегрований у стандартний протокол). Усі 33 отримали значну користь від терапії. У 8 із 33 клієнтів повторна травматизація була протягом 3 місяців після закінчення терапії. 4 із них самостійно прийшли на терапію знову. Інші 4 були виявлені шляхом подальшого опитування. У 3 з них нових скарг не було. Зрештою, у 5 пацієнтів знову виникли симптоми, але вони залишалися нижче початкового рівня і могли бути зняті за допомогою поновлення терапії. У 2 із постраждалих змінився тип травматизації.

Однією з гіпотез такого розвитку може бути те, що успішна терапія після травми може повернути «пориг» скарг до претравматичного стану і перервати кумулятивний ефект, який проявляється при травматизації. Крім того, складається враження, що успішна терапія породжує уявлення про те, як можна реагувати на подібні події (адаптація). Повторно травмовані особи описували це як здатність ясніше сприймати переживання і реагувати гнівом, а не страхом. Проте такої можливості не було, коли мінялася картина травматизації, як це було у випадку 2 постраждалих. У обох знову з'явилися скарги, і довелося проводити терапію.

Успішна терапія EMDR усуває симптоми, з одного боку, а з іншого – дозволяє обробити досвід, завдяки чому виникають концепції про те, як реагувати на подібні ситуації. Це ще раз показує, наскільки важливо використовувати весь стандартний протокол, у якому розглядаються не лише симптоми травматичної події, а й тригери в сьогоденні та страхи подібних переживань у майбутньому. Але це також дає зрозуміти, що EMDR — не чарівна зброя, яка може нейтралізувати будь-які можливі стреси у майбутньому.

На завершення слід згадати практичне значення цих міркувань:

На додаток до позитивної проєкції на майбутнє, Jarero та Artigas навіть інтегрують аспект «посттравматичного зростання» у свій протокол як завершення. Jarero та Artigas (2014, с. 228) запитують: «Чи є якісь нові позитивні знання чи зміни, які ви відчули в результаті цього досвіду»? Звичайно, із подібними питаннями потрібно поводитись адекватно і у спосіб, що відповідає ситуації.

На цих міркуваннях ми хотіли б завершити наші спостереження щодо терапії у випадку реакцій та переживань після нещодавніх травм.

Ajdukovic, Dean, Bakic, Helena (2015): Short research report: Long term effects of disaster, OPSIC, Comprehensive Guideline_Deliverable D2.2, D3.3, D4.3_March 2015, OPSIC-Project

Operationalising Psychosocial Support in Crisis, SEC-2012.4.1-2

Brewin, C.R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., d'Ardenne, P., Ehlers, A. (2010): Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. In: Psychological Medicine, 2010, Cambridge University press, doi:10.1017/S0033291710000206

Fischer G, Riedesser P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt Verlag. München, Basel, 2003

Herman J.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, 2003

Hobfoll SE et al.: Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry 70(4) 2007, 283-315`Jarero Ignacio, Artigas Lucina: The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR PRECI). In: Luber M. ,2014, 217-228

Rost C, Hofmann A: EMDR in der Behandlung Akuttraumatisierter; in EMDR Praxishandbuch zur Behandlung Traumatisierter Menschen (2014) Thieme Verlag

Kessler RC, Somega A, Bromet E et al. Epidemiological Risk Factors for Trauma and PTBS. In Yehuda R, ed. Risk Factors for Posttraumatic Tress Disorder. Washington American Press: 1999, 23-59

Kessler, R. C., & Üstun, T. B. (Eds.). (2011). The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press.

Kutz I, Resnik V., Dekel R.: The Effect of Single-Session Modified EMDR on Acute Stress Symptoms. Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 2, No. 3, 2008, 190-200

Lasogga F., Gasch B.: Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Stumpf & Kossendey, Edeweicht, 2000

Lasogga F., Gasch B.: Notfallpsychologie. Springer, 2. Auflage, 2010

Lasogga F., Münker-Kramer, E.: Psychosoziale Notfallhilfe. Stumpf & Kossendey, Edeweicht, 2009

Luber M: Scripted Protocols for Basic and Special Situations. Springer Publishing, N.Y., 2009

Luber M: Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man made and natural Disasters. Springer Publishing, N.Y., 2014

Maslovaric, G. Zambon, V., Balbo, M., Fernandez, I., Piola, P. (2013): Acute Post-Traumatic Stress Reactions in Children Survivors of a large road traffic accident: Epidemiological Analysis and Eye Movement Desensitization and Reprocessing treatment. In: Journal of Trauma Treatment., 2013, S4, doi.org/10.4172/2167-1222.s4-001

Mitchell, J. & Everly, G.: Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Facultas, Wien, 2002.

Münker-Kramer E: Eustress – Distress – Extremstress/traumatischer Stress - und was dann? Folgestörungen von traumatischen Stress und Behandlungsansätze Psychologie in Österreich, 1, 54-62, 2009

Quinn, G.: Emergency Response Procedure. In.: Luber, 2009, S. 271-278 Shapiro Francine: EMDR - Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 3. Auflage, Paderborn Junfermann (2012)

Rost C, Hofmann A.: EMDR in der Behandlung von akut Traumatisierten in: Hofmann A. EMDR Praxishandbuch zur Behandlung von traumatisierten Menschen. Thieme Verlag 2014, 133-140

Rost C, Hofmann A, Wheeler K: EMDR Treatment of Workplace Trauma: A Case Series. Journal of EMDR Practice and Research Vol. 3, No2 2009, S. 80-90

Rubin, G, Brewin, C, Greenberg, N., Hacker, H., Simpson, J., Wessely, S. (2005): Enduring consequences of terrorism: 7 month follow up survey of reactions to the bombings in London on 7th July 2005. British Journal of Psychiatry, 190, 350-356

Shapiro Elan: EMDR and early psychological intervention following trauma. In: Revue Européenne de psychologie appliquée 62, (2012), S. 241-251

Shapiro Elan, Laub Brurit: The Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP): An Integrative Protocol for Early EMDR Intervention (EEI). In: Luber M. (2014), S. 193-207

Solomon R.: Critical Incident Interventions. Journal of EMDR Practice and Research, 2., S. 160-165 (2008)

van der Kolk Bessel: Trauma and Memory. In: van der Kolk B., McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg.): Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society. S. 279-302, New York, Guilford Press. (1996)

World Health Organisation WHO mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) guidelines and conditions specifically related to stress. Geneva: WHO; 2013

Yehuda, R., McFarlane A., Shalev A., Biol. Psychiatry, 44, 1998

