

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Західноукраїнський національний університет  
Соціально-гуманітарний факультет  
Кафедра психології та соціальної роботи**

**ВОРОНЦОВ Владислав Сергійович**

**Дослідження ефективності та доцільності EMDR при терапії психотравм у  
постраждалих від наслідків війни / Investigation of the EMDR effectiveness  
and feasibility in the treatment of psychological trauma in victims of war**

спеціальність: 053 – Психологія  
освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконав студент  
групи ПС-41  
В.С. Воронцов

---

Науковий керівник:  
к.пс.н.,доц. М.Б. Бригадир

---

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ А.Н. Гірняк

## ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні аспекти дослідження проблематики психотравматизації осіб при проживанні складних обставин .....	6
1.1 Обґрунтування поняття «психотравма» .....	6
1.2 Можливі наслідки психотравматичних подій .....	11
Висновки до першого розділу .....	14
Розділ 2 Теоретико-методологічне обґрунтування дослідження ефективності психотерапевтичних технік і методик, які використовуються при подоланні наслідків психотравми.....	15
2.1 Психотерапевтичні техніки та методики, які використовуються при подоланні наслідків психотравми .....	15
2.2 EMDR – теоретичні та прикладні аспекти методики.....	19
Висновки до другого розділу.....	23
Розділ 3 Експериментальне дослідження ефективності та доцільності використання EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни.....	25
3.1 Процедура експериментального дослідження .....	25
3.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	29
Висновки до третього розділу .....	33
Висновки.....	35
Список використаних джерел.....	38

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Для українців війна стала частиною повсякденного життя. Біль, страждання, вимушена евакуація, переміщення, втрати, насилля, психологічний терор – комплекс негативних ситуацій, які в певній мірі переживає кожен. Такі обставини є травматичними для психіки людини, незалежно від віку, статі. Додатковою проблемою є те, що травми від наслідків війни можуть бути довгостроковими. Тому особливої актуальності набуває питання належної психологічної допомоги для постраждалих.

Психотравми та їх вплив досліджувалися багатьма науковцями та дослідницькими групами з різних дисциплін, таких як психологія, психіатрія, соціологія та інші. Так як наслідки проживання людиною травматичних ситуацій відображаються на її ментальному здоров'ї, якості соціальної взаємодії з оточенням, розумінням себе та своєї самореалізації.

Вплив стресових та травматичних подій досліджувався багатьма науковцями: З. Фройдом, А. Маслоу, Б. Ягером, Р. Шайфером, Б. ван дер Колом та ін. Аналізуючи літературні джерела, знаходимо низку психотерапевтичних практик, які спрямовані на подолання негативних впливів травмуючих ситуацій. До таких належать: когнітивно-поведінкова терапія (підхід спрямований на ідентифікацію та зміну шкідливих думок та поведінкових звичок, що спричиняють стрес та тривогу), експозиційна терапія (передбачає поступове і систематичне відтворення постраждалими подій або ситуацій, які спричиняють стрес, з метою зниження рівня тривоги та покращення адаптації), EMDR (базується на ідеї, що обробка інформації може бути порушена під час стресових подій, що призводить до психотравматичних симптомів), соціальна підтримка та групова терапія (надають можливість поділитися досвідом з іншими, отримати підтримку та розуміння від рівних), інтерперсональна терапія (фокусується на взаємодії між особистістю та її оточенням, а також на розвитку здорових міжособистісних відносин).

Зважаючи на те, що війна триває, то мимоволі всі хто безпосередньо чи опосередковано залучені до неї перебувають у хронічному стресі. За таких обставин важливості набувають психоедукаційні та психопрофілактичні заходи, які б ефективно долали наслідки психотравм та формували у постраждалих навички самопомоги, саме тому ми зосредили свій вибір на методі EMDR.

Метод EMDR був розроблений Ф. Шапіро у кінці 1980-х років. Вона випадково відкрила ефективність швидкого руху очима для зменшення негативних емоційних переживань, які пов'язані з травмуючими спогадами. Метод базується на ідеї, що травматичні події можуть залишити негативний слід в пам'яті, який може бути неправильно оброблений мозком, що веде до розвитку ПТСР та інших психічних розладів.

Хоч існує багато досліджень стосовно доведення ефективності у лікуванні постратматичного розладу, метою нашого пошуку є виявлення ефективності EMDR у осіб, які перебувають в тривалому хронічному стресі, який спричинений війною.

**Об'єкт дослідження:** особи, які постраждали від наслідків війни.

**Предмет дослідження:** техніки EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни

**Мета:** дослідження ефективності та доцільності EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни

**Завдання:**

1. Проаналізувати теоретичні аспекти дослідження проблематики психотравматизації осіб при проживанні складних обставин.
2. Описати особливості психотерапевтичних методик, які використовуються при подоланні наслідків психотравми.
3. Дослідити ефективність використання EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни.

**При написанні роботи були використані:** загальнонаукові теоретичні методи (аналізу наукової літератури, узагальнення методологічних позицій

синтезу порівняння); емпіричні (тестування, методи математичної статистики). Зокрема в експериментальній частині дослідження використані: Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Шкалою PCL-5.

**Практична значимість:** Здійснено аналіз проблематики психотравматизації осіб при проживанні складних обставин, а також психотерапевтичних методик, які використовуються при подоланні наслідків психотравми; визначено ефективність використання EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни. Теоретична та практична частини роботи можуть бути використані для подальших досліджень та стати корисними для студентів, науковців, психологів, психотерапевтів тощо.

**Структура та обсяг роботи:** Дипломна бакалаврська робота складається із вступу, 3 розділи, що включають 6 підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 40 сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСТХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСІБ ПРИ ПРОЖИВАННІ СКЛАДНИХ ОБСТАВИН

## 1.1 Обґрунтування поняття «психотравма»

Про психічну травму та травматизацію людство згадувала ще з доісторичних часів. Проте наукове і методологічне обґрунтування поняття отримало в кінці 19 століття. Першим, ввів термін «психічна травма», німецький професор неврології А. Ейленбург у 1878 році. Він розглядав «психічну травму» як раптову дію сильних, надмірних емоцій, що можуть спричинити молекулярний струс мозку, який він порівнював зі струсом мозку після фізичної травми [27].

Важливо вказати, що увага до психотравми та її наслідків загострювалась із суспільно-історичними процесами, які відбувались у світі. Зокрема, можемо спостерігати вплив 4 основних чинників, які спровокували потребу дослідження наслідків психотравматичних подій: промислова революція, війна та бойові дії, катастрофи, домашнє та сексуальне насильство.

У другій половині 19 століття клініцисти стикалися з пацієнтами, які, поряд із фізичними втратами, виявляли психологічні скарги після нещасних випадків і катастроф. Жертвами були в основному чоловіки з робітничого класу, які працювали на будівництві та фабриках, а також жертви нещасних випадків через швидке зростання застосування поїздів. Через це, у ряді європейських країн запровадили страхування від нещасних випадків, яке передбачало фінансову компенсацію постраждалим. Поєднання соціального, клінічного та правового контекстів у цьому епізоді мало значний вплив на діагностику наслідків цих серйозних подій.

Часто серйозні аварії з багатьма жертвами викликали значне занепокоєння суспільства, особливо у Великій Британії. У 1866 році лікар Еріксен описав «синдром хребта залізничника», який складався з різноманітних

симптомів, включаючи тривогу, тривожні сновидіння, порушення сну, дратівливість, реакцію здивування, проблеми з пам'яттю та численні соматичні симптоми. У той час як Еріхсен вказував на органічне пошкодження соматичних проблем, проте лондонський хірург Пейдж у 1885 році стверджував, що не фізичні травми, а саме переляк, страх і тривога викликають розлад, який він назвав «нервовим шоком». З цього моменту почався важливий зсув у мисленні про наслідки травми [19].

У 1880-х роках паризький професор неврології Ж.-М. Шарко досліджував пацієнтів з істерією. Примітно, що він не пов'язував істеричні симптоми з травматичними подіями у своїх пацієнтів, тоді як він пов'язував їх стан із нещасними випадками на роботі. Ці чоловіки страждали від того, що він назвав «травматичною істерією», яка охоплювала велику різноманітність симптомів: порушення чутливості (анестезія та гіперестезія), розлади зору (подвійне бачення або навіть сліпота). Пацієнти демонстрували неврологічні рухові симптоми, такі як паралічі та спазми. Спостерігались: швидке серцебиття, біль у грудях, запаморочення та розлади мови (заїкання)[20].

Німецький неврологів Г. Оппенгейм працював із психічними скаргами, пов'язаними з роботою і першим сформулював поняття «травматичний невроз» у 1888 році. Він наголошував, що травматичні переживання є «справжньою причиною» розладу. На його думку, масштаби страху під час травматичної події призвели до мікроскопічного пошкодження мозку з симптомами, що розвиваються від часто початкового паралічу до більш тривалої зміни психічних функцій. Г. Оппенгейм розташував цей розлад дещо між істерією та неврастенією, де поряд із тремтінням, паралічами та порушеннями зору були також меланхолійний настрій, страх, дратівливість, серцебиття, тиск на груди та безсоння [22].

До XIX століття зв'язок між травматичним бойовим досвідом і психологічними скаргами рідко визнавався в науковій літературі: якщо у солдата стався психічний зрив, це трактувалося як страждання від таких обставин, як спека, туга за домом, важкі рюкзаки або затискання ременів [23].

Винятком був Пінель, французький лікар і піонер ранньої психіатрії, який приблизно в 1798 році був одним із перших, хто пов'язав психічні симптоми з жахливими переживаннями під час війни та ввів термін «кардіореспіраторний невроз» [23].

Під час Кримської війни (1854–1856) Хендфілд Джонс описав «кримську лихоманку», яка характеризувалася болями в кінцівках, дратівливим серцем, збудженням і виснаженням. Невдовзі після цього, під час Громадянської війни в США (1861–1865), серцеві розлади стали найпомітнішою ознакою серед солдатів. Хвороба отримала назву «солдатське серце» або «синдром подразненого серця» і охоплювала прискорений і слабкий пульс, серцебиття, біль у грудях, задишку та сильну втому. Іншими симптомами були порушення сну з неприємними снами, меланхолія та шлунково-кишкові симптоми [23; 24]. Кілька років потому, під час і після російсько-японської війни (1904–1905), німецький лікар Гонігман у 1907 році, ймовірно, першим ввів термін «Kriegsneurose» («невроз війни») і зобразив подібність між травмованими солдатами та Г. Оппенгейма. травмовані цивільні особи [22].

Приблизно в 1869 році з'являється нове поняття «неврастенія» (описане як ослаблення нервової системи без органічного ураження), яке зайняло домінуюче положення в психіатрії. Це означало важливу зміну в психіатричній нозології, що призвело до механічного погляду на стрес і психопатологію, обмеженого часом. Термін «воєнна неврастенія» став популярним як універсальне позначення незрозумілих симптомів у солдатів без явних фізичних ушкоджень [19].

Під час Першої світової війни (1914–1918) «синдром подразненого серця» залишався широко поширеним разом з іншими поняттями, такими як «воєнна неврастенія» та «травматична істерія». Однак Перша світова війна була перш за все війною «обстрілу», термін, який ввів Майєрс у 1915 р. «Концитовий шок» спочатку розглядався як форма *commotio cerebri*, що є результатом потужних сил стискання, але незабаром він також став пов'язуватися з жахливими враженнями, такими як жахливі краєвиди та страх бути похованим заживо [6].



Солдати, які часто приходили безпосередньо з полів битв і з окопів, описувалися як страждаючі від неврологічних симптомів, таких як тремор і параліч, неврастенічних симптомів і симптомів тривоги. Коли стало зрозуміло, що величезна кількість солдатів страждає від «контулярного шоку» і, отже, звільняється зі служби, влада намагалася обмежити та перешкоджати використанню цього терміну або навіть намагалася його скасувати. Це призвело до нових дивовижних альтернативних діагнозів, таких як «нездоров'я», «невроз пенсійного бажання» та «ще не поставлений діагноз — нервовий стан». І навіть дуже жорстокі методи лікування використовувалися армійськими лікарями, наприклад, болісна електрична терапія як аверсивна терапія, яка змусила чоловіків повернутися на фронт [6; 13].

3. Фройд писав про військовий невроз після війни в 1919 році. Він вважав, що симуляція рідкість, і він спостерігав, як травмовані пацієнти поводитися так, ніби вони знову опинилися в травматичній ситуації. Багато десятиліть після Першої світової війни скарги багатьох травмованих ветеранів продовжувалися, як описав американський психіатр і психоаналітик Кардінер у своїй книзі «Травматичні неврози війни» [6]. Він описав довгострокові симптоми, які пізніше вплинули на визначення розладів, пов'язаних із травмою, у виданнях DSM 1952 та 1980 років [7; 16; 17; 18].

Щоб уникнути нової епідемії «снарядового шоку» після початку Другої світової війни (1939–1945), британська влада знову спробувала заборонити цей термін як превентивний захід. Проте вже на початку війни дискусії про післябойові синдроми почалися. Загальна думка полягала в тому, що лише ті, у кого була конституційна вразливість перед боєм, не відновляться природним шляхом після усунення небезпеки [19; 23]. Ця думка стала проблематичною, оскільки у багатьох солдатів обох сторін війни розвинулися тривалі симптоми, подібні до тих, що були описані під час Першої світової війни: фізичні симптоми, такі як тремор, втома, шлунково-кишкові проблеми, погана пам'ять, а також психологічні симптоми, такі як тривога, кошмари, дратівливість і реакції здивування [23].

Досліджень, проведених безпосередньо під час та після Другої світової війни, мало. Грінкер і Шпігель у 1945 р. визначили тривогу як основний симптом поряд з декількома іншими психічними розладами у солдатів у Північній Африці в 1943 році. Суонк у 1949 р. виділив чотири групи симптомів у вибірці солдатів Другої світової війни: емоційні, когнітивні, фізичні та істеричні. симптоми. Крім того, дослідження довгострокових наслідків бойових дій Другої світової війни є рідкісними. Яскравим винятком є два дослідження ветеранів у 1960-х роках, які повідомляли про багато симптомів, які пізніше були визначені як ПТСР [6].

З початку двадцятого століття було проведено кілька досліджень, пов'язаних із катастрофами. Швейцарський лікар Х. Штірлін у 1911 р. систематично вивчав реакцію тих, хто вижив після катастроф на шахті Кур'єр у 1906 р. і землетрусу в Мессіні у 1908 р. Примітно, що він знову описав дві різні психічні реакції: гостру і тимчасову реакцію, яка зазвичай триває кілька днів із затьмаренням свідомості, дезорієнтацією та афектом страху, та іншу більш тривалу, яка включає втрату енергії, порушення сну та кошмари. Інші важливі дослідження були присвячені жертвам землетрусу 1906 року в Сан-Франциско Джеймсом у 1911 р. і жертвами вибухів кораблів Хеснардом у 1914 р.. Адлер у 1943 р. описав постраждалих через пожежу в нічному клубі Coconut Grove у Бостоні, з різними симптомами, такими як дратівливість, втома, безсоння, страхи та кошмари, ворожість, уникнення та фізичні симптоми[6].

У 1972 році приділяли підвищену увагу дослідженню катастроф. Поряд із раніше описаними «гострою та тимчасовою реакцією» та «реакцією більшої тривалості», згадувався третій вид синдрому після катастрофи - «синдром Баффало-Крік», описаний як «довгострокові зміни характеру» або «посттравматичний занепад», який супроводжувався надмірним контролем та ригідності, соціальною ізоляцією, ворожістю, почуттям безпорадності та деморалізації [6].

Хоча Ж.-М. Шарко не вважав травматичні події джерелом істерії у жінок, у наступні роки зв'язок між істерією та несприятливими, часто сексуальними,

життєвими подіями в дитинстві ставали більш визнаними. У той же період З. Фройд писав у «Про етіологію істерії» (1896), що сексуальні переживання в ранньому дитинстві були основою для розвитку багатьох психічних симптомів у подальшому житті [27]. Приблизно в 1970-х роках було опубліковано кілька впливових робіт, присвячених домашньому та сексуальному насильству.

Е. Берджесс і Л. Холмстром у 1974 р. описали «синдром травми зґвалтування» з повторним переживанням симптомів, униканням, сильними реакціями на здивування, тригерами, пов'язаними з подіями, але також спотвореним відчуттям безпеки, суїцидальність і серйозні проблеми у стосунках. В іншому синдромі, так званому «синдромі побитої жінки», особлива увага приділялася механізму навченої беспорядності [6].

## **1.2 Можливі наслідки психотравматичних подій**

У 1952 році Американська психіатрична асоціація (АРА) взяла на себе ініціативу та запустила перше видання DSM. У ньому був описаний новий синдром, пов'язаний зі стресом і травмою, під назвою «реакція грубого стресу» (GSR). Розлад характеризується тимчасовою реакцією всеосяжного страху у відповідь на екстремальний зовнішній стресор (варто зауважити, що такий синдром позначав реакцію людей, які попередньо не мали психічних проблем).

У DSM-II (1968) GSR було замінено на «минулі ситуаційні порушення», які взагалі не були конкретною категорією, пов'язаною з травмою. У результаті DSM-II на описаний жодний розлад, який пов'язаний з травмою [26].

На початку розробки DSM-III [16] у 1974 році не планувалося виокремлення проблеми діагностування травми. Деякі американські дослідницькі групи наполегливо стверджували, що існуючі діагнози адекватно покривають симптоми травмованих ветеранів В'єтнаму. Але Шатан, Ліфтон та інші створили робочу групу, щоб рішуче виступити проти цієї точки зору. Спільними зусиллями фахівці визначили новий синдром, який вони назвали «катастрофічним стресовим розладом» або «KSD» [26].

У 1978 році було вирішено, що профіль симптомів «KSD» буде включено в DSM-III [16] під назвою «ПТСР». Новий синдром повинен був дати більше ясності клініцистам, дослідникам, а також пацієнтам. Визначення ПТСР у DSM-III та DSM-IV [17] були в основному однаковими. По суті, критерії були згруповані в кластери симптомів: повторне переживання, уникнення та гіперзбудження. Загалом групування критеріїв у цих трьох кластерах симптомів суттєво звузило визначення ПТСР: ПТСР втратив кілька симптомів, які спостерігалися в попередній літературі, як-от міжособистісні проблеми, особливості особистості та фізичні симптоми. Зокрема, соматичні симптоми були віднесені до розладів, не пов'язаних з травмою, таких як розлади соматизації та конверсійні розлади.

У DSM-IV було введено новий діагноз «гострий стресовий розлад» («ГСР»): гострий і тимчасовий стан із дисоціативними симптомами та симптомами повторного переживання, переляку та гіперзбудження [18].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вперше представила розділ про психічні розлади в МКХ-6 (1948 р.), де розлад, пов'язаний з травмою, називається «Гостра ситуаційна дезадаптація», включаючи підтип «бойової втоми». МКХ-8 (1967) і МКХ-9 (1978) Всесвітньої організації охорони здоров'я були дуже схожі на DSM-II Американської психіатричної асоціації. Але коли DSM-III було запущено в 1980 році, була створена радикально нова класифікація, яка вже мало пов'язана з системою МКХ. У МКБ-9 була розроблена схема кодування для категорій DSM-III, але МКБ-10, опублікована в 1993 році, мала власний розділ для психічних розладів. Хоча цей розділ все ще був більш-менш сумісний з DSM, він був іншим, і в результаті з цього моменту було розпочато важливий розвиток, коли дві основні системи діагностичної класифікації пішли різними шляхами [25].

Незважаючи на бажання уніфікувати сферу психотравм, фундаментальна критика зберігалася після введення посттравматичного стресового розладу в 1980 році. Серед іншого, обговорювалися збіг і схожість з іншими діагнозами, а також спосіб визначення посттравматичного стресового розладу. Кілька

дослідників зауважили про присутність таких симптомів як: депресія, тривога, саморуйнівна поведінка, низька самооцінка, зловживання психоактивними речовинами та тенденція до повторної віктимізації, у пацієнтів, які зазнали фізичного та сексуального насильства [6].

Дж. Герман описала новий синдром під назвою «Розлади надзвичайного стресу, не специфіковані інакше» («DESNOS») - «комплексним ПТСР» [6]. Незважаючи на дослідницькі зусилля та лобіювання клініцистів, «DESNOS» не було офіційно прийнято як окремий розлад у DSM-IV. Незважаючи на це, «комплексний ПТСР» набув широкого поширення серед клініцистів і пацієнтів [28]. На відміну від DSM-IV, у МКХ-10 описані травми, пов'язану з поняттям «DESNOS».

ПТСР увійшов до DSM-5 із суттєвими змінами[7]. Цей розлад, який називають «зміненим обличчям ПТСР», більше не класифікували як тривожний розлад, а включили до нової глави розладів, пов'язаних зі стресовими подіями. Ця зміна мала відображати визнання того, що не всі травматичні події ґрунтуються на загрозі, а посттравматичний стрес не завжди включає страх як характерну емоцію [21]. Крім того, кластери симптомів були розширені з 3 до 4 і включали 20 окремих симптомів. У новому кластері під назвою «негативні когнітивні здібності та настрої» було враховано наявні симптоми ПТСР, але також додано нові симптоми, такі як, наприклад, постійне спотворене звинувачення себе чи інших, жах, провина, сором і саморуйнівна поведінка. Крім того, було виділено дисоціативний підтип ПТСР із симптомами деперсоналізації та дереалізації. Відповідно, DSM-5 характеризує широкий спектр посттравматичних реакцій з багатьма різномірними симптомами, окрім реакцій, пов'язаних із тривогою.

## Висновки до першого розділу

Про психічну травму та травматизацію людство згадувала ще з доісторичних часів. Проте наукове і методологічне обґрунтування поняття отримало в кінці 19 століття. Першим, ввів термін «психічна травма», німецький професор неврології А. Ейленбург у 1878 році.

Важливо вказати, що увага до психотравми та її наслідків загострювалась із суспільно-історичними процесами, які відбувались у світі. Зокрема, можемо спостерігати вплив 4 основних чинників, які спровокували потребу дослідження наслідків психотравматичних подій: промислова революція, війна та бойові дії, катастрофи, домашнє та сексуальне насильство.

З плином суспільно-історичних подій та криз, які супроводжували цивілізаційний розвиток, фахівці з ментального здоров'я систематизували досвід та знання щодо наслідків проживання травматичних подій. Так, поступово починають з'являтися в МКХ та DSM описи розладів, які провокувались зовнішніми чинниками впливу на психіку.

Щодо розладів, які провокуються кризовими та стресовими подіями, то з приводу цього у МКХ 11 знаходимо в розділі «Розлади, специфічно пов'язані зі стресом» опис критеріїв діагностики ПТСР, який містить шість груп симптомів, поділ яких здійснюється за трьома критеріями: флешбеки, інтрузії, хронічна тривога. Вперше у 11 редакції МКХ подано опис комплексного ПТСР, який діагностується при наявності: проблем міжособистісної взаємодії, хронічними проблемами із самооцінкою, та втратою навичок афективної саморегуляції.

У DSM-5 ПТСР знаходимо в групі «Розлади, пов'язані з травмою та стресом». Описано діагностичні критерії, які містять 20 симптомів. Також, на відміну від МКХ 11, тут також міститься опис ГСР.

## **РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНІК І МЕТОДИК, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПРИ ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ**

### **2.1 Психотерапевтичні техніки та методики, які використовуються при подоланні наслідків психотравми**

Відповідно до наказу МОЗ України від 13 грудня 2023 року № 2118 (zareestrovaniy v Ministerstvi yustitsii Ukraini 25 sichnia 2024 r. za N 129/41474) затверджено Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю [1]. При терапедуванні реакцій на тяжкий стрес та розлади адаптації, доречними є такі методи: арт-терапія, гештальт-терапія, EMDR, емоційно-фокусована терапія, КПТ, логотерапія та екзистенційний аналіз, майндфулнес-базований підхід, позитивна психотерапія за Н. Пезашкіаном, протокол реконсолідації травматичної пам'яті, психодраматична терапія.

Залежно від тривалості негативних наслідків травмуючої ситуації, виокремлено за часовим вектором такі стани:

- гостра стресова реакція (шок, розгубленість, агресія, плач, нервові тремтіння, паніка, ступор, апатія, істерика, страх, галюцинації, маячіння (останні не були в анамнезі клієнта до появи стресової події) – в часі від 1 до 3 діб після травматичної події);
- гострий стресовий розлад (ГСР) (негативний настрій, симптоми дисоціації, уникнення, збудження – спостерігаються до 4 тижнів після травматичної події);
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (інтрузії, флешбеки, дисоціація, складність із контролем емоційної сфери, проблеми і у міжособистісній сфері – після 4-ьох тижнів від травматичної події до 3-ьох місяців, якщо симптоми спостерігаються далі, діагностують хронічний ПТСР)[4; 5; 8; 9].

Відповідно опираючись на часові межі постравматичного впливу, клієнту надається відповідний вид психологічної допомоги. Якщо клієнт демонструє гостру реакцію на стрес, то тут є доречним надання першої психологічної допомоги (ППД). На сьогодні існує кілька протоколів надання ППД, які розроблені фахівцями для стабілізації та попередження можливих наслідків впливу травматичної події [3]. ППД можуть надавати особи різного фаху, які пройшли навчання та сертифікацію з надання такого виду допомоги. При цьому слід пам'ятати, що ППД – це не консультування, не терапія, не супровід.

Перша психологічна допомога — це підхід, заснований на доказах, який базується на концепції стійкості людини. ППД спрямована на зменшення симптомів стресу та сприяння здоровому відновленню після травматичної події, стихійного лиха, надзвичайної ситуації чи навіть особистої кризи.

При ГСР клієнт потребує фахової психологічної допомоги. Спеціальних тестових методик щодо визначення наявності таких реакцій не існує, фахівець з ментального здоров'я опираючись на розповідь клієнта про його психоемоційний стан, діагностує присутність чи відсутність розладу. При ГСР розмовна терапія є основним методом зцілення. Вище ми вказали на перелік доказових психотерапевтичних методів, які можуть застосовуватись, вони є ефективними як в індивідуальній так і групових формах роботи.

Зважаючи на пластичність людської психіки та з метою психоедукації, варто людей, які зазнали травми, або в подальшому можуть з нею зустрітись навчати методів стабілізації. До останніх відносять три групи технік: розумова, фізична, релаксуюча.

Завдання технік стабілізації: розслаблення, дистанціювання, переключення та зрощення внутрішнього помічника при стресових ситуаціях у самого клієнта.

Інколи при ГСР застосовується медикаментозне лікування, проте слід зазначити, що це виключно компетенція медичних фахівців. У рекомендаційних вказівках щодо лікування ГСР, знаходимо такі групи



препаратів: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну [3].

Ігнорування симптоматики ГСР в подальшому може мати такі наслідки: ПТСР, зловживання психоактивними речовинами, депресія, тривога, панічні розлади, зростання ризику суїцидальності, проблеми у міжособистісних стосунках.

Треба зауважити, що з поглибленням важкості наслідків впливу травми на ментальне здоров'я, дієвість методів психологічної допомоги зберігається, тобто, своє цінність і доцільність методи ППД, розмовної терапії, техніки стабілізації = мають місце застосування, відповідно до психоемоційного стану, який зараз переживає клієнт.

ПТСР – є складним діагнозом, який може бути поставлений пацієнту фахівцями-медиками з відповідним рівнем кваліфікації. Для визначення такого виду розладу використовують набір діагностичних методик[11]. А протокол NICE чітко обумовлює техніки використання яких, є ефективним та доречним. Кожних 6 років Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США – переглядають та корегують протоколи травмофокусованої терапії.

Через Covid-19, у червін 2021 року до обговорення протоколів NICE було залучено українських фахівців (психологів, психіатрів, сімейних лікарів, медичних сестер, студентів, які здобувають психологічний та медичний фах). Через обговорення проблемних та дискусійних питань, які стосуються лікування депресії та тривожних розладів, були розроблені стандарти організації та надання фахової допомоги. У підсумку маємо посібник з розробленими рекомендаціями, які стосуються доказових діагностичних процедур та протоколів терапевтичного і фармакологічного лікування при: депресії, генералізованому тривожному розладі, obsесивно-компульсивому розладі, панічному розладі, посттравматичному стресовому розладі,

соціальному тривожному розладі, розладі під час вагітності та у постнатальному періоді, самоушкодженні [10].

У розділі 12 посібника знаходимо чіткі вказівки та рекомендації щодо психотерапевтичних інтервенцій при ГСР та ПТСР. Фахівці пропонують застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) та десенсибілізацію і репроцесуалізацію (опрацювання) рухом очей (EMDR) [12].

Терапевтичні інтервенції при використанні ТФ-КПТ тривають приблизно 8-12 сесій, за потреби кількість зустрічей може бути більшою, особливо, якщо присутня коморбідність (наявність ще одного ментального розладу), або ж присутня множинна травматизація. Психотерапевтичні втручання включають:

- психоедукацію в контексті реакцій на травму, способів та можливостей регулювання збудженням та флешбеками, також організацію та формування власної безпеки;
- переопрацювання спогадів, які пов'язаних з травматичними обставинами;
- опрацювання афективних реакцій, які пов'язані з травмою, зокрема робота із соромом, відчуттям провини, переживанням втрати, агресії, гніву;
- реструктурування уявлень пацієнта, які пов'язані з травмою;
- допомогу при появі бажання уникати поведінкових реакцій на травматичний досвід;
- концентрацію на відновленні адаптивних функцій психіки та організму;
- планування майбутніх бустерних зустрічей з фахівцем ментального здоров'я у разі потреби.

Щодо психотерапевтичних інтервенцій за технікою EMDR то доцільно надавати допомогу приблизно впродовж 8-12 сесій, більша кількість зустрічей можлива за наявності клінічних показів (присутність множинної травматизації).

Терапія включає кілька етапів:

- психоедукаційні заходи, які стосуються реакцій на травму;
- управління тривожними спогадами та обставинами;

- діагностування і лікування при травматичних спогадах та сприяння формуванню альтернативних позитивних переконань про себе;
- використання повторюваної білатеральної стимуляції (рухи очима, поплескування у формі метелика та ін.), доки спогади не перестануть бути дистресовими;
- оволодіння техніками самозаспокоєння та методиками роботи з управління флешбеками.

Також до лікування ГСР та ПТСР можуть застосовуватись медичні препарати, проте вони є не першочерговими. При цьому особливо зауважують на не використання бензодіазепінів, натомість рекомендують венлафаксин або сертралін.

## **2.2 EMDR – теоретичні та прикладні аспекти методики**

З часу відкриття у 1987 року техніка Десенсибілізації та репроцесуалізація переробки травм рухами очей (EMDR) здобула повсюдне визнання у значної частини психотерапевтів. Перше застосування даної техніки у психотерапії було засновано не так на теорії та вивірених експериментальних даних, а на випадковому спостереженні. Розвиток техніки EMDR і її теоретичне обґрунтування, сприяло удосконаленню та утворенню стійкого психотерапевтичного ефекту.

Методика виникла на основі пов'язаних вчення про переробку інформації, та ідей про асоціативні мережі, які вперше запропоновані Ленгом і Боуером. Спостереження під час психотерапевтичних сеансів дозволили ідентифікувати деякі патерни процесу переробки інформації та утворення асоціативних спогадів, сформулювати певні принципи практичного застосування EMDR[14].

Автором методу EMDR є дослідниця Френсіс Шапіро, вона широко практикувала методику у випадках, коли психотерапевтичне обговорення травматичного досвіду не давало позитивних зрушень та результатів на шляху зцілення [14; 15].

Один із принципів, що є важливим у практиці EMDR, передбачає існування у всіх людей вродженої системи – точніше, фізіологічного механізму – переробки інформації для досягнення оптимального душевного здоров'я. Такий адаптивний позитивний досвід трансформації травматичної інформації передбачає, що негативні емоції переробляються до поступового ослаблення, при цьому відбувається своєрідне навчання, що допомагає інтегрувати ці емоції та використовувати їх надалі. Баланс такої системи переробки інформації може порушитись під час травми або стресу. Але якщо ця система була хоча б один раз активізована за допомогою EMDR і перебуває з того часу в динамічному стані, вона перетворюватиме інформацію до рівня терапевтично прийняттого рівня. У цьому випадку десенсибілізацію та когнітивне переструктурування можна сприймати як свого роду побічні продукти адаптивної переробки, що відбувається на нейрофізіологічному рівні.

Цей принцип жодним чином не суперечить тій поведінковій орієнтації, якою я спочатку дотримувалася і яка включала визнання взаємодії між засвоєним у процесі навчання матеріалом, зумовленими реакціями та фізіологічними обставинами, а також здатністю психотерапевта втручатися в цей процес для його структурування та отримання спостережуваних поведінкових результатів. Дійсно, багато біхевіористів могли б проінтерпретувати EMDR виключно в термінах обумовлення та (або) впливу. Однак хоча дослідження останнього десятиліття багато чого прояснили в механізмах, що лежать в основі EMDR, психотерапевти, які застосовують цю техніку, потребують евристичного підходу.

На початку в EMDR використовувалась техніка руху очей, а з часом вона доповнилась та урізноманітнилась іншими методиками. На сьогодні використовуються різні протоколи, тип яких визначається характером психопатології, та застосовуються ті чи інші психотерапевтичні процедури, що залежать від типу та кількості травм, пережитих клієнтом. EMDR може досить швидко знімати дистрес, викликаний окремою травмою, по при це

психотерапевт повинен ретельно враховувати всю сукупність факторів перед використанням техніки.

І перш ніж використовувати техніку EMDR у роботі з клієнтом, психотерапевт має встановити відповідні терапевтичні відносини та познайомитися з усіма аспектами історії хвороби. Симптоматика ментальних проблем, може ідентифікуватись через присутність у свідомості клієнта певних образів травматичної ситуації, негативних думок та ідей щодо себе чи своєї ролі під час травми, а також таких негативних емоцій, як страх, почуття провини чи сорому і пов'язані з цими почуттями відчуття в тілі.

Після того, як психотерапевт проводить роботу з клієнтом, використовуючи рухи очей і фокусуючись при цьому на специфічному внутрішньому відреагуванні, травмований може згадувати сам випадок вже без появи почуттів страху та сорому. Він тепер починає відчувати, що набув певної сили та здатності. На додаток до таких позитивних змін у думках і переконаннях клієнтів можуть припинитися нав'язливі образи сцени травми, що турбували їх. І коли після завершення психотерапії травмований згадуватиме сам випадок, то пов'язані з цим спогадом емоції, думки та відчуття будуть уже не турбуючими, а скоріше нейтральними або, можливо, навіть позитивними.

Успішні клінічні результати використання EMDR зафіксовані у практиці близько 10 тис. лікарів і психотерапевтів. Так, наприклад, обстеження, санкціоноване та частково фінансоване медичним центром Департаменту у справах ветеранів війни у В'єтнамі, охопило лікарів та психотерапевтів, які пройшли навчання EMDR та застосовували її у роботі з більш ніж 10 тис. клієнтів. Як показало дослідження, 74% психотерапевтів вважають, що EMDR дає більший терапевтичний ефект, ніж інші методи, і лише 4% опитаних заявили, що техніка EMDR менш ефективна, ніж інші. Оpubліковані описи клінічних випадків та повідомлення на конференціях свідчать про успішну терапію за допомогою EMDR великої кількості пацієнтів, у тому числі:

1) ветеранів бойових дій при операції «Буря в пустелі», ветеранів війни у В'єтнамі, Кореї та Другої світової війни, які не піддавалися проведеному раніше

лікуванню, у яких припинилися тяжкі спогади, нічні кошмари та інші прояви посттравматичного синдрому;

2) індивідів з фобіями, у яких було відзначено швидке зниження страху та іншої симптоматики ;

3) осіб, які страждають на панічний синдром, які після застосування EMDR одужували набагато швидше, ніж при використанні інших способів лікування;

4) жертв злочинів і поліцейських, яких перестали турбувати наслідки пережитого ними нападу із застосуванням насильства;

5) осіб, що позбулися переживань надмірного горя, пов'язаного з втраченою коханою та близькою людиною, або смертю інших людей, що сталася з їхньої вини, — наприклад, машиніст поїзда, який страждає від провини після того, як під його поїзд потрапила людина;

6) дітей, вилікуваних від симптомів, викликаних травмою, пережитої під час насильницького нападу або при стихійних лихах;

7) жертв сексуального насильства, які після проходження терапії набули можливість вести нормальний спосіб життя та мати інтимні стосунки;

8) жертв катастроф і пожеж, які змогли розслабитися після пережитої травми та відновити своє продуктивне життя;

9) осіб, які страждали від сексуальних розладів, які отримали після психотерапії можливість мати здорові та нормальні сексуальні відносини;

10) клієнтів із наркотичною залежністю всіх стадій, у яких після застосування EMDR спостерігалось стійке звільнення від залежності та зменшення тенденції до рецидивів;

11) осіб з дисоціативними розладами, які повернулися до норми швидше, ніж це могло бути досягнуто із застосуванням традиційної психотерапії;

12) клієнтів з широким спектром проявів посттравматичного синдрому та іншими діагнозами, які випробували на собі явну користь від застосування EMDR [15].

Хоча було проведено чимало експериментальних досліджень ефективності EMDR, які дали позитивний результат, про що повідомлялося на професійних конференціях, більшість матеріалів цих досліджень досі не опубліковано. Опубліковані результати експериментальних досліджень EMDR, на жаль, далеко не такі однозначні порівняно з безумовно позитивними результатами досліджень у клінічній практиці, про які згадувалось вище.

Психотерапевтам і психологам, які застосовують на практиці техніку EMDR, важливо пам'ятати, що, хоча для повної оцінки EMDR порівняльних експериментальних даних поки що дійсно недостатньо, існують цілком переконливі докази, для того, щоб визнати доцільність та ефективність застосування EMDR як у психотерапевтичній практиці, так і в дослідницькій роботі, особливо у випадках, пов'язаних з посттравматичним синдромом.

### **Висновки до другого розділу**

Залежно від тривалості негативних наслідків травмуючої ситуації, виокремлено за часовим вектором такі стани: гостра стресова реакція; гострий стресовий розлад (ГСР); посттравматичний стресовий розлад.

Відповідно опираючись на часові межі посттравматичного впливу, клієнту надається відповідний вид психологічної допомоги. Якщо клієнт демонструє гостру реакцію на стрес, то тут є доречним надання першої психологічної допомоги (ППД). На сьогодні існує кілька протоколів надання ППД, які розроблені фахівцями для стабілізації та попередження можливих наслідків впливу травматичної події. ППД можуть надавати особи різного фаху, які пройшли навчання та сертифікацію з надання такого виду допомоги. При цьому слід пам'ятати, що ППД – це не консультування, не терапія, не супровід.

Психологічна перша допомога — це підхід, заснований на доказах, який базується на концепції стійкості людини. ППД спрямована на зменшення симптомів стресу та сприяння здоровому відновленню після травматичної

події, стихійного лиха, надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я чи навіть особистої кризи.

При ГСР клієнт потребує фахової психологічної допомоги. Спеціальних тестових методик щодо визначення наявності таких реакцій не існує, фахівець з ментального здоров'я опираючись на розповідь клієнта про його психоемоційний стан, діагностує присутність чи відсутність розладу. При ГСР розмовна терапія є основним методом зцілення. Зважаючи на пластичність людської психіки та з метою психоедукації, варто людей, які зазнали травми, або в подальшому можуть з нею зустрітись навчати методів стабілізації. До останніх відносять три групи технік: розумова, фізична, релаксуюча.

ПТСР – є складним діагнозом, який може бути поставлений пацієнту фахівцями-медиками з відповідним рівнем кваліфікації. Для визначення такого виду розладу використовують набір діагностичних методик. А протокол NICE чітко обумовлює техніки використання яких, є ефективним та доречним. Кожних 6 років Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США – переглядають та корегують протоколи травмофокусованої терапії.

У посібнику NICE вказані рекомендації, які стосуються доказових діагностичних процедур та протоколів терапевтичного і фармакологічного лікування при: депресії, генералізованому тривожному розладі, obsesивно-компульсивному розладі, панічному розладі, посттравматичному стресовому розладі, соціальному тривожному розладі, розладі під час вагітності та у постнатальному періоді, самошкодженні. Присутні чіткі вказівки та рекомендації щодо психотерапевтичних інтервенцій при ГСР та ПТСР. Фахівці пропонують застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) та десенсибілізацію і репроцесуалізацію (опрацювання) рухом очей (EMDR).



## **РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ EMDR ПРИ ТЕРАПІЇ ПСИХОТРАВМ У ПОСТТРАВМАТИЗОВАНИХ ВІД НАСЛІДКІВ ВІЙНИ**

### **3.1 Процедура експериментального дослідження**

Наше дослідження ефективності та доцільності EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни ми організували у кілька етапів:

- перший етап – вибір методик дослідження наявності наслідків травми у респондентів, формування вибірки учасників експериментального дослідження;
- другий етап – формування програми роботи з технікою EMDR із респондентами, які зазнали травми;
- третій етап – безпосереднє проведення дослідження (діагностичне обстеження респондентів за обраними методиками, реалізація програми роботи за технікою EMDR, повторне діагностування респондентів);
- четвертий етап – аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Травма — це емоційна реакція на подію, що сталася в часі, яка призводить до сильного страху перед смертю, пораненням або серйозною хворобою самої людини чи її близького оточення. Зважаючи на обставини сьогодення, всі хто проживає досвід війни є певною мірою травмованими. Виокремлюють три типи травми — гостра, хронічна або складна. Гостра травма — це одинична подія, яка спричинила страждання або була загрозливою. Хронічна травма — це повторюване перебування під впливом небезпечної або стресової події. Комплексна травма — це повторюване перебування під впливом подій, які викликають сильний дистрес або страх. В практиці роботи, психологи можуть діагностувати у своїх клієнтів наявність всіх трьох видів травм.

Під час проходження практики, ми мали змогу спілкуватись з особами, які зазнали різної міри травматизації від наслідків війни. Так як у Тернополі є

переселенці, які мають в особистому досвіді пережиті травматичні події бомбардувань, руйнацій та смертей найближчого оточення.

Ми сформували вибірку із 30 респондентів. 12 внутрішньо переміщених осіб (впо) та 18 осіб ті, які мешкають на території Тернопільської області (м). Участь в дослідженні кожного учасника була добровільною.

Проживання травматичного досвіду має кілька етапів:

- 1) заперечення, коли людина не приймає, що подія була травматичною. Мозок може спробувати впоратися з досвідом, повністю пригнічуючи пам'ять про цей досвід. Це може бути добровільним або мимовільним. Людина, яка заперечує травму, може стати більш дратівливою або їй важко зосередитися, може ізольовуватись від соціальних контактів, уникати емоцій та почуттів, втратити інтерес до навчання чи роботи;
- 2) гнів - як тільки особа навчиться не придушувати свій травматичний досвід, вона може почати відчувати злість, гнів або засмучення через прожиті травматичні події, такі емоції є природними після втрати чогось важливого або через втрату почуття безпеки.
- 3) перемовини - людина починає відчувати провину, бути переконаною, що її поведінка є спричинила травматичну подію, це може бути способом спроби взяти під контроль своє життя; перемовини можуть бути зовнішніми, наприклад як обіцянка змінитися через молитву, або внутрішніми - безперервні діалоги і сценарії « що, якщо »;
- 4) депресія - людина відчуває безпорадність, що призводить до почуття смутку та порожнечі; також спостерігається самоізоляція та втрата інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення;
- 5) прийняття - визнання, що подія відбулася, людина починає шукати підтримку.

Зважаючи на етапи проживання травматичного досвіду ми обрали діагностичний інструментарій для нашого дослідження. Для оцінки рівня тривоги, ми використали Шкалу тривоги Спілбергера (STAI), за допомогою якої вимірюється реактивна та особистісна тривожність. Для оцінки кожної з

характеристик респонденту пропонується за шкалою від 1 до 4 балів оцінити присутність запропонованих емоційних переживань. Для опису реактивної та особистісної тривожності, автор методики пропонує по 20 тверджень. При підрахунку результатів застосовується така шкала: від 20 до 34 балів - низький рівень тривожності; від 35 до 44 балів - середній рівень тривожності; вище 45 балів - високий рівень тривожності.

Також, респондентам пропонували оцінити присутність чи відсутність у них ознак ПТСР за Шкалою PCL-5 [2]. Респонденту пропонується на бланку, який містить 20 тверджень, оцінити запропоновані проблеми за шкалою від 0 до 4. Учаснику експерименту пропонується згадати травматичну подію та виміряти відчуття до неї. Інтерпретація результатів здійснюється за такими критеріями:

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання;

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання;

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання;

Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

- 1) Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E.
- 2) Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

На другому етапі, ми створили програму терапевтичного втручання з технікою EMDR. Терапевтичні сесії проводились в групі, тривалість кожної 50-55 хв, програмою передбачено 10 зустрічей (1 зустріч знайомство, проведення діагностичного обстеження, 8 зустрічей використання техніки EMDR, 10

зустріч – завершальна, на якій повторно проводилось діагностичне обстеження).

Терапевтичні втручання з технікою EMDR включають 8 етапів:

Перший етап – знайомство з клієнтом, збір інформації, створення анамнезу. Терапевт оцінює готовність клієнта і розробляє план лікування. Клієнт і терапевт визначають можливі цілі для обробки EMDR. До них належать тривожні спогади та поточні ситуації, які викликають емоційний стрес. Інші об'єкти можуть включати пов'язані події в минулому. Акцент робиться на розвитку конкретних навичок і поведінки, які знадобляться клієнту в майбутніх ситуаціях.

Під час другої фази лікування терапевт може навчити клієнта різноманітним способам і технікам зниження стресу, які можна використовувати під час і між сеансами. Метою EMDR-терапії є швидкі та ефективні зміни, у той час як клієнт підтримує рівновагу під час та між сеансами.

З третього до шостого етапу ціль визначається та обробляється за допомогою процедур терапії EMDR. Що передбачає визначення клієнтом трьох речей:

1. Яскравий зоровий образ, пов'язаний із травматичними спогадами
2. Негативне переконання про себе
3. Пов'язані емоції та відчуття тіла в часі травми

Крім того, клієнт визначає позитивне переконання. Терапевт допомагає клієнту оцінити позитивні переконання, а також інтенсивність негативних емоцій. Після цього клієнт отримує інструкцію зосередитися на образі, негативних думках і відчуттях тіла, одночасно залучаючись до обробки EMDR за допомогою наборів двосторонньої стимуляції. Ці набори можуть включати рухи очей, постукування. Тип і тривалість останніх різні для кожного клієнта. На цьому етапі клієнт EMDR отримує вказівку просто помічати все, що відбувається спонтанно.

Після кожної серії стимуляції терапевт інструктує клієнта відпустити свій розум і помічати будь-яку думку, почуття, образ, спогад або відчуття, які з'являються. Залежно від змісту розповіді клієнта терапевт обирає наступний фокус уваги. Ці повторювані підходи зі спрямованою зосередженою увагою відбуваються багато разів протягом сеансу. Якщо клієнт відчуває стрес або має труднощі з прогресуванням, терапевт дотримується встановлених процедур, щоб допомогти клієнту повернутися на правильний шлях.

Коли клієнт повідомляє про відсутність дистресу, пов'язаного з спогадами, його просять подумати про бажане позитивне переконання, яке було виявлено на початку сеансу. У цей час клієнт може скоригувати позитивне переконання, якщо це необхідно, а потім зосередитися на ньому під час наступної серії тривожних подій.

На сьомому етапі, завершальному, терапевт просить клієнта вести журнал протягом тижня. У журналі мають бути зафіксовані будь-які зміни, що будуть виникати після попередніх етапів. Це служить для нагадування клієнту про самозаспокійливі дії, які були освоєні на другому етапі.

Наступний сеанс починається з восьмого етапу, він складається з аналізу досягнутого прогресу. Лікування EMDR обробляє всі пов'язані минулі події, поточні інциденти, які викликають страждання, і майбутні події, які вимагатимуть різних реакцій.

### **3.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів**

В нашому експериментальному дослідженні взяло участь 30 осіб. 18 з них жителі м. Тернополя, 12 – у статусі внутрішньо переміщені особи. Для гендерної рівності порівну є учасники чоловічої та жіночої статі. Середній вік респондентів становить 19,8 років.

Здійснюючи експериментальне дослідження ми отримали результати вимірів особистісної і реактивної тривожності учасників експерименту до та після застосування техніки EMDR (див. табл. 3.1). середнє значення показника

особистісної тривожності у вибірці становить 44 – за шкалою тесту це середній рівень показника. Після завершення експериментального дослідження показник особистісної тривожності майже не змінився (середній показник по вибірці становить 43,6). Така ситуація обгрунтовується обставиною, що особистісна тривожність є сталою рисою учасників, а тому вона не може кардинально змінитись в часі психотерапевтичних занять із застосуванням техніки EMDR. Особистісні зміни характеру можливі в часі тривалої та глибокої психотерапії.

Натомість можемо спостерігати зміни в показниках реактивної тривожності, середнє значення із 51,1 (високий рівень тривожності) змінився до 43,4 (середній рівень тривожності).

*Таблиця 3.1*

**Результати дослідження за методикою Спілберґера (STAI)**

№ п/п	Стать	Стать	Вік	Показник особистісної тривожності на початку експериментального дослідження	Показники особистісної тривожності в кінці експериментального дослідження	Показники реактивної тривожності на початку експериментального дослідження	Показники реактивної тривожності в кінці експериментального дослідження
1	Ж	М	18	37	37	48	44
2	Ч	Впо	19	28	28	33	33
3	Ч	Впо	20	41	40	50	44
4	Ч	Впо	21	48	49	47	40
5	Ж	М	22	50	49	62	50
6	Ж	М	18	30	29	34	34
7	Ж	М	18	43	43	42	42
8	Ж	М	19	49	50	65	55
9	Ж	Впо	20	45	44	67	55
10	Ж	М	21	33	34	50	44

11	Ч	М	21	47	46	48	40
12	Ч	М	20	55	55	58	50
13	Ч	М	18	27	28	35	35
14	Ч	М	20	39	39	45	40
15	Ч	Вп о	19	42	43	57	33
16	Ч	Вп о	19	62	61	61	58
17	Ч	Вп о	19	44	42	50	36
18	Ж	М	20	37	37	58	44
19	Ж	М	21	44	44	52	40
20	Ж	М	22	39	40	44	38
21	Ж	М	18	42	43	48	40
22	Ч	М	18	44	42	53	44
23	Ч	М	18	42	42	36	36
24	Ч	М	19	67	64	72	60
25	Ж	Вп о	20	70	65	70	60
26	Ж	Вп о	21	57	58	68	48
27	Ч	Вп о	21	36	36	50	44
28	Ч	Вп о	22	32	31	48	40
29	Ж	Вп о	21	43	43	48	42
30	Ж	М	21	49	48	34	34
<b>Середнє значення</b>			19, 8	44,06667	43,66667	51,1	43,43333

Використавши коефіцієнт кореляції Пірсона, встановлюємо надійність отриманих результатів. Провівши розрахунки коефіцієнта між значеннями реактивної тривожності до і після застосування техніки EMDR. В результатів обчислень отримали значення:  $r=0,86$  (критичні значення для нашої вибірки 0,36 для  $P<0,05$  та 0,45 для  $P<0,01$ ). Можемо зробити висновок, що застосування техніки EMDR є ефективним для зменшення реактивної тривожності.

В таблиці 3.2 подані результати дослідження за Шкалою PCL 5. Порівнюючи значення середніх показників за всіма шкалами, можемо

констатувати, що техніка EMDR є ефективною, так як знизилась значення. Для підтвердження достовірності отриманих результатів, ми застосували математично-статичні обрахунки коефіцієнта кореляції Пірсона. Ми отримали такі значення: за шкалою симптомів інтрузії  $r=0,64$ ; за шкалою симптоми уникнення  $r=0,54$ ; за шкалою негативні думки та емоції  $r=0,87$ ; за шкалою симптоми надмірної реактивності  $r=0,66$ ; за шкалою загальний бал  $r=0,88$ . При критичних значеннях для нашої вибірки 0,36 для  $P<0,05$  та 0,45 для  $P<0,01$ , можемо констатувати математично статичне підтвердження ефективності техніки EMDR у терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни.

Таблиця 3.2

## Результати дослідження за Шкалою PCL-5

№ п/п	Симптом інтрузії		Симптом уникнення		Негативні думки та емоції		Симптом надмірної реактивності		Загальний бал	
	до	Після	До	Після	до	Після	До	Після	до	після
1	3	2	2	1	6	3	2	2	13	8
2	4	2	1	1	7	2	1	1	13	6
3	3	1	0	0	3	1	0	0	6	2
4	7	2	3	1	3	1	2	1	15	5
5	8	4	3	1	12	6	7	2	30	13
6	4	2	2	2	2	2	2	2	10	8
7	5	2	2	2	1	1	1	1	9	6
8	7	3	1	1	1	1	3	3	12	8
9	3	1	0	0	2	2	2	2	7	5
10	4	2	0	0	2	2	4	2	10	6



11	7	3	1	1	1	1	5	1	14	7
12	8	7	2	1	14	4	12	4	36	16
13	6	6	1	1	10	5	8	2	25	14
14	2	2	0	0	3	2	5	1	10	5
15	2	2	2	2	1	1	7	2	12	7
16	1	1	3	1	5	3	2	2	11	7
17	3	3	4	1	4	2	1	1	12	7
18	7	4	6	1	3	3	6	2	22	9
19	8	5	2	1	15	7	11	5	36	18
20	4	2	0	0	3	3	7	4	14	9
21	5	3	1	1	6	3	3	3	15	10
22	8	5	0	0	12	7	2	2	22	14
23	6	2	2	2	2	2	12	5	22	11
24	9	3	1	1	16	4	6	3	32	11
25	7	2	0	0	14	6	4	4	25	12
26	8	3	4	1	14	6	2	2	28	12
27	6	2	2	2	4	3	6	6	18	14
28	4	2	1	1	3	3	8	3	16	9
29	7	3	4	2	2	2	9	3	22	10
30	4	1	1	1	2	2	6	2	13	6
Се ред не зна чен ня	5,3		1,7		5,78		4,87		17,6 7	
		2,73		0,97		3		2,43		9,17

### Висновки до третього розділу

Наше дослідження ефективності та доцільності EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни ми організували у кілька етапів:

перший етап – вибір методик дослідження наявності наслідків травми у респондентів, формування вибірки учасників експериментального дослідження; другий етап – формування програми роботи з технікою EMDR із респондентами, які зазнали травми; третій етап – безпосереднє проведення дослідження (діагностичне обстеження респондентів за обраними методиками, реалізація програми роботи за технікою EMDR, повторне діагностування респондентів); четвертий етап – аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Під час проходження практики, ми мали змогу спілкуватись з особами, які зазнали різної міри травматизації від наслідків війни. Так як у Тернополі є переселенці, які мають в особистому досвіді пережиті травматичні події бомбардувань, руйнацій та смертей найближчого оточення. Ми сформували вибірку із 30 респондентів. 12 внутрішньо переміщених осіб (впо) та 18 осіб ті, які мешкають на території Тернопільської області (м). Участь в дослідженні кожного учасника була добровільною.

Зважаючи на етапи проживання травматичного досвіду ми обрали діагностичний інструментарій для нашого дослідження. Для оцінки рівня тривоги, ми використали Шкалу тривоги Спілбергера (STAI), за допомогою якої вимірюється реактивна та особистісна тривожність. Також, респондентам пропонували оцінити присутність чи відсутність у них ознак ПТСР за Шкалою PCL-5.

Ми створили програму терапевтичного втручання з технікою EMDR. Терапевтичні сесії проводились в групі, тривалість кожної 50-55 хв, програмою передбачено 10 зустрічей (1 зустріч знайомство, проведення діагностичного обстеження, 8 зустрічей використання техніки EMDR, 10 зустріч – завершальна, на якій повторно проводилось діагностичне обстеження).

Результати психодіагностичних обстежень вказують на високу ефективність використання техніки EMDR у роботі з особами, які зазнали психотравм та перебувають далі у стресових обставинах. Достовірність отриманих результатів підтверджена методом математичної статистики.

## ВИСНОВКИ

Про психічну травму та травматизацію людство згадувала ще з доісторичних часів. Проте наукове і методологічне обґрунтування поняття отримало в кінці 19 століття. Першим, ввів термін «психічна травма», німецький професор неврології А. Ейленбург у 1878 році.

Важливо вказати, що увага до психотравми та її наслідків загострювалась із суспільно-історичними процесами, які відбувались у світі. Зокрема, можемо спостерігати вплив 4 основних чинників, які спровокували потребу дослідження наслідків психотравматичних подій: промислова революція, війна та бойові дії, катастрофи, домашнє та сексуальне насильство.

З плином суспільно-історичних подій та криз, які супроводжували цивілізаційний розвиток, фахівці з ментального здоров'я систематизували досвід та знання щодо наслідків проживання травматичних подій. Так, поступово починають з'являтися в МКХ та DSM описи розладів, які провокувались зовнішніми чинниками впливу на психіку.

Залежно від тривалості негативних наслідків травмуючої ситуації, виокремлено за часовим вектором такі стани: гостра стресова реакція; гострий стресовий розлад (ГСР); постратравматичний стресовий розлад.

Відповідно опираючись на часові межі постратравматичного впливу, клієнту надається відповідний вид психологічної допомоги. Якщо клієнт демонструє гостру реакцію на стрес, то тут є доречним надання першої психологічної допомоги (ППД). На сьогодні існує кілька протоколів надання ППД, які розроблені фахівцями для стабілізації та попередження можливих наслідків впливу травматичної події. ППД можуть надавати особи різного фаху, які пройшли навчання та сертифікацію з надання такого виду допомоги. При цьому слід пам'ятати, що ППД – це не консультування, не терапія, не супровід.

ПТСР – є складним діагнозом, який може бути поставлений пацієнту фахівцями-медиками з відповідним рівнем кваліфікації. Для визначення такого виду розладу використовують набір діагностичних методик. А протокол NICE

чітко обумовлює техніки використання яких, є ефективним та доречним. Кожних 6 років Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США – переглядають та корегують протоколи травмофокусованої терапії.

У посібнику NICE вказані рекомендації, які стосуються доказових діагностичних процедур та протоколів терапевтичного і фармакологічного лікування при: депресії, генералізованому тривожному розладі, obsесивно-компульсивому розладі, панічному розладі, посттравматичному стресовому розладі, соціальному тривожному розладі, розладі під час вагітності та у постнатальному періоді, самошкодженні. Присутні чіткі вказівки та рекомендації щодо психотерапевтичних інтервенцій при ГСР та ПТСР. Фахівці пропонують застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) та десенсибілізацію і репроцесуалізацію (опрацювання) рухом очей (EMDR).

Наше дослідження ефективності та доцільності EMDR при терапії психотравм у постраждалих від наслідків війни ми організували у кілька етапів: перший етап – вибір методик дослідження наявності наслідків травми у респондентів, формування вибірки учасників експериментального дослідження; другий етап – формування програми роботи з технікою EMDR із респондентами, які зазнали травми; третій етап – безпосереднє проведення дослідження (діагностичне обстеження респондентів за обраними методиками, реалізація програми роботи за технікою EMDR, повторне діагностування респондентів); четвертий етап – аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Під час проходження практики, ми мали змогу спілкуватись з особами, які зазнали різної міри травматизації від наслідків війни. Так як у Тернополі є переселенці, які мають в особистому досвіді пережиті травматичні події бомбардувань, руйнацій та смертей найближчого оточення. Ми сформували вибірку із 30 респондентів. 12 внутрішньо переміщених осіб (впо) та 18 осіб ті,

які мешкають на території Тернопільської області (м). Участь в дослідженні кожного учасника була добровільною.

Ми створили програму терапевтичного втручання з технікою EMDR. Терапевтичні сесії проводились в групі, тривалість кожної 50-55 хв, програмою передбачено 10 зустрічей (1 зустріч знайомство, проведення діагностичного обстеження, 8 зустрічей використання техніки EMDR, 10 зустріч – завершальна, на якій повторно проводилось діагностичне обстеження).

Результати психодіагностичних обстежень вказують на високу ефективність використання техніки EMDR у роботі з особами, які зазнали психотравм та перебувають далі у стресових обставинах. Достовірність отриманих результатів підтверджена методом математичної статистики.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Наказ МОЗ України від 13 грудня 2023 року № 2118. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/10/53864-dn\\_2118\\_13122023\\_dod\\_4.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/10/53864-dn_2118_13122023_dod_4.pdf) дата звернення: 25.04.2024).
2. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т.1. № 1. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>(дата звернення: 21.03.2024).
3. Бригадир М. Особливості надання кризової психологічної допомоги. *Transformational processes of the social and humanitarian sphere of modern Ukraine in the conditions of war. Challenges, problems and prospects*. Ružomberok : VERBUM – vydavateľstvo K., 2023. С. 61–78.
4. Бригадир М. Б., Бамбурак-Кречківська Н. М. Особливості появи та діагностики ГСР й ПТСР, способи їх ефективного лікування. *Габітус*. 2023. № 51. С. 234–238.
5. Бригадир М. Б., Бамбурак Н. М. Особливості соціально-психологічної реабілітація ветеранів війни та членів їх сімей (прикладний аспект). *Габітус*. 2022. № 39. С. 262–267.
6. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ О. Наконечна, О. Лизак, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 419 с.
7. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5-TR). *American psychiatry association*. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 21.03.2024).
8. . Наугольник Л. Б. Психологія стресу : курс лекцій. Львів : Ліга-Прес, 2013. 128 с.

9. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львів. держ. ун-т внутр. справ, 2015. 324 с.
10. Поширені психічні розлади у дорослого населення Рекомендації для України. 2021. 97 с. URL: <https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/06/nice-guidelines-rekomendacziyi-dlya-ukrayiny-kviten-2021.pdf>
11. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) URL: <https://docplayer.net/74691729-Protokol-z-diagnostiki-ta-terapiyi-ptsr-nacionalnogo-institutu-klinichnoyi-maysternosti-velikobritaniyi-nice.html> (дата звернення: 21.03.2024).
12. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf)
13. Чабан О. Психотравма та її наслідки в загальнотерапевтичній практиці – чому важливо її виявити та вчасно опрацювати URL: [https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01\\_TRANSKRYPT\\_Oleg\\_CHaban\\_Lektsiya\\_1\\_Travma-.pdf](https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_1_Travma-.pdf)
14. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Основні принципи. Том 1. К.: Науковий світ, 2023. 340 с.
15. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Протоколи та процедури. Том 2. К.: Науковий світ, 2023. 466 с.
16. DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association, 1980. 495 p.
17. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association, 1994. 943 p.

18. DSM-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
19. DiMauro J., Carter S., Folk J. B., Kashdan T. B. A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. Vol. 28(8). P. 774–786.
20. Ellis P. S. The origins of the war neuroses. Part 1. *Journal of the Royal Naval Medical Service*. 1984. Vol. 70(3). P. 168–177.
21. Friedman M. J. Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. Vol. 26(5). P. 548–556.
22. Holdorff B., Dening D. T. The fight for ‘traumatic neurosis’, 1889–1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry*. 2011. Vol. 22(4). P. 465–476.
23. Jones E., Wessely S. The origins of British military psychiatry before the First World War. *War & Society*. 2001. Vol. 19. P. 91–108.
24. Kinzie J. D., Goetz R. R. A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9(2). P. 159–179.
25. Peters L., Slade T., Andrews G. A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1999. Vol. 12(2). P. 335–343.
26. Scott W. J. PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 1990. Vol. 37(3). P. 294–310.
27. van der Hart O., Brown P., van der Kolk B. A. Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 379–396.
28. Veissière S. Is complex PTSD a valid diagnosis? *Psychology Today*. 2021. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/culture-mind-and-brain/202104/is-complex-ptsd-valid-diagnosis> (дата звернення: 15.03.2024).