



Збірник матеріалів
Міжнародної науково-практичної
онлайн-конференції

ПСИХОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ: НАУКА І ПРАКТИКА

Collection of materials
International scientific and practical
online conference

PSYCHOLOGY OF CRISIS SITUATIONS SCIENCE AND PRACTICE



Київ / Kyiv - 2021

Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної
онлайн-конференції
ПСИХОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ: НАУКА І ПРАКТИКА

Collection of materials International scientific
and practical online conference
PSYCHOLOGY OF CRISIS SITUATIONS: SCIENCE AND PRACTICE

Організатори конференції:

- ГО «Інститут психології здоров'я»
- Лабораторія загальної психології та історії психології імені В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка
- Дивізіон стресу і психологічної травми Національної психологічної асоціації, Національна психологічна асоціація
- Кафедра психології та педагогіки Національної академії Національної гвардії України
- Кафедра військової психології та педагогіки Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка
- Кафедра терапії і геріатрії НУОЗУ імені П. Л. Шупика

Видання цього збірника стало можливим завдяки фінансовій підтримці Уряду Великої Британії в рамках проекту «Якісні послуги для ветеранської спільноти: Покращення співпраці між Міністерством у справах ветеранів України та ветеранськими організаціями, за участі органів місцевого самоврядування та ветеранських просторів, задля оцінки потреб і реінтеграції ветеранів і ветеранок», який виконує БО БФ «Стабілізейшн Суппорт Сервісез».

Погляди, висловлені в цій публікації, належать авторам і можуть не збігатися з офіційною позицією Уряду Великої Британії.

This publication was funded by the UK government as part of the project “Fostered Voices; Fostered Services: Ensuring the Ministry of Veterans Affairs of Ukraine connects with veterans’ organisations through local governments and veteran’s spaces that have the capacity to assess and address the reintegration needs of resident veterans”, implemented by CF Stabilization Support Services.

The views expressed in this publication are those of the authors and may not coincide with the official position of the UK government.

Зміст / Contents

Про збірник	4
About the collection	5
Кнут Андерсен. Скорбота: модель подвійного процесу як терапевтичний інструмент	6
Knut Andersen. Bereavement: The dual process model as a therapeutic tool	9
Джанер Бінголь. Ціна виживання	13
Caner Bingol. Cost of survival	15
Ізабель Фернандес. COVID-19, психічні стани та EMDR-захист психічного здоров'я персоналу первинної допомоги	18
Isabel Fernandez. COVID-19, mental conditions and EMDR protecting front line healthcare staff's mental health	26
Деніс Флорес, Ейріні Ламмі. Подолання стресу через резильєнтність	34
Denis Flores & Eirini Lammi. Overcoming Stress Through Resilience	36
Онно Ван дер Харт. Спостереження травматичної дисоціації під час Першої світової війни: фундамент для сучасного розуміння та лікування	39
Onno van der Hart. World War I observations of trauma-generated dissociation: A foundation for modern understanding and treatment	44
Єва Мюнкер-Крамер. «EMDR (в Україні) – внесок у систему охорони здоров'я – також поза ПТСР»	51
Eva Muenker-Kramer. «EMDR (in Ukraine) – a contribution to the health system – also beyond PTSD»	58
Володимир Волошин. Метод біосугестивної терапії	67
Volodymyr Voloshyn. Biosuggestive therapy method	71

Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції «Психологія кризових станів: наука і практика» 4-6 листопада 2021

До збірника увійшли матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Психологія кризових станів: наука і практика» (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року). У науковому заході взяли участь понад 1400 осіб із 23 країн. Серед них: психологи-науковці, практичні психологи, лікарі, військовослужбовці, священнослужителі, викладачі, докторанти, аспіранти та студенти психолого-педагогічних спеціальностей, курсанти.

На конференції обговорювались актуальні проблеми психології кризових станів. Були представлені сучасні напрямки роботи з психологічною травмою, втратою, горем. Окремо розглядалися питання резильєнтності, постковідних наслідків, суїциду, синдрому професійного емоційного вигорання, депресії, психосоматичних розладів та наслідків війни.

Значна частина доповідей була присвячена впливу психологічної травми на: структуру «Я», зміну поведінки, взаємовідносини тощо. Були представлені новітні дослідження про вплив ранньої дитячої травми на активацію епігенетичної травми; про вплив травми на нейронні мережі та структуру гена. А також про коригування психотерапією змін, що виникли внаслідок дії психологічної травми.

Результати конференції. Учасники конференції відзначили необхідність: проведення більш поглибленої стандартизованої підготовки у сфері роботи з психологічною травмою; більш тісної взаємодії на рівні професійних спільнот, відомств; проведення наукових досліджень.

Заплановано: проведення навчальних програм із роботи над психологічною травмою, дисоціативними розладами, межовими станами, тривалою скорботою, польовими особливостями роботи військового психолога, резильєнтністю та експрестехніками зняття стресу; посилення взаємодії між цивільними психологами і військовими через проведення круглих столів, лекцій тощо; створення тематичних робочих груп.

Збірник адресований: психологам-науковцям та практикам, викладачам закладів вищої освіти, педагогам та вихователям, докторантам, аспірантам та студентам.

Матеріали опубліковано в авторській редакції. Відповідальність за достовірність викладеного матеріалу покладено на авторів статей. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії.

Collection of materials International scientific and practical online conference: «Psychology of crisis situations: science and practice» November 4-6, 2021

The collection includes materials of the International scientific-practical conference «Psychology of crisis states: science and practice» (Kyiv, November 4-6, 2021). More than 1400 people from 23 countries took part in the scientific event. Among them were: psychologists, scientists, practical psychologists, doctors, servicemen, clergy, teachers, doctoral students, postgraduate students and students of psychological and pedagogical specialties, cadets.

The conference discussed current issues of crisis psychology. Modern directions of work with psychological trauma, loss, grief were presented. Resilience, post-COVID consequences, suicide, occupational emotional burnout, depression, psychosomatic disorders and the consequences of war were considered separately.

Much of the reports focused on how psychological trauma affects self-structure, behavior change, relationships, and so on. Recent studies on the influence of early childhood trauma on the activation of epigenetic trauma, the impact of trauma on the neural network, the structure of the gene were presented. And also about how psychotherapy corrects the changes that have occurred as a result of psychological trauma.

Conference results. The participants of the conference noted: The need for in-depth standardized training in the field of work with psychological trauma; The need for closer cooperation at the level of professional communities, agencies; Conducting researches.

It is planned to conduct training programs on dealing with psychological trauma, dissociative disorders, borderline states, with prolonged grief with the field features of the work of a military psychologist, resilience and express techniques of stress relief; strengthening the interaction between civilian and military psychologists through round tables, lectures, etc.; creation of thematic working groups.

The collection is addressed to psychologists, scientists and practitioners, lecturers of higher education institutions, teachers and educators, doctoral students, postgraduate students and students.

Materials are published in the author's edition. The authors are responsible for the accuracy of the presented material. The opinions of the authors may not coincide with the position of the editorial board.

Кнут Андерсен.

Скорбота: модель подвійного процесу як терапевтичний інструмент

Одне з перших та головних теоретичних напрацювань про горе було зроблене Чарльзом Дарвіном у його книзі «Вираження емоцій у людей і тварин» (Darwin, 1872).

Пізніше Зигмунд Фрейд опублікував свою статтю «Скорбота і меланхолія» (S., 1917/2001), якою суттєво сформував професійне втручання майже на півстоліття. Для Фрейда «робота з горем» включала процес розриву зв'язків живої особи з померлою.

Кілька пізніших теоретиків означили горе як протікання в певному напрямку передбачуваних етапів, фаз і завдань (Bowlby, 1980; Kubler-Ross, 1969; Parkes, 1983);

Мабуть, найвідомішою є модель Кюблер-Росс, яку вона описала у своїй праці «Про смерть і вмирання», що основана на досвіді клінічної роботи з хворими та пацієнтами при смерті. З часом ця модель трансформувалася у п'ять стадій горя: (1) шок і заперечення; (2) гнів, образа і почуття провини; (3) торг; (4) депресія; (5) прийняття. Згодом була застосована до досвіду переживання втрати та багатьох інших форм змін у житті.

Основна проблема теорій стадій полягає у нездатності етапів охопити складність, різноманітність та своєрідність переживання горя. Моделі стадій не враховують безліч фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб людей у скорботі, їхніх сімей та близького оточення. З моменту своєї появи теорії етапів глибоко вкоренилися в наших культурних і професійних уявленнях про втрату. Практики, які працювали з горем, при зростанні почали сумніватися у користі цих теорій для підтримки при важкій скорботі; ці моделі вважалися занадто жорсткими через чіткий формат процесу скорботи.

Однак існують нові моделі, які краще описують певні закономірності та відносини у складному та індивідуальному переживанні горя.

У середині 90-х Маргарет Штребе та Генк Шат розробили модель горя, яка називається моделлю подвійного процесу (Schut, 1999).

Ця теорія описувала два різні типи стресових факторів і два різні способи поведінки: процес орієнтації на втрату і процес орієнтації на відновлення. Коли ви сумуєте, то будете перемикатися або «коливатися» між цими режимами. Ось чому це модель подвійного процесу, адже людині потрібно переходити між двома різними станами.

Процес, орієнтований на втрату

Речі, які змушують вас думати про близьких та їхню смерть, називають стресорами, орієнтованими на втрату. Суттю, це думки, почуття, вчинки та події, які змушують зосередитися на: реальній втраті; історіях про життя до втрати; жалощах за всіма планами та сподіваннями на майбутнє, які не здійсняться. Також можна додати: роздуми про сум за близькою людиною; перегляд старих фотографій; виклик певних спогадів; відвідування могили. Стресори, орієнтовані на втрати, можуть викликати багато сильних емоцій, наприклад, смуток, самотність і гнів.

Процес, орієнтований на відновлення

Стресори, орієнтовані на відновлення, дозволяють продовжувати повсякденне життя, на деякий час відволікають від горя. Ці думки та дії дозволять вам трохи відпочити від зосередженості на своєму болю навіть на кілька хвилин. В інших ситуаціях, намагання людини у скорботі керувати життям новим способом, без померлого, може: викликати відчуття самотності та відчаю; виявити труднощі в повсякденних життєвих ситуаціях. Прикладом стресора, орієнтованого на відновлення, є робота або прибирання будинку. Деякі люди для подолання горя беруть собі важке робоче завдання або займаються повсякденними справами, щоб зосередитися на чомусь, окрім болю. Інші приклади включають: перегляд смішного телешоу, поїздки з друзями, заняття спортом. Можуть виникнути труднощі з вирішенням практичних задач, як-от заміна шин, приготування їжі, прання білизни або допомога дітям із математичними завданнями зі школи.

Штребе та Шат наголошують, що для більшості людей придушення або ігнорування емоцій впродовж коротких або тривалих періодів є нормальним способом подолання горя. Таким чином наш розум трохи полегшує біль і дає деякий час для виконання

важливих та практичних завдань. Без поведінки, орієнтованої на відновлення, можна втратити можливість піклуватися про себе чи продовжувати повсякденне життя. Процес, орієнтований на відновлення, — це важлива частина життя після смерті близької людини; це поведінка, яка намагається відновити порядок і нормальне існування.

Коливання

Здатність змінювати фокус і переходити між орієнтацією на втрату й орієнтацією на відновлення є важливою у цій моделі. Штребе та Шат назвали цю частину процесу «коливанням», тобто це спосіб людини у скорботі перемикається між двома способами існування втратою та відновленням. Для тих, хто у горі, важливо прийняти це коливання, оскільки вони можуть заходити і виходити зі стану журби, приймати реальність втрати крок за кроком. Багато людей у скорботі неусвідомлено коливаються між двома кондиціями. Можливо, вранці ви дивилися телевізор чи слухали новини по радіо і на деякий час відволіклися – це орієнтація на відновлення. Потім ви побачили картину, що наштотхнула на особливий спогад про близьку людину, який змусив вас плакати – це орієнтація на втрати. Після оплакування ви подумали: «Так, мені справді потрібно прибрати кухню». Зосереджуючись на прибиранні, ви забуваєте про біль, тобто повертаєтеся до відновлення.

Багато людей вважають модель подвійного процесу корисною для роздумів про своє горе, оскільки вона не акцентує на протистоянні ваших почуттів. Важливими є коливання та процес переходу між двома різними станами.

Існує також думка, що модель подвійного процесу більш корисна для чоловіків, адже попередні теорії скорботи зосереджувалися на стереотипно жіночому способі переживання горя, а саме на безпосередньому вираженні емоцій та їх пропрацювання. Чоловіки частіше та охочіше використовують методи, що більше спрямовані на відновлення, які допомогли б їм впоратися. Коливання все ще дуже важливе, але представники різних статей можуть представляти різні способи входження в цей процес; ця модель визнає і моменти горювання, і періоди відсутності скорботи як здоровий, нормальний спосіб переживання втрати.



Малюнок 1. Модель подвійного процесу у переживанні горявання

Knut Andersen.

Bereavement: The dual process model as a therapeutic tool

One of the first major theoretical contributions on grief was provided by Charles Darwin in his book “The expression of the Emotions in Man and Animals (Darwin, 1872)

Sigmund Freud published later his paper Mourning and melancholia (S., 1917/2001) and profoundly shaped professional intervention for nearly half a century. For Freud, ‘grief work’ involved a process of breaking the ties that bound the survivor to the deceased.

Several later grief theorists conceptualized grief as proceeding along a series of predictable stages, phases and tasks (Bowlby, 1980; Kubler-Ross, 1969; Parkes, 1983); Perhaps the best-known model is that postulated by Kübler-Ross in her text “On death and dying”. Based upon her clinical work with sick and dying patients. Over time this model transformed into the five stages of grief – (1) shock and denial; (2) anger, resentment and guilt; (3) bargaining; (4) depression; and (5) acceptance – and was subsequently applied to both the bereavement experience and many other forms of changes in life.

The main challenge with the stage theories are that they are incapable

of capturing the complexity, diversity and idiosyncratic quality of the grieving experience. Stage models do not address the multiplicity of physical, psychological, social and spiritual needs experienced by the bereaved, their families and intimate networks. Since the birth of these theories, the notion of stages of grief has become deeply ingrained in our cultural and professional beliefs about loss. In an increasing level, practitioners who dealt with grief started to question if the stage theories was helpful in bereavement support, these models was considered to be too rigid with a strict format of the grieving process.

There are, however, new models that in a better way succeed in identifying definite patterns and relations in the complex and idiosyncratic grief experience.

In the mid-90s, Margaret Stroebe and Henk Schut came up with a model of grief called the dual process model (Schut, 1999).

This theory of grief described two different kinds of stressors, and two different ways of behaving: a loss-oriented process and a restoration-oriented process. As you grieve, you will switch, or 'oscillate', between these two different modes of being. This is why it is called the dual process model, because a person need to go back and forth between these two different processes

The Loss-oriented process

Things that make you think about your loved one and their death are called loss-oriented stressors. In essence, these are thoughts, feelings, actions and events that make you focus on the actual loss, stories about life before the loss, and the sadness for all plans and hopes for the future, which will not be fulfilled. This may involve things like thinking about how much you miss your loved one, looking at old photos, recalling particular memories or visit the grave. Loss-oriented stressors can bring up lots of powerful emotions, such as sadness, loneliness and anger.

The Restoration-oriented process

Restoration-oriented stressors are things that let you get on with daily life and distract you from your grief for a while. Even for a few minutes, these thoughts and activities will allow you a small break from focusing on your pain. In other situations, learning to manage a new way of living without the deceased might give the bereaved a

feeling of loneliness and despair and uncover difficulties in everyday life situations. An example of a restoration-oriented stressor is working or cleaning the house. Some people cope with grief by taking on a tough work assignment or by tending to everyday chores in order to give themselves something other than their pain to focus on. Other examples include watching a funny TV show, going out with friends, or doing exercise. It might also be difficult to find good solutions on practical tasks as changing tires, making food, washing clothes or helping the children with their mathematical tasks from school.

Stroebe and Schut emphasize that for most people repressing or ignoring emotions for shorter or longer periods is actually a normal way of coping with grief. It is our mind's way of easing the pain a little, and giving us at least a few moments where we can get important and practical tasks done. Without a restoration-oriented behavior, you could end up unable to look after yourself or get on with daily life. In this way, it is a vital part of carrying on after the death of a loved one. The process is called restoration-oriented because it is behavior that is trying to restore order and normality.

Oscillation

The ability to change focus and go back and forth between a loss oriented and a restoration-oriented mindset, is one of the most important matter in this model. Strobe and Schut has named this part of the process for Oscillation, which refers to the way that a grieving person can move back and forth between the two modes of being; loss-oriented and restoration-oriented. It is important for the bereaved to embrace this oscillation, as you can move in and out of intense grief and tackle the reality of the loss bit by bit. Many bereaved people are oscillating between the two modes without realizing it. Perhaps in the morning, you watched television, or listened to the news on the radio, and for a while, you were distracted by an interesting news story – that's restoration-oriented. Then you saw a picture that made you think of a particular memory of your loved one, which made you cry – that's loss-oriented. After crying for a while, you thought, "Right, I really need to clean the kitchen." While focusing on cleaning, you feel less focused on your pain – you have moved back to restoration.

Many people find the dual process model a helpful way of thinking about their grief because it does not put the main emphasis on

confronting your feelings. It is the oscillation and the process of going back and forth between the two different stages which is important.

There are also arguments that the dual process model is more useful for men, whereas previous theories of grief focused on a very stereotypically female way of grieving; namely, expressing emotions directly and working through them. Men are more often more likely to use more restoration-oriented activities to help them cope. It is still very important to oscillate, but gender might present different ways of entering this process, and this model of grief acknowledges both times of distraction for the loss, and times with focus on the loss as a healthy, normal way of grieving.

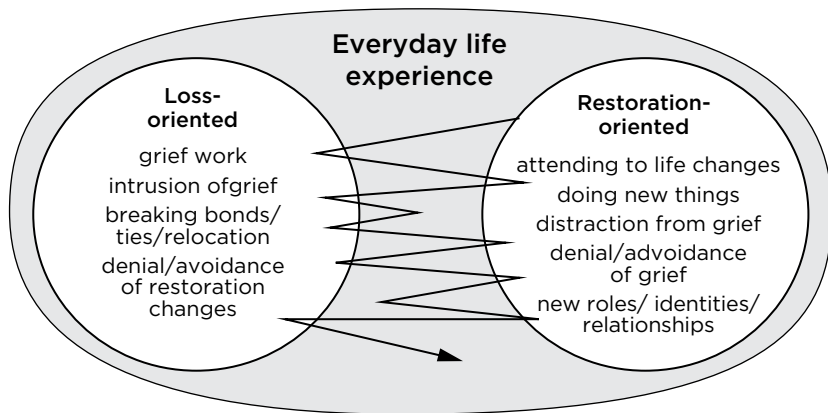


Figure 1. A dual process model of coping with bereavement

Використана література / References:

- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. sadness and depression Vol. 3, Vol. 3. London: Hogarth Press: Institute of Psycho-Analysis.
- Darwin, C. (1872). The Expression of the Emotions in Man and Animals by Charles Darwin: Murray.
- Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying.
- Parkes, C. M. W. R. S. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic Books.
- S., F. (1917/2001). Mourning and melancholia (Strachey J Ed. Vol. XIV). London: Vintage.
- Schut, M. S. H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. Death Studies, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046

Джанер Бінголь. Ціна виживання

Коли слово «травма» вживається в сучасній психотерапії/психоаналітичній літературі, найчастіше воно стосується кумулятивної (Khan, 1975) або дитячої травми і вказує на глибоке відчуття безпорадності, страх бути покинутим, нарцисичні травми, ранні втрати, а останні десять-п'ятнадцять років і на ранню сексуальну травму. Доросла людина, що вижила в авіакатастрофі, нападі, що загрожував життю, терористичному акті, при катуванні, війні чи геноциді, іноді «Божою волею», часто вважає неаналітичних терапевтів та групи самодопомоги більш відкритими до психологічних наслідків її чи його досвіду. Психотерапевти здебільшого тривожно мовчать щодо цієї теми або намагаються зрозуміти реакції з точки зору затримки розвитку, ранньої дитячої травми чи конфлікту. Наче сама теорія психоаналітичної психотерапії заперечує або відокремлює можливість реакцій на пізню травму, подібно до заперечення розбещення в дитинстві впродовж більшої частини минулого століття.

Звертаючи увагу на необережне надмірне вживання слова «травма» в психотерапевтичних колах, Анна Фрейд (1967) запитує, чи травма означає подію, що «засмучує, має велике значення для зміни шляху подальшого розвитку»? Чи це слово повинно бути закріплене за подіями, які «руйнують, спустошують, спричиняють внутрішні розлади, піддаючи ризику саме Его та його функціонування»? У подібному ключі Крістал (1976) коментує систематичну помилку в психотерапії, коли патогенне плутають із руйнівним. У цьому семінарі/майстер-класі термін «травма» буде використовуватися для позначення того, що Крістал (1978) називає «надзвичайними обставинами травматизації – стихійними лихами, катастрофами та згубними соціальними ситуаціями. <...> Повний травматичний процес слід назвати катастрофічною травмою», – підсумовує він.

Під тиском світових подій, зокрема двох світових війн і Голокосту, ряд психоаналітиків/психотерапевтів (Freud, 1920; Kardiner, 1969; Krystal, 1968, 1978, 1986, 1988; Cohen 1986: та серед них Laub і Auerhahn, 1989) із різним ступенем успіху пропонують психодинамічні рішення проблем травматичних

неврозів (визначення Фрейда). Загалом ці реакції становили проблему для психоаналітичної метапсихології, оскільки вони протистоять традиційній категоризації та вимагають певного теоретичного переформулювання, що ми розглянемо нижче тут. Незважаючи на зростання частоти насильства на національному та міжнародному рівнях, а також на кількість літератури про посттравматичні стресові розлади в галузі психічного здоров'я, сучасні психотерапевти не класифікували травми дорослих у власній метапсихології. Тут будуть досліджуватися причини, чому розгляд впливу травми у дорослих як самостійної події, здатної спричинити серйозні та тривалі порушення навіть у найстабільніших особистостей, є викликом для психотерапії.

Сучасне розуміння психотерапією травми у дорослих має враховувати необхідну напругу між теорією та практикою, на яку покликається Ігл (1984). Розповідь пацієнта про його досвід та міжособистісний контекст, у якому його було сформовано, повинні утримуватись у свідомості терапевта за допомогою пояснювальної моделі, на яку можна покликатися й уточнювати її впродовж терапевтичного процесу. Не повертаючись до затримок розвитку, дитячих травм, конфліктів або лакун, тут пояснено і показано, як травма у дорослих може підірвати саму основу, на якій ґрунтувалося раніше стабільне відчуття себе та себе по відношенню до інших. Розглянемо, чому психічне насилля продовжує впливати і змінювати власний та чужий подальші досвіди із разючою схожістю, враховуючи різноманітність як травм, так і постраждалих особистостей.

Caner Bingol.

COST OF SURVIVAL

When the word "trauma" is used in contemporary psychotherapy/psychoanalytic literature, most often it refers to cumulative (Khan, 1975) or childhood trauma, indicating a profound sense of helplessness, fears of abandonment, narcissistic injuries, early losses, and -- in the past ten to fifteen years -- early sexual trauma. The adult survivor of a catastrophe, be it an airplane crash, a life threatening assault, an act of terrorism, torture, war or genocide, sometimes an «act of god,» frequently finds nonanalytic therapists and self help groups more open to the psychological consequences of his or her experience. Psychotherapists, for the most part, maintain an uneasy silence on the topic, or attempt to understand the reactions in terms of developmental arrests, infantile trauma or conflict. It is as if psychoanalytic psychotherapy theory itself denies or dissociates the possibility of reactions to late onset trauma, just as childhood seduction was also denied for much of the last century.

Drawing attention to the careless overuse of the word "trauma" in psychotherapeutic circles, Anna Freud (1967) asks whether trauma means that an event is "upsetting, that is significant for altering the course of further development," or whether the word should not be reserved for those events that are "shattering, devastating, causing internal disruption by putting the ego function and ego at risk". In a similar vein, Krystal (1976) comments on the frequent error in psychotherapy when that which is pathogenic is confused with something shattering. In this workshop/masterclass the term trauma will be used to mean what Krystal (1978) refers to as «extreme circumstances of traumatization--disasters, catastrophes and overwhelming social situations". "Full traumatic process should be called catastrophic trauma", he concludes.

Under the pressure of world events, notably the two world wars and the Holocaust, a number of psychoanalysts/psychotherapists (Freud, 1920; Kardiner, 1969; Krystal, 1968, 1978, 1986, 1988; Cohen 1986; and Laub and Auerhahn, 1989, among them) with varying degrees of success offer psychodynamic solutions to the problems of the traumatic neuroses, as Freud named them. In general these reactions have represented a problem to psychoanalytic metapsychology because they appear to

resist traditional categorization, as we shall expand upon below in this masterclass, and call for some degree of theoretical reformulation. Despite the increasing incidence of violence on a national and international level, and the burgeoning literature on PTSD in the mental health field in general, contemporary psychotherapists have not taken up the challenge of locating adult trauma within their own metapsychology. This workshop /masterclass/group work will explore the reasons why considering the impact of adult onset trauma as an event in itself, capable of causing serious and lasting disruption in even the most stable personality, offers a challenge to psychotherapy

A contemporary psychotherapy understanding of adult onset trauma must respect the necessary tension between theory and practice to which Eagle (1984) refers. The patient's experience-near narrative and the interpersonal context in which it has been fashioned must be held together in the therapist's mind by an explanatory model to which the therapist will be referring and refining throughout the therapeutic process. Without recourse to developmental arrests, infantile trauma, or conflict, or space this workshop/masterclass/group work will explain and experience how adult onset trauma might undercut the very foundation on which a previously stable sense of self and self in relation to other was predicated, and why the psychic assault continues to reverberate through and to alter subsequent experience of self and other in strikingly similar ways considering the diversity of both the traumas and of the personalities affected.

Використана література / References:

- Clark, R. (1980), Freud: The Man and the Cause. New York: Random House.
- Cohen., J. (1985), Trauma and Repression. *Psychoanalytic Inquiry*, 5,1:163-190.
- Eagle, M. (1984), *Recent Developments in Psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ferenczi, S. (1933), Confusion of tongues between adults and the child. In B. M. (ed.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac Books, pp. 156-167.
- Freud, A. (1967), Comments on Psychic Trauma. In *The Writings of Anna Freud (Vol. 5,)*. New York: International Universities Press, pp. 221-241.
- Freud, S. (1914), *The History of the Psychoanalytic Movement*. New York: Norton.
- ---. (1919), Introduction to Psychoanalysis and The War Neuroses. In *Psychoanalysis and The War Neuroses*.
- ---. (1920), *Beyond the Pleasure Principle*. New York: Norton.
- ---. (1923), *The Ego and the Id (Standard Edition ed., Vol. 19)*. London: Hogarth Press.
- ---. (1926), Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In *Standard Edition (Vol. 20,)*. London: Hogarth Press, pp. 77-174.
- Khan, M. (1975), The Concept of Cumulative Trauma. In *The Privacy of the Self*. London: The Hogarth Press,
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- ---. (1984), *How Does Analysis Cure*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Krystal, H. (ed.). (1968), *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities in Psychoanalysis Press.
- ---. (1978), Trauma and Affects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 33:81-116.
- ---. (1985), Trauma and the Stimulus Barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5:121-161.
- ---. (1988), *Integration and Self Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Laub, D., & Auerhahn, N. (1989), Failed Empathy--A Central Theme in the Survivor's Holocaust Experience. *Psychoanalytic Psychology*, 6 (4):377-400.

Ізабель Фернандес.

COVID-19, психічні стани та EMDR-захист психічного здоров'я персоналу первинної допомоги

Медичним працівникам, медсестрам і лікарям часто доводиться швидко виконувати складні завдання, щоб ефективно допомагати людям, які перебувають у небезпеці. Проте, впродовж останнього року медичні працівники були обтяжені додатковим стресом, що викликаний впливом надзвичайної ситуації з коронавірусом на різні критичні події, які є факторами ризику розвитку травматичних стресових реакцій.

ФАКТОРИ РИЗИКУ

Події, які суттєво вплинули на психологічне самопочуття медичних працівників і є факторами ризику розвитку стресових реакцій під час пандемії (ВООЗ, 2020р):

- ведення багатьох пацієнтів одночасно, з недостатніми ресурсами для подолання невідкладної ситуації;
- страх зараження та поширення інфекції;
- висока смертність пацієнтів і колег;
- раптові та безперервні зміни в робочих практиках і процедурах (більшість співробітників інших відділень раптово перевели у відділення реанімації, без необхідного досвіду);
- непередбачуваність сценарію;
- необхідність надавати емоційну підтримку пацієнтам в ізоляції та, у багатьох випадках, супроводжувати вмираючих;
- соціальна ізоляція (включаючи розлуку з членами сім'ї) через карантин;
- дискримінація та стигма.

Під час першої фази цієї пандемії стало зрозуміло, наскільки тонка грань розділяє особисте та професійне у роботі медичних працівників. Той факт, що багато колег були інфіковані або померли, зменшив важливу в медичній роботі емоційну дистанцію, якої лікарі повинні дотримуватись під час надання допомоги своїм пацієнтам. Цей досвід травмувальний сам собою, але також не дав уцілілим працівникам можливості оплакувати своїх товаришів по роботі та друзів.

Заразом кожен інфікований лікар або медсестра нагадували іншим, що вони можуть бути наступними. Такий досвід є одним із найбільших факторів ризику посттравматичних розладів.

Крім того, надзвичайна ситуація з коронавірусом також додала персоналу ще один дуже травмувальний аспект: страх, що доступного обладнання для підтримки життя не вистачить на всіх, при великій кількості пацієнтів одночасно.

Лікарям доводилося працювати без перерви та вихідних, набагато довшими та виснажливішими змінами, щоб підтримати своїх колег. Їм також доводилося постійно бути насторожі через велику кількість пацієнтів із занадто коротким періодом відновлення, який часто не був цілком спокійним.

На додаток, носіння захисного спорядження на роботі саме собою було джерелом дистресу, адже робило рухи складнішими та втомливими, а також подовжувало час, необхідний для одягання перед входом у «брудну» зону.

Також деякі захисні фактори, наприклад, сім'я, для деяких медичних працівників втратили свою силу через страх заразити власних родичів. Прості жести, як обійми власних дітей, більше не були спонтанними, блокувалися страхом розповсюдити вірус і втратити рідних. Якщо раніше дім був місцем декомпресії всього пережитого впродовж стресового дня, то зараз із поверненням додому пов'язаний страх, що є когнітивно-дисонуючим фактором, який не дозволяє по-справжньому відключитися та відновитися фізично та психологічно до наступного робочого дня. (IASC - Міжагентський постійний комітет - керівний ряд факторів ризику для лінії фронту).

Врешті у лікарняних палатах дуже відчувалася потреба в «гуманізації». Медсестрам важко допомогти самотньому пацієнту без свідомості; вони вважають, що: несправедливо дозволяти людям помирати далеко від своїх сімей; необхідно допомагати пацієнтам в останні хвилини; потрібно компенсувати відсутність близьких хворого.

Це стало дуже актуальним в Італії, але в статтях, опублікованих на міжнародному рівні, ніколи не згадувалося про стрес медичних працівників під час пандемії. Лікарі та медсестри майже завжди

були єдиним засобом зв'язку із сім'ями загиблих. Їм доводилося повідомляти про смерть пацієнта родичам, які навіть не змогли побачити своїх близьких востаннє. Щоб зменшити жорстокість події, багато медпрацівників казали, що пацієнти не страждали, хоча насправді це не так. Пацієнти не тільки відчувають біль, але й перебувають у свідомості. Лікарі відчувають, що нічого не можуть для них зробити, бо це нове захворювання, тому ніхто не знає можливих наслідків.

«Персонал на передовій бачив страждання та спустошення в їхніх очах, у надзвичайній ситуації, коли очі та погляд були єдиними засобами зв'язку».

Це те, що відбувалося в лікарнях, але на цьому травматичні наслідки пандемії для медичного персоналу не закінчилися.

За межами лікарні надавачі первинної допомоги зіткнулися з: поширенням заперечення коронавірусної хвороби; особами, які ніколи не бачили ковідних відділень, тому не могли усвідомити трагедії, яка там відбувалася. Про існування стигматизації медичних працівників з боку громади повідомлялося в деяких країнах, наприклад, у Тайвані, а також у Постійному комітеті європейських лікарів.

Лікарі та медсестри опинилися в центрі парадоксальної ситуації: під час першої хвилі захворювання їх вважали героями, надалі вони стали відповідальними за спалах недуги і смерть пацієнтів.

Для медперсоналу подолання гніву цієї категорії населення стало додатковим емоційним тягарем, який потрібно нести разом із робочим.

Це явище виникає, адже система допомоги пацієнтам з COVID-19 невидима. При інших захворюваннях члени сім'ї завжди залучені до процедури лікування, їм надається вся інформація. Однак у ситуації з COVID-19 неможливо побачити пацієнта та його лікування на власні очі, є лише слова лікаря чи медсестри, які доглядають за ним. Це не стосується інших захворювань, і заперечення, як такого, також немає при інших видах недуг.

НАСЛІДКИ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Дуже важливим для врахування аспектом є прикутість уваги до вірусу та пошуку ефективних способів лікування та боротьби з ним. Але психологічні наслідки пандемії матимуть величезний і потенційно більш руйнівний вторинний вплив на суспільство.

Після цієї пандемії певні спогади чи образи можуть залишитися «відкритими ранами», які без лікування належним чином та дотримання специфічних терапевтичних протоколів можуть викликати ускладнення на професійному рівні у постраждалих, створюючи відчуття тривоги, що може стати справжнім захворюванням.

Важливо знати, що навіть після завершення надзвичайної ситуації, для мозку, що зазнав такого високого і тривалого рівня стресу, усе буде продовжуватись. Цей тип дискомфорту може зберігатися, поки не стане хронічним синдромом вигорання. Він дуже часто впливає на гармонію, яка повинна існувати для ефективної роботи з колегами, членами однієї команди (водії швидкої допомоги, медсестри, лікарі тощо) або іншої (тобто правоохоронні органи тощо), що унеможлиблює коректне використання оперативних протоколів чи рекомендацій і, перш за все, чітку оцінку потреб пацієнтів.

До цієї пандемії дослідження, проведені, наприклад, після спалаху SARS, показали значні результати щодо наявності посттравматичних симптомів у медичних працівників (1 з 4 повідомлених посттравматичних симптомів серед інших симптомів). Це потенційно пов'язано з недостатньою підготовленістю до надзвичайної ситуації (Chan and Huak, 2004; Lee et al., 2007). З огляду на дослідження ми можемо припустити, що надзвичайна ситуація з COVID-19 також може викликати травмувальний досвід у медичних працівників, маючи значний вплив на їхнє психологічне самопочуття.

НА ЩО ВКАЗУЄ ДОСЛІДЖЕННЯ

Існує значна кількість досліджень, які підтверджують, що працівникам екстреної медичної допомоги необхідна психологічна підтримка.

Ще у 2003 році, зі спалахом епідемії ГРВІ, різні автори повідомили вагомі дані щодо теми:

- Епідеміологічні дослідження показали, як попередні інфекційні захворювання викликали довгострокові та стійкі психопатологічні наслідки для цієї категорії (Tam et al., 2004; Lee et al., 2007). Під час різних пандемій, що поширювалися впродовж багатьох років, серед медичних працівників спостерігалися високі показники тривожності, депресії, стресу та безсоння; багато хто говорить про 27%.
- Під час та після спалаху важкого гострого респіраторного синдрому (SARS) у 2003 році надавачі первинної допомоги повідомили про відсутність підтримки на робочому місці та, як наслідок, про серйозні психологічні симптоми, такі як гострий стрес (Tam et al., 2004). Зокрема у 20% персоналу розвинувся посттравматичний стресовий розлад.
- Під час епідемії Близькосхідного респіраторного синдрому (MERS) у 2015 році медичний персонал показав підвищений довгостроковий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що призвело до збільшення тривалості відсутності на роботі (Lee et al., 2018).
- Під час таких пандемічних надзвичайних ситуацій, як пандемія COVID-19, медичні працівники, що надають первинну допомогу, стикаються з несподіваним навантаженням в умовах невизначеності та безпорадності; є більш вразливими до інфекції через прямий контакт із пацієнтами, що підвищує віру у власну заразність для членів своїх сімей та колег (Liu et al., 2020; Ran et al., 2020).
- Медичні працівники відчувають невизначеність, безпорадність, відчуженість, ізоляцію та труднощі в управлінні своїм робочим навантаженням.
- Їм доводиться справлятися із самотністю, стигмою та високими очікуваннями, що можуть призвести до важких емоційних та психологічних наслідків: гніву, тривоги, безсоння та стресу, пов'язаних із невизначеністю пандемії (Ran et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Усі вищезгадані фактори ризику, швидше за все, можуть призвести до початку вигорання (Ornell et al., 2020).

Бу та інші в метааналізі, опублікованому в *Journal of Psychiatric Research*, виявили значний стрес, особливо у медсестер. Ви-

горання в медичній галузі вже до пандемії становило 11,3%.

У Німеччині було встановлено, що лікарі мають високий рівень тривожності та депресивних симптомів (Boehlken, 2020). У рамках цієї пандемії Паппа та інші також опублікували дані про лікарів у Великобританії та Греції (Brain, Behavior and Immunity, 2020), що вказують на значні проблеми з настроєм та сном. Крім того, Чжан та інші повідомляють про 36% випадків безсоння в Китаї (Frontiers in Psychiatry, 2020).

Ці результати повинні змусити нас задуматися, що емоційний і психологічний стреси, викликані цією надзвичайною ситуацією, поширились більше, ніж вірус: на сьогодні більше людей страждають від цих недуги, ніж від самого вірусу.

EMDR-терапія

Асоціація EMDR Італії провела дослідження щодо психологічного впливу COVID-19 на медичних працівників; це дослідження є одним з небагатьох, проведених в Італії; в ньому взяли участь 744 особи, які працювали в 17 різних лікарнях і геріатричних закладах. Група, яка отримувала лікування, мала рівень посттравматичних симптомів 62%. У цьому конкретному дослідженні медичні працівники показали вдвічі більше посттравматичних симптомів, ніж у дослідженні Джустіта інших, але стадії клінічних симптомів були подібними до описаних раніше. Дослідження, проведене Італійською асоціацією EMDR, показало, що наприкінці лікування EMDR-терапією більшість реципієнтів більше не повідомляли про діагноз ПТСР.

Крім того, пацієнти, що отримали EMDR-лікування, показали значне полегшення стресу, занепокоєння, гніву, проблем з настроєм і сном, а також потреби в допомозі, яке вдвічі перевищило результати пацієнтів без лікування.

Можна втручатися як через короткий цикл групових сесій EMDR, так і на індивідуальній основі, щоб дозволити залученим медичним працівникам відрефлексувати травматичний стрес, заохотити їх повернутися до нормального робочого, сімейного та особистого життя.

Мета - допомогти медичному персоналу визначити власні потреби в психологічній підтримці, щоб покращити суб'єктивну якість

їхньої роботи. На цих зустрічах вони отримують корисні інструменти для зміцнення ресурсів управління стресом та укріплення психологічних захисних факторів. Під час цих сесій важливо виділити час для розуміння, як кожна людина впоралася зі стресом, якими були його психологічні наслідки та які зміни в житті спричинила ця надзвичайна ситуація.

Важливо також враховувати, що раніше таких симптомів у цій групі не було, тому не потрібно патологізувати їх, а пояснювати, що це звичайна реакція на виняткову травматичну ситуацію та існують методи втручання, які можуть значно полегшити страждання.

Багато керівників медичного персоналу лікарень, що працюють переважно в реанімації та інтенсивній терапії, усвідомлюють, що штат потребує допомоги, і звертаються за специфічною психологічною підтримкою, як-от EMDR. Прикладом є генеральний директор місцевого управління охорони здоров'я компанії «Ulss 2 - Marca Trevigiana», який попросив активувати проєкт психологічної підтримки персоналу як у невідкладний, так і в постекстремний період пандемії COVID-19; проєкт був направлений на 9 000 співробітників, розподілених у лікарнях та місцевих закладах у столичному районі Тревізо (Treviso, Montebelluna, Castelfranco, Oderzo, Conegliano and Vittorio Veneto).

Ця робота усуває всі ті фактори ризику, які можуть стати основою для розвитку та хронізації цілого ряду посттравматичних розладів, що можуть призвести до втрати різних аспектів життя кожної людини.

З нашого дослідження видно, що робота з EMDR не тільки сприяє швидшому відновленню та забезпечує захисні фактори для можливого повторного впливу інших стресових подій, але й значно зменшує витрати, передбачені бюджетом на підтримку персоналу.

ВИСНОВКИ

Дані, представлені в цій статті, відповідають тому, що було помічено в міжнародних публікаціях про медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Більшість відомостей — це публікації китайських дослідників та авторів із Великобританії, Сінгапуру, Бразилії тощо, опубліковані в *Brain, Behavior and Immunity*, *Frontiers in Psychiatric*, *Journal of Psychiatric Research*.

Шкали оцінки, що використовуються в різних дослідженнях, опублікованих на сьогодні, однакові, особливо шкала впливу подій.

Наші дані та численні наукові дослідження показують, що надавачі первинної допомоги є вразливою групою. Це важливо враховувати, оскільки медичний персонал є життєво важливим ресурсом для всіх країн. Загальний заклик від усіх авторів полягає в тому, щоб зміцнити свою стійкість і пом'якшити їхню вразливість.

Важливо захищати моральний та психічний стан медичних працівників у реаліях пандемії, оскільки існує дисонанс між їхніми обов'язками, цінностями, альтруїзмом та особистим страхом перед ризиком зараження та смерті. Усі статті підтверджують, що населення найбільше боїться не зараження інфекцією, а відсутності знань про її лікування та, як наслідок, відчуття безсилля.

Наші дані підтримують і підтверджують, що EMDR-терапія може бути дуже ефективною та зручною, оскільки її ефективність однакова у групових та індивідуальних заняттях, офлайн та онлайн. Двох зустрічей достатньо, щоб реакції та симптоми повернулися до ремісії.

Оскільки пандемія збільшила попит на послуги у сфері психічного здоров'я для медичного персоналу, психологи повинні відігравати важливу роль у невідкладному плануванні та управлінні командою.

Isabel Fernandez.

COVID-19, mental conditions and EMDR protecting front line healthcare staff's mental health

Healthcare professionals, nurses, and doctors often have to perform complex tasks quickly in order to effectively assist people in danger. Nonetheless, over the past year, healthcare staff have also been burdened with additional stress caused by the exposition to the various critical events of the Coronavirus emergency, which constitute risk factors for the development of traumatic stress reactions.

RISK FACTORS

The events that have had a major impact on healthcare staff's psychological wellbeing and that represent risk factors for the development of stress reactions during the pandemic are (WHO, 2020b):

- managing many patients at the same time and with insufficient resources to face the emergency
- the fear of being infected and of spreading the infection
- the high mortality of patients and colleagues
- the sudden and continuous changes in work practices and procedures (most of the staff from other wards suddenly found themselves reassigned to ICUs without having the necessary experience)
- the unpredictability of the scenario
- the need to provide emotional support to patients in isolation and, in many cases, to accompany the dying ones
- social isolation (including separation from their family members) for being quarantined
- discrimination and stigma.

Especially during the first phase of this pandemic, it became clear how thin was the line dividing the personal and the professional dimension in the work of healthcare staff. The fact that many colleagues had been infected or had died reduced the emotional distance doctors should keep while assisting their patients, which is important in medical work; this was not only traumatising per se, but

it did not even allow the surviving colleagues to have the chance to mourn their workmates and friends.

In addition, every doctor or nurse that was infected reminded others that they could be the next, and this kind of experience represents one of the great risk factors for post-traumatic disorders.

Furthermore, the Coronavirus emergency also exposed staff to another very traumatising aspect: dealing with many patients at once and fearing that the life support equipment available will not be enough for so many people.

They had to work non-stop and without holidays, on much longer and exhausting shifts in order to support their colleagues in hospitals. They also had to maintain a constant state of vigilance due to the high number of patients, with a too short time to recover that often was not entirely restful.

In addition to this, wearing protective equipment at work was itself a source of distress, making movements more difficult and tiring, and extending the time taken to get dressed before entering a 'dirty' area.

On the other hand, some protective factors, such as the family, were no longer as present as before for some healthcare workers, due to the fear of infecting one's own relatives or parents. Simple gestures such as hugging your own children were no longer spontaneous, blocked by the fear of spreading the virus and losing them. For a doctor, the fear of coming back home, which is generally a place for decompressing all the stress experienced during the day, is a cognitively dissonant factor that does not allow to ever truly disconnect and recover physically and psychologically for the next day of work (**IASC -Inter Agency Standing Committee- guide line of risk factors for front line**).

Finally, the need to «humanise» was very much felt in hospital wards. For nurses, it is hard to assist a patient that is alone and unconscious; they feel that it is not fair to let people die away from their families, they feel that it is necessary to help the patients in their last moments and try to make up for the absence of their loved ones.

This aspect in particular was the most relevant in Italy, but the articles published internationally about healthcare staff's conditions during the pandemic never mentioned the stress to which they were exposed. Doctors and nurses were almost always the only means of

communication with the victims' families. They had to communicate the death of a patient to relatives that could not even see their loved one for the last time; to lighten the brutality of the event, many doctors had to say that the patients had not suffered, when in fact that was not the case. Not only are the patients in pain, but they are also conscious, and doctors feel that they cannot do anything for them because this is a new disease and nobody knows yet all the implications of it.

«Front line personnel saw the suffering and devastation in their eyes, in an emergency where eyes and looks were the only means of communication.»

This is what happened within hospitals, but the traumatic effects of the pandemic on medical and healthcare personnel did not end there.

Outside the hospital, as a matter of fact, front line responders were confronted with the spread of COVID denialism and with a part of society that had never seen a COVID-19 ward, so was unable to perceive the tragedy that was happening there. The existence of stigmatisation of healthcare staff by the community was reported in some countries, like Taiwan, and also by the Standing Committee of European Doctors.

Doctors and nurses found themselves at the centre of an absolutely paradoxical situation: during the first wave, they were seen as heroes, while in the following waves, they became responsible for the outbreak and the death of the patients.

Therefore, for front line staff, dealing with the anger of this population became an additional emotional burden to bear on top of the one incurred in the hospital.

This phenomenon occurs because the care system for COVID-19 patients is not visible. When it comes to other diseases, family members are always involved in the treatment procedure, all information is made available to them. However, in this situation, it is not possible to see anything of what is done to the patients except through the words of the doctor or nurse that are taking care of them. This is not the case with other diseases, just as there is no such thing as denialism with other kinds of illness.

CONSEQUENCES OF STRESSFUL EVENTS ON HEALTHCARE STAFF

A very important aspect to consider is that, until now, the focus has always been on the virus and on finding effective ways of treating and defeating it, but the psychological implications of the pandemic will have a huge and potentially more devastating secondary impact on the community.

In the aftermath of this pandemic, certain memories or images may remain as 'open wounds' which, if not treated with due care and with specific therapeutic protocols, are known to cause sequelae at a professional level in people affected, generating a sense of unease that may turn into a real malaise.

It is important to know that even when this emergency situation is over, for a brain that has been subjected to such high and prolonged levels of stress, it will still not be over. This type of discomfort can persist until it becomes a chronic condition of burnout which, very often, can also affect the indispensable harmony that must exist to work effectively with colleagues, members of the same team (ambulance drivers, nurses, doctors...) or of a different one (i.e., law enforcement...), thus making it impossible to use operational protocols or guidelines correctly and, above all, to assess the needs of patients with the necessary clear thinking.

Prior to this pandemic, studies carried out for example after the SARS outbreak showed significant results regarding the presence of post-traumatic symptoms among healthcare workers (1 out of 4 reported post-traumatic symptoms among other symptoms), potentially attributable to lack of preparedness to deal with the emergency (Chan and Huak, 2004; Lee et al., 2007). On this basis, we can hypothesise that also the COVID-19 emergency has the potential to trigger traumatising experiences in healthcare workers, producing a significant impact on their psychological wellbeing.

WHAT THE RESEARCH SUGGESTS

As far as emergency healthcare workers are concerned, there is a significant amount of research confirming their specific need for psychological support.

As mentioned above, various authors reported significant data on this topic already in 2003, with the outbreak of the SARS epidemic:

- Epidemiological studies have shown how previous infectious diseases cause long-term and persistent psychopathological consequences on this category (Tam et al., 2004; Lee et al., 2007). In particular, in the various pandemics that have spread over the years, high rates of anxiety, depression, stress and insomnia have been observed among healthcare workers. Many speak of 27%.
- During and after the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak in 2003, frontline workers reported a lack of support in the workplace and, consequently, major psychological symptoms as acute stress (Tam et al., 2004). In particular, 20% of staff had developed PTSD.
- During the Middle East Respiratory Syndrome (MERS) epidemic in 2015, medical staff showed an increased long-term risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD), which led to increased absenteeism from work (Lee et al., 2018).
- During pandemic emergencies, as the COVID-19 pandemic, frontline healthcare workers deal with an unexpected workload in a context of uncertainty and helplessness and are more vulnerable to infection due to their direct contact with patients, which also increases the belief that they will infect their family members and colleagues (Liu et al., 2020; Ran et al., 2020).
- Healthcare workers experience feelings of uncertainty, helplessness, alienation, isolation and difficulty in managing their workload.
- They have to cope with loneliness, stigma, and rigid expectations, which can lead to important emotional and psychological consequences such as anger, anxiety, insomnia, and stress related to the uncertainty of the pandemic (Ran et al., 2020; Zhang et al., 2020).

All of the risk factors mentioned can most likely lead to an onset of burnout (Ornell et al., 2020).

Woo et al. in a meta-analysis published in the *Journal of Psychiatric Research*, found significant distress, especially in nurses. Burnout in the healthcare population was already 11.3% before the pandemic.

In Germany, doctors were found to have high levels of anxiety and depressive symptoms (Boehlken, 2020). As part of this pandemic, Pappa et al. also published data on doctors in the UK and Greece (Brain, Behaviour and Immunity, 2020), where significant mood and

sleep problems were found. Furthermore, Zhang et al. report 36% of insomnia in China (Frontiers in Psychiatry, 2020).

These results should make us think about the fact that the emotional and psychological distress caused by this emergency has spread more than the virus: to date, we have more people affected by this malaise than by the virus itself.

EMDR THERAPY

EMDR Italy Association has conducted research on the psychological impact that COVID-19 has had on healthcare workers; this research is one of the few carried out in Italy and involved 744 subjects working in 17 different hospitals and nursing homes. The treated population had a level of post-traumatic symptoms of 62%. In this specific study, healthcare workers presented twice as many post-traumatic symptoms as in the study by Giusti et al., but the levels of clinical symptoms were similar to the study previously described. The study conducted by EMDR Italy Association showed that, at the end of EMDR treatment, the majority no longer reported a diagnosis of PTSD.

In addition, after the treatment with EMDR, **stress, anxiety, anger, mood and sleep problems, and need for help** of the treated subjects showed a significant improvement, an improvement that doubled the one reported by untreated subjects.

It is possible to intervene both through a short cycle of EMDR group sessions and on an individual basis, in order to allow the healthcare workers involved to process the traumatic stress and to encourage their return to a normal working, relational, personal and family life.

The aim is to help medical staff identify their own needs for psychological support in order to help improve the subjective quality of their work: in these meetings, they are given useful tools to strengthen their stress management resources and increase their psychological protective factors. During these meetings, it is important to dedicate time to the understanding of how each individual has dealt with stress, what were its psychological effects and what life changes this emergency has brought about.

It is also important to consider that these symptoms were not present before in this population, so we should not pathologise them, but explain that they are common reactions to an exceptional traumatic

situation and there are intervention methods that can considerably alleviate such suffering.

Many directors of medical staff in hospitals, working mainly in resuscitation and intensive care, are aware that the personnel needs assistance and have requested specific psychological support such as EMDR. An example is represented by the General Director of the Local Health Authority Azienda Aulss 2 - Marca Trevigiana, who requested to activate a project of psychological support for the staff during both the emergency and the post-emergency period of the COVID-19 pandemic; the project was addressed to 9'000 employees distributed in hospitals and local facilities in the metropolitan area of Treviso (Treviso, Montebelluna, Castelfranco, Oderzo, Conegliano and Vittorio Veneto).

This work removes all those risk factors that can act as a basis for the development and chronicisation of a range of post-traumatic disorders that can invalidate various aspects of each person's life.

It is clear from our research that working with EMDR not only promotes faster recovery and offers protective factors for possible re-exposure to other stressful events, but also significantly reduces the costs budgeted for staff's support.

CONCLUDING REMARKS

The data presented in this paper are in line with what has been seen internationally in the various publications on healthcare professionals in the context of the COVID-19 pandemic. Most are publications by Chinese researchers and authors also from the UK, Singapore, Brazil, etc. published in *Brain, Behaviour and Immunity*, *Frontiers in Psychiatric*, *Journal of Psychiatric Research*.

The assessment scales used in the various studies published so far are the same, especially the Impact of Events Scale.

Our data and numerous scientific studies reveal that front-line staff are a vulnerable group. It is essential to take this into account, as healthcare personnel are a vital resource for all countries. The general call from all authors is to strengthen their resilience and mitigate their vulnerability.

It is important to safeguard the morale and mental wellbeing of

healthcare workers in the context of the pandemic, because there is a dissonance between their duty, their values, their altruism, and their personal fear of the risk of infection and death. All the articles confirm that what this population fears the most is not, however, getting the infection, but it is not knowing how to treat the infection and the consequent feeling of powerlessness.

Our data support and confirm that an intervention with EMDR can be very effective and convenient since its effectiveness is the same if it is done in a group or individually, in presence or online. Two meetings are sufficient to bring reactions and symptoms back into remission.

As the pandemic has increased the demand for mental health services for healthcare personnel, psychologists must play an important role in emergency planning and team management.

Деніс Флорес, Ейріні Ламмі. **Подолання стресу через резильєнтність**

Безперервні загрози та катастрофи глобального масштабу призвели до величезного стресу і людських страждань. Організації зазнають тиску, щоб підтримувати та захищати своїх співробітників від психологічного впливу стресу, з яким вони стикаються на робочому місці. Організації зобов'язані вживати обґрунтованих заходів для оптимізації психічного та фізичного здоров'я своїх працівників, особливо, коли робоче місце наражає їх на ризик. Нерегулярні зміни, реструктуризація, довший робочий час і вимоги (Stanley, Horn & Joiner, 2016) — це стрес, кумулятивні ефекти якого створюють для співробітників підвищений ризик розвитку психологічних розладів, пов'язаних із травмою (Berger, Coutinho, Figueira, Marques-Portella. Luz & Neylan, 2012).

Резильєнтність визначається як «здатність дорослих, які зазнали ізольованих і потенційно руйнівних подій, таких як смерть близького родича або ситуація, що загрожує життю, у звичайних обставинах, підтримувати відносно стабільний, здоровий рівень психологічного та фізичного функціонування» (Bonanno, 2004). Резильєнтність була визнана звичайною реакцією людини на потенційно травматичні події; вона має можливість для втручання та підтримки на рівні як особистості, так і навколишнього середовища, що може сприяти адаптації перед викликом (Hobfoll, 2002). Персонал аварійно-рятувальних служб можна вважати професійною групою «високого ризику», оскільки вони можуть відчувати широкий спектр наслідків для фізичного та психічного здоров'я через вплив критичних інцидентів, пов'язаних із роботою.

Результати вивчення мета аналізів постійно свідчать, що приблизно 10% осіб зі служб екстреного реагування мають ПТСР або інші форми психопатології (Berger and Coutinho et al., 2012). Спроби виявити осіб з підвищеним ризиком розвитку психологічних проблем через проведення попереднього скринінгу для визначення ймовірної здатності психологічно впоратися з вимогами роботи є обґрунтованими. Виявляючи таких людей, компанії можуть досягти більш оперативної ефективності та уникнути особистих витрат на окремих працівників, які схильні до психопатології, пов'язаної зі стресом.

Зовсім недавно концепція резильєнтності була застосована до працівників служб екстреного реагування: пожежників, парамедиків та поліцейських — людей, що повинні з'являтися першими на місці надзвичайної ситуації. Особи, які надають першу допомогу, піддаються потенційно травмувальним подіям, що є частиною їх повсякденного обов'язку. Результати досліджень свідчать, що близькість, тривалість та інтенсивність впливу є найбільш значущими предикторами симптомів фізичного та психічного здоров'я осіб, які надають першу допомогу (Benedek, Fullerton, Ursano, 2007). Служби екстреного реагування все частіше використовують доскринінгові заходи резильєнтності для виявлення загальних факторів ризику, пов'язаних із широким спектром наслідків для психічного здоров'я в результаті впливу критичних інцидентів на роботі (Benedek, Fullerton, Ursano, 2007). Тобто досліджувати резильєнтність у цій групі доцільно.

Шкала резильєнтності дорослих була розроблена, щоб забезпечити розуміння концепції резильєнтності. Ця шкала мала велику міжнародну базу даних на основі широкого дослідження військових і цивільних оперативних професій. Був проведений поглиблений аналіз і перевірка пунктів, у результаті чого була розроблена шкала з 75 рівнів, що вимірює п'ять вимірів сприйняття загрози, пристосування, прийняття рішень, подолання та відновлення. (Flores & Shinn, 2009). Шкала резильєнтності дорослих оцінює ці виміри у окремих людей і забезпечує основу для розвитку навичок і здібностей резильєнтності. Шкала приділяє особливу увагу сприйняттю загрози, оскільки забезпечує умови загальної поведінки та емоцій кандидата. Адже люди можуть бути стійкими в одних ситуаціях, але не в інших: це робить шкалу резильєнтності дорослих особливо надійною. Резильєнтність є незалежною конструкцією і варіюється залежно від культури, рівня зрілості та досвіду. Якщо розглядати резильєнтність як процес, то її можна розвинути та навчитися. Резильєнтні люди можуть швидко пристосуватися до мінливого середовища, успішно відновлюватися та адаптуватися до основних життєвих подій і травмувальних переживань. Резильєнтність також виражалася як компетенція або вміння, що втілює особистісні якості людей, які процвітають у складних обставинах.

Шкала резильєнтності дорослих надає засоби для оцінки цих

вимірів у індивідів і основу для розвитку навичок та здібностей резильєнтності. Розвиток індивідуальної резильєнтності – це встановлення важких і конкретних цілей, отримання зворотного зв'язку, використання можливостей для вивчення навичок і вмінь, розробка стратегій виконання завдань. Стратегії подолання ситуації включають активне вирішення проблем і пошук соціальної підтримки.

Flores, D. & Lammi, E.

Abstract: “Overcoming Stress Through Resilience”

Australian Council For Educational Research

Ongoing threats and disasters on a global scale have created enormous stress and human suffering. Organisations are under pressure to support and protect their employees from the psychological impact of stress encountered in their workplace environments. Organizations have an obligation to take reasonable steps to optimize their workers' mental and physical health particularly when their workplace puts them at risk. Workplace pressures, such as irregular shift patterns, restructures, longer work hours and demands (Stanley, Hom & Joiner, 2016), the cumulative effects of such stress, places elevated risk on employees of developing trauma-related psychological disorders, (Berger, Coutinho, Figueira, Marques-Portella. Luz & Neylan, 2012.

Resilience is defined as the “ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event, such as the death of a close relation or a life-threatening situation, to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning” (Bonanno, 2004). Resilience has been recognized as a common human response to potentially traumatic events and there is an opportunity for intervention and support to be provided at both the individual and at the environmental level, which could foster adaptation in face of challenge (Hobfoll, 2002). Emergency rescue personnel can be considered a «high risk» occupational group in that they could experience a broad range of health and mental health consequences because of work-related exposures to critical incidents.

Findings from meta-analyses studies consistently suggest that approximately 10% of first responders have PTSD or other forms of psychopathology (Berger and Coutinho et al., 2012). It seems reasonable to attempt to identify those who are at increased risk of developing psychological problems by implementing pre-recruitment screening to determine the likely capacity to psychologically cope with the demands of the job. By identifying people who are at higher risk for psychological problems, agencies can achieve greater operational efficiencies and avoid the personal costs to individual workers who are prone to stressor-related psychopathology.

More recently, the concept of resilience has been applied to first responders: people whose job entails being the first on the scene of an emergency, such as firefighters, paramedics, and police officers. First responders are exposed to potentially traumatic events as part of their everyday duty. Research findings suggest that proximity, duration, and intensity of exposure are the most significant predictors of first responders' physical and mental health symptoms (Benedek, Fullerton, Ursano, 2007). Emergency services are increasingly using pre-screening resilience measures to screen for general risk factors linked to a broad range of mental health consequences as a result of work-related exposures to critical incidents (Benedek, Fullerton, Ursano, 2007). Thus, it is appropriate to investigate resilience in this population.

The Adult Resilience Scale was developed to provide an understanding of the concept of Resilience. Based on extensive research from military and civilian operational occupations, the Adult Resilience Scale utilised a large international database. There was significant item analysis and review, resulting in a 75-item scale measuring the five Dimensions of Threat Perception, Adjustment, Decision Making, Coping and Recovery. (Flores & Shinn, 2009). The Adult Resilience Scale assesses these dimensions in individuals and provides a framework for developing resilience skills and capabilities. The Adult Resilience Scale pays particular attention to Threat Perception, as it provides a context for the candidate's overall behaviour and emotions. This is because people can be resilient in some situations but not in others, making the Adult Resilience Scale particularly robust. Resilience is an independent construct and varies across cultures and the level of maturity and experience. When resilience is viewed as a process, it

can be learned and developed. Resilient people can quickly adjust to the changing environment, and to successfully recover and adapt to major life events and traumatic experiences. Resilience has also been expressed as a competency or skill, embodying the personal qualities of individuals who thrive in difficult circumstances.

The Adult Resilience Scale provides the means of assessing these dimensions in individuals and affords a framework for developing resilience skills and capabilities. Building individual resilience is about setting difficult and specific goals, eliciting feedback, using opportunities to learn skills and abilities and developing task strategies. Coping strategies include active problem solving and seeking social support.

Використана література / References

- Benedek, D. M., Fullerton, C., Ursano, R. J. (2007). First Responders: Mental Health Consequences of Natural and Human-Made Disasters for Public Health and Public Safety Workers. *Annual Review of Public Health*, 28, 55–68.
- Berger, W., Coutinho, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., & Neylan, T. C. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry Epidemiology*, 47(6), 1001–1011.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Flores, D, &Shinn, J, (2009). Resilience, Enhancing Military Performance and Safety. *International Applied Military Psychology Symposium*, Riga, Latvia
- Hobfoll, S. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307–324.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25–44.

Онно Ван дер Харт. Спостереження травматичної дисоціації під час Першої світової війни: фундамент для сучасного розуміння та лікування

«Є загальна домовленість, що військові неврози мають розглядатися як результат функціональної дисоціації, що впливає з втрати найвищих контролюючих психічних функцій».

Чарльз С. Майєрс (1919, с. 51)

Велика війна, як спочатку називали Першу світову, залишила мільйони жертв, серед яких багато травмованих цивільних осіб та військовослужбовців. Зі зрозумілих причин, психіатрія була в основному зосереджена на діагностиці та лікуванні військових жертв. Що виявилось у різних видах центрів спостереження та лікування, як у тилу, у глибинках, так і для британців, які повернулись на батьківщину. Ця масова травматизація викликала безліч відповідних публікацій. Серед багатьох психіатричних праць про травми, пов'язані з бойовими діями, деякі, написані британським лікарем і психологом Чарльзом Семюелом Майєрсом (1873-1946), мають певну цінність для нашого розуміння та лікування дисоціації, спричиненої травмами, не лише у військовому, але й у цивільному житті, включно з домашнім середовищем (Myers, 1915, 1916, 1919, 1920-21, 1940). До речі, саме Майєрс ввів термін «снарядний шок» («панцирний шок») (Myers, 1915 р.), про який незабаром пошкодував, і врешті використання вислову було заборонено Британською Армією. Майєрс також вплинув на політику створення передових центрів лікування (тобто якнайближче до поля бою) у Британській Армії, натхненний первинною ініціативою французів.

Видима нормальна особистість (ii частина) та емоційна особистість (iii частина)

Відповідно до попередніх уявлень, особливо П'єра Жане, Майєрс у своїх клінічних спостереженнях та лікуванні військовослужбовців з гострою травмою виявив, що шок чи травма включають розвиток розділу особистості на дві або більше дисоціативних особистостей. Два прототипи цих особистостей це (I) відносно

нормальна особистість (ВНО), відповідальна за функціонування у повсякденному житті, і (2) емоційна особистість (ЕО), що застрягла у травматичних переживаннях та пов'язаних із ними спробах захисту (Myers, 1940). Чому Майєрс вживав поняття «відносно нормальна» щодо ВНО? Оскільки, наприклад, можна справедливо стверджувати, що коли німий пацієнт позбувся стану ступору, але все ще залишається в амнезії щодо деяких переживань, через які пройшов, відновлення його нормальної особистості є швидше відносним, ніж справжнім. Якщо розглядати особистість в широкому розумінні, то ніхто не може мати нормального Я, поки частина діяльності цього Я, яке колись функціонувало, патологічно гальмується. (Myers, 1916, стор. 467)

Ми погоджуємось, що нормальність ВНО лише відносна, оскільки ця частина особистості фізично та психічно уникає сигналів, пов'язаних з травмою, включаючи її або його інтрапсихічний світ, що призводить до життя, яке «проживається на поверхні свідомості» (Aharon Appelfeld, 1994, с. 18; пор., Van der Hart et al., 2006). Відмінність між ВНО та ЕО визнана та прийнята сучасною психотравматологією (наприклад, Moskowitz et al., 2019; Nijenhuis, 2015; Van der Hart et al., 2006), хоча і з поправкою, також використаною тут. «Відносно нормальна частина особистості» та «емоційна частина особистості» - базуються на припущенні, що у кожної людини є лише одна особистість, якою б вона не була розділеною (Van der Hart et al., 2006). Тобто коли там існує ВНО, особистість пацієнта не повністю інтегрована. Майєрс (1940) описав появу ЕО у гостротравмованих бойових солдатів:

«Зазвичай безпосереднім результатом «травми» є певна втрата свідомості. Але це може змінюватись від легкого, миттєвого, майже непомітного запаморочення або «помутніння» до глибокої та тривалої втрати свідомості. Коли «шок» невеликий, пацієнт може «зібратися» сам, або він легко піддається стороннім проханням про це. Коли «шок» серйозний, він може супроводжуватися нестримним збудженням, депресією, фугальним автоматизмом або ступором; при відновленні від більш важких форм пацієнт не може згадати жодних дій, вчинених ним під час цього стану. Але в станах легкого ступору, збудження, депресії та автоматизму, що згадувалися вище, увага пацієнта зосереджується на яко-

мусь вузькому полі, безсумнівно, на сцені, яка викликала цей стан. Коли це трапляється, ступорозний пацієнт лежить у більш/менш апатичному стані з періодичними спалахами галюцинаторного делірію. Норма була замінена тим, що ми можемо назвати «емоційною» особистістю». (стор. 66/7)

Ми розуміємо, Майєрс спостерігав, як в цьому стані ЕО може проявляти широкий спектр переживань, від «нестримного хвилювання» до ступору; іншими словами, перебувати в станах гіперзбудження або гіпозбудження, які мають дисоціативну природу. Майєрс (1940) продовжував:

«Поступово або раптово «зовні нормальна» особистість зазвичай повертається до норми, за винятком відсутності всіх спогадів про події, безпосередньо пов'язаних з шоком; до норми, крім прояву інших («соматичних») істеричних розладів, що свідчать про психічну дисоціацію. Часом трапляються чергування «емоційних» і «відносно нормальних» особистостей; повернення до попереднього стану часто має передвісники: сильний головний біль, запаморочення або істеричні судоми. Повернувшись, ВНО може згадати, ніби уві сні, тривожні переживання, які відновились під час тимчасового вторгнення ЕО». (стор. 67)

Не тільки у травмованих військовослужбовців Першої світової війни, але й у багатьох інших постраждалих від травм, симптоми, якими виражається або проявляється ВНО, часто впливають із застрягання ЕО у періоді травми; прикладами є дисоціативна амнезія, параліч, анестезія, сіпання, а також інтрузії у вигляді автоматичних рухів (таких як сіпання) та голосів, які пацієнт чує. Феноменологічно розщеплення дисоціативної особистості може проявлятися у дисоціативних симптомах, які можна класифікувати як: негативні (функціональні втрати: амнезія та параліч) або позитивні (інтрузії: флешбеки чи голоси), психоформні (когнітивні/афективні симптоми: амнезія, голоси) або соматоформні (сенсомоторні симптоми: анестезія або сіпання). Майєрс (1940) згадував деякі з них:

«Емоційна» особистість також може повертатися під час сну; «функціональні» розлади (тобто соматоформні дисоціативні симптоми) мутизму, паралічу, контрактур тощо, тоді, зазвичай, тимчасово припиняються. Однак прокинувшись, ВНО

може не пам'ятати про свій стан під час сну і негайно отримає назад свій мутизм, параліч тощо». (стор. 67)

Вражає те, що Майєрс, крім амнезії, підкреслював соматоформні (сенсомоторні) дисоціативні симптоми: саме дисоціативні симптоми ігноруються або неправильно називаються в сучасній психотравматології. У своєму нещодавньому дослідженні Нійєнхейс та його колеги виявили, що такі дисоціативні симптоми розвиваються у жертв загрози травматизації організму, особливо при смертельній небезпеці (Nijenhuis, 2004).

Важливий принцип лікування

Майєрс сформулював принцип, який лежить в основі сучасних доказових методів лікування ПТСР та комплексних методів лікування хронічної травматизації, як-от прояви складних дисоціативних розладів. Цей принцип лікування полягає у наближенні ВНО та ЕО один до одного та скеруванні їхнього обміну цільовими травматичними спогадами, щоб підвести їхні прояви до завершення та об'єднати в одну цілісну особистість. Це передбачає більше, ніж просто полегшення симптомів.

Коли ця реінтеграція відбулася, одразу стає очевидним, що «відносно нормальна» особистість (її частина) сильно відрізнялася зовнішнім виглядом, поведінкою і ментально від цілком нормальної особистості, врешті отриманої. Головні болі та сни зникають; симптоми з боку органів кровообігу та травної системи нормалізуються; навіть рефлексії можуть змінитися; всі істеричні (тобто дисоціативні) симптоми усуваються. (Myers, 1940, стор. 69)

Що складніша травма, то частіше потрібно застосовувати цей принцип, вимагаючи більш тривалого лікування, орієнтованого на фази та широкий спектр терапевтичних інтервенцій. Одним з важливих моментів навчання є розуміння того, що підтримує дисоціацію особистості, спричинену травмами. Крім недостатньої інтеграційної здатності, яку слід збільшити або врахувати при визначенні термінів інтегративних втручань, Жане (1911) заявив, що ще існує наявність фобії травматичної пам'яті. Слідуючи Майєрсу, ми розуміємо, що травматична пам'ять належить до ЕО, тому фобія ВНО, як ЕО, так і її травматичної пам'яті, підтримує дисоціацію особистості; саме цю фобію потрібно подолати під час ліку-

вання. Майєрс використовував гіпноз як засіб зв'язку з ЕО та її травмувальною пам'яттю, сприяючи інтеграції. На відміну від деяких його колег-однодумців у цьому процесі він підкреслював необхідність модулювати інтенсивність реактивованої травматичної пам'яті (Myers, 1920-21; Van der Hart, 2019).

Лікування у більш складних випадках

Старі майстри, такі як П'єр Жане і Шандор Ференці, дійшли висновку, що травматичні переживання викликають дезінтегративні наслідки пропорційні тривалості, інтенсивності та повторенню. Сучасні спостереження підтверджують це та додають, що відповідність сильніша, якщо травматизація починається раніше. З точки зору травматичної дисоціації особистості це означає, що з'являтиметься все більше дисоціативних частин: спочатку, можливо, більше ЕО, але (особливо у випадках хронічного аб'юзу та нехтування дитиною) також більше ВНО: сукупність, яка може бути специфічною характеристикою дисоціативного розладу особистості. Тобто ми можемо стверджувати, що ПТСР є найпростішим випадком дисоціативного розладу, а ДРО (дисоціативний розлад особистості) - найскладнішим ПТСР. При лікуванні цих складних випадків, особливо з хронічними дитячими травмами, як-от ДРО, зосередження лише на подоланні фобії ВНО до ЕО, її травматичної пам'яті та реалізації об'єднання особистості, як правило, є недостатнім. Тому ще Жане (1911) розробляв фазово-орієнтований підхід до лікування (ISSTD, 2011; Van der Hart et al., 2006). Така модель, зазвичай, складається з трьох фаз, які можуть повторюватися, але весь час передбачають підвищення інтеграційних можливостей пацієнта: (1) стабілізація, зменшення симптомів та формування навиків; (2) інтеграція травматичних спогадів; (3) особистісна (ре)інтеграція та реабілітація. Один аспект лікування в цій моделі включає набагато ширший діапазон втручань, ніж при лікуванні «простих» випадків, і має на меті подолання безлічі внутрішніх та зовнішніх фобій, які відіграють важливу роль у підтримці травматичної дисоціації особистості, що перешкоджає інтеграції травматичних спогадів. Як у методі лікування «простих» випадків Майєрса, з однією ВНО та однією ЕО, акцент у більш складних випадках слід робити на системному підході, тобто терапевтичній роботі з внутрішньою динамічною системою дисоціативних частин пацієнта.

Onno van der Hart.

**World War I observations of trauma-generated dissociation:
A foundation for modern understanding and treatment**

"There is a general agreement that the war neuroses are to be regarded as the result of functional dissociation arising from the loss of the highest controlling mental functions."

Charles S. Myers (1919, p. 51)

The Great War, as the First World War was called at the time, involved millions of victims, among them many traumatized civilians and military personnel. For obvious reasons, psychiatry was mostly focused on the diagnosis and treatment of the military victims, as manifested in the various kinds of observational and treatment centers, both right behind the lines, the hinterland, and, for the British, back in the home country. This massive traumatization also generated a tsunami of related publications. Among the many psychiatric publications on combat-related trauma, the few written by the British physician and psychologist Charles Samuel Myers (1873-1946) have some special value for our understanding and treatment of trauma-generated dissociation, not only in the military but also in civilian life including home environments (e.g., Myers, 1915, 1916, 1919, 1920-21, 1940). Incidentally, it was Myers who coined the label Shell Shock (Myers, 1915)-an initiative he soon regretted, and eventually the use of which was prohibited by the British Army. In this Army, and inspired by an original French initiative, he was also influential in the policy to have advanced treatment centers, that is, as close to the battlefield as possible.

Apparent normal (part of the) personality and emotional (part of the) personality

In line with previous understandings, especially those of Pierre Janet, in his clinical observations and treatments of acutely traumatized servicemen, Myers found that shock or trauma included the development of a dissociation of the personality into two or more dissociative personalities. The two prototypes of these personalities are (1) an apparently normal personality (ANP), dedicated to functioning in daily life, and (2) an emotional personality (EP), stuck in traumatic

experiences and related attempts of defense (Myers, 1940). Why did Myers spoke in terms of “apparent normal,” with regard to ANP? Because, for instance, the claim may be fairly put forward that when a mute patient has recovered from a condition of stupor but is still amnesic in regard to some of the experiences through which he has passed, the restoration of his normal personality is apparent rather than real. If personality be viewed from a wide enough standpoint, no one can have a normal self so long as part of the activities of that self, once functional, are pathologically inhibited. (Myers, 1916, p. 467)

We agree that the ANP’s normality is only apparent, because this part of the personality physically and mentally avoids trauma-related cues, including his or her intrapsychic world, resulting in life “lived on the surface of consciousness” (Aharon Appelfeld, 1994, p. 18; cf., Van der Hart et al., 2006). The distinction between ANP and EP has been recognized in, and adopted by, modern psychotraumatology (e.g., Moskowitz et al., 2019; Nijenhuis, 2015; Van der Hart et al., 2006), albeit with the amendment, also applied in this presentation, “apparently normal part of the personality” and “emotional part of the personality”—based on the assumption that each individual has but one personality, however divided it may be (Van der Hart et al., 2006). Thus, when there exists an ANP, the patient’s personality is not fully integrated. Myers (1940) described the emergence of the EP in acutely traumatized combat soldiers:

Typically the immediate result of the ‘trauma’ is a certain loss of consciousness. But that may vary from a slight, momentary, almost imperceptible dizziness or ‘clouding’ to profound and lasting unconsciousness. When the ‘shock’ is slight, the patient may be able to ‘pull himself together’, or he may be readily amenable to outside suggestion to this end. When the ‘shock’ is severe, it may be followed by unrestrainable excitement, depression, fugal automatism, or stupor, on recovery from the graver forms of which the patient can recall none of the acts performed by him during that condition. But in the states of lighter stupor and in the states of excitement, depression and automatism just mentioned, the attention of the patient would appear to be concentrated on some narrow field, doubtless generally on the scene which produced this condition. While thus occupied, the stuporose patient lies in a more or less

apathetic state, with occasional outbursts of hallucinatory delirium. ... [T]he normal has been replaced by what we may call the 'emotional' personality. (pp. 66/7)

We understand that in this condition, Myers had observed that the EP can manifest a wide range of experiences, from “unrestrainable excitement” to stupor; in other words, being in states of hyperarousal or hypoarousal, and both being dissociative in nature. Myers (1940) continued:

Gradual or suddenly an 'apparently normal' personality usually returns—normal save for the lack of all memory of events directly connected with the shock, normal save for the manifestation of other ('somatic') hysterical disorders indicative of mental dissociation. Now and then again there occur alternations of the 'emotional' and the 'apparently normal' personalities, the return of the former being often heralded by severe headache, dizziness or by a hysterical convulsion. On its return, the [ANP] may recall, as in a dream, the distressing experiences revived during the temporary intrusion of the [EP]. (p. 67)

As often manifested, not only in traumatized WWI servicemen but also in many other trauma victims, the symptoms that ANP manifests or reports often stem from EP's stuckness in trauma time; examples are dissociative amnesia, paralysis, anesthesia, tics, as well as intrusions in the form of automatic movements (such as tics) and hearing voices. Phenomenologically, the division of the dissociative personality can manifest itself in dissociative symptoms that can be categorized as negative (functional losses such as amnesia and paralysis) or positive (intrusions such as flashbacks or voices), and psychoform (cognitive/affective symptoms such as amnesia, hearing voices) or somatoform (sensorimotor symptoms such as anesthesia or tics). Myers (1940) mentioned some of them:

The 'emotional' personality may also return during sleep, the 'functional' disorders [i.e., somatoform dissociative symptoms] of mutism, paralysis, contracture, etc. being then usually in abeyance. On waking, however, the [ANP] may have no recollection of the dream state and will at once resume his mutism, paralysis, etc. (p. 67)

It is striking that Myers emphasized, apart from amnesia,

somatoform (sensorimotor) dissociative symptoms: precisely the dissociative symptoms ignored far too much or mislabeled in modern psychotraumatology. In their recent research, Nijenhuis and colleagues found that such dissociative symptoms develop especially in victims of traumatizing threat to the body (cf., Nijenhuis, 2004). The lethal threat in combat is its pinnacle.

An essential treatment principle

Myers formulated a treatment principle which seems to underly current evidence-based treatments of PTSD, but also the more complex treatment approaches for chronic traumatization, such as manifest in the complex dissociative disorders. This treatment principle consists of bringing ANP and EP in contact with each other and guiding their sharing of the target traumatic memory, thus, bringing its re-enactments to a closure, and their unification into one integrated personality. This involves more than a mere symptom reduction.

When this re-integration has taken place, it becomes immediately obvious that the 'apparently normal' [part of the] personality differed widely in physical appearance and behaviour, as well as mentally, from the completely normal personality thus at last obtained. Headaches and dreams disappear; the circulatory and digestive symptoms become normal; even the reflexes may change; and all hysterical [ie., dissociative] symptoms are banished. (Myers, 1940, p. 69)

The more complex the traumatization, the more often this principle needs to be applied, often demanding longer phase-oriented treatment and a wide range of therapeutic interventions. One important learning point is to understand what maintains the trauma-induced dissociation of the personality. Besides a deficient integrative capacity, which should be raised or taken into account in the timing of integrative interventions, Janet (1911) stated that it was the existence of phobia of traumatic memory. Following Myers, we understand that the traumatic memory belongs to the EP, thus ANP's phobia of both EP and its traumatic memory maintains the dissociation of the personality, and it is this phobia that needs to be overcome in treatment. Myers used hypnosis as the vehicle of contacting EP and its traumatic memory, fostering integration – unlike some of his otherwise like-minded colleagues, in the process

he emphasized the need to modulate the intensity of the reactivated traumatic memory (Myers, 1920-21; Van der Hart, 2019).

Treatment in more complex cases

Old masters such as Pierre Janet and Sándor Ferenczi concluded that traumatic experiences produce their desintegrative effects in proportion to their duration, intensity, and repetition. Modern observations confirm this, adding that this is the more so, the earlier in life the traumatization begins. In terms of trauma-generated dissociation of the personality, this means that there will appear ever more dissociative parts—initially, probably more EPs, but especially in cases of chronic child abuse and neglect also more ANPs: a constellation which can be a specific characteristic of dissociative identity disorder. We thus can state that PTSD is the simplest case of a dissociative disorder, and DID as the most complex PTSD.

In the treatment of these complex cases, especially with chronic childhood traumatization such as in DID, focusing only on overcoming ANP's phobia of EP and its traumatic memory and realizing unification of the personality is, as a rule, insufficient. Therefore, already beginning with Janet (1911), a phase-oriented treatment approach has been developed (e.g., ISSTD, 2011; Van der Hart et al., 2006). Such a model usually consists of three phases, which may be repeated over time but all the time involve raising the patient's integrative capacity: (1) stabilization, symptom reduction, and skills training; (2) the integration of traumatic memories; and (3) personality (re-)integration and rehabilitation. One treatment dimension in this model includes a much wider range of interventions, than in the treatment of the "simple" cases, that aim at overcoming a multitude* of inner- and outer-directed phobias that play major roles in the maintenance of the trauma-generated dissociation of the personality which obstructs the integration of traumatic memories. Like Myers' treatment method of "simple" cases, with one ANP and one EP, the emphasis in the more complex cases should be on a systemic approach, that is, therapeutic work with the patient's inner dynamic system of dissociative parts.

Використана література / References

- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair*. New York: Fromm.
- ISSTD [International Society for the Study of Trauma and Dissociation] (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Janet, P. (1911). *L'état mental des hystériques*, 2nd, enlarged ed. Paris: F. Alcan.
- Moskowitz, A., Heinimaa, M., & Van der Hart, O. (2019). Defining psychosis, trauma and dissociation: Historical and contemporary conceptions. In A. Moskowitz, M. Dorahy, & I. Schäfer (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation*, 2nd ed. (pp. 9-29). Chicester: Wiley-Blackwell.
- Myers, C. S. (1915, February 13). A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste. *The Lancet*, 316–320.
- Myers, C. S. (1916). Contributions to the study of Shell shock (IV): Being an account of certain disorders of speech, with special reference to their causation and their relation to malingering. *The Lancet*, September 9, 461–467.
- Myers, C. S. (1919). A final contribution to the study of Shell shock: Being a consideration of unsettled points needing investigation. *The Lancet*, January 11, 51-54.
- Myers, C. S. (1920–1921). The revival of emotional memories and its therapeutic value (II). *British Journal of Medical Psychology*, 1, 20–23.
- Myers, C. S. (1940). *Shell Shock in France 1914–18*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, & theoretical issues*. New York: Norton.
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility and control*. Vol. 1. Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Van der Hart, O. (2019). *The value of hypnosis in the resolution of dissociation: Clinical lessons from World War I on the integration of traumatic memories*. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 1127-6347, n. 44/2019, 11-49. Reprint: *European Journal of Trauma and Dissociation*, 5(3),

September 2021 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100183>

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. (Russian edition: Prizraki proshlogo: Strukturnaya dissotziatziya i terapiya posledstviy hronicheskoy travmy. Moscow: Cogito-Centre, 2013.)
- Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33–66.

Bio:

Онно ван дер Харт, доктор філософії, є почесним професором психопатології хронічної травматизації Утрехтського університету (Нідерланди), психологом, і до 2017 року був психотерапевтом. Він є стипендіатом Жане і виступав консультантом та супервізором у галузі дисоціації, пов'язаної з травмами. Він був президентом Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу (ISTSS). Серед його публікацій одна була перекладена російською мовою: Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2013). *Переслідуване Я: Структурна дисоціація та лікування хронічної травматизації*. Нью-Йорк: Нортон. Рос. Ред.: *Привиди минулого: Структурна дисоціація і терапія наслідків хронічної травми*. Москва: Cogito-Center, 2013. Вебсайт www.onnovdhart.nl також містить декілька статей Майєрса, зокрема: Ван дер Харт, О., Ван Дійк, А., Ван Сон, М. та Стіл, К. (2000). Соматоформна дисоціація у травмованих бойових солдатів Першої світової війни: занедбана клінічна спадщина. *Журнал травм та дисоціації*, 1 (4), 33-66.

Onno van der Hart, PhD, is emeritus professor of psychopathology of chronic traumatization, Utrecht University, the Netherlands, a psychologist, and until 2017 a psychotherapist in the Netherlands. He is a Janet scholar and acted as a consultant and supervisor in the field of trauma-related dissociation. He is a past president of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Among his publications, one has been translated into Russian: Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2013). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. Russian ed.: Prizraki proshlogo: Strukturnaya dissotziatziya i terapiya posledstviy hronicheskoy travmy. Moscow: Cogito-Centre, 2013. His website, www.onnovdhart.nl, also contains several of Myers' articles, as well as: Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33-66.

Єва Мюнкер-Крамер.

«EMDR (в Україні) – внесок у систему охорони здоров'я – також поза ПТСР»

Загальні та конкретні зауваження

Для вступу необхідні деякі основні визначення екстремального стресу для більш точного окреслення психологічної травми. Психотравматологія як фундаментальна наука, яка займається причинами, проявами та наслідками «токсичного» стресу в його гострих і хронічних проявах, є відносно молодого наукою. Її висновки, як інтегративної науки, базуються на знаннях, наприклад, з психології, медицини, історії, нейронаук, соціології, етнології, генетики.

Щоб зрозуміти показання до лікування травм і EMDR, прагматична схема різних типів травматизації була описана Ленором Терром, американським дитячим психологом (в Herman, 1997) (див. малюнок 2). Історичною віхою стало визнання ПТСР (посттравматичного стресового розладу) Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я в 1981 році (Shapiro, 2017, Münker-Kramer, 2015). Відтоді було описано багато важливіших діагнозів, було встановлено співвідношення між «стабілізацією» та «експозицією» для всього ряду постраждалих, розроблено різноманітні методи лікування та консультування, проведено дослідження.

Огляд розладів спричинених травмою

Тип I		Тип II	
Монотравма	Мультитравма	Секвенційна травма	Травма розвитку
Психоедукація Конфронтація з травмою		Стабілізація Підсилення ресурсів	
Гостра стресова реакція Розлади адаптації	ПТСР	Фобії, депресія соматоформні розлади, залежності як коморбідні розлади	Дисоціативні розлади Комплексний ПТСР
Зростання симптоматики, зростання необхідності в стабілізації			

Малюнок 2. Огляд: «Потенційно травматичні події» та наступні діагнози (вплив)

Це відповідає необхідності описувати наслідки потенційно травмувальних подій, починаючи від окремих, таких як катастрофи (техногенні, природні...) та нещасні випадки, які відбуваються з психічно здоровими людьми, закінчуючи війною – секвенційною травмою та травмами розвитку, що виникають у всіх формах (домашнього) насильства у так званих «антропогенних катастрофах», які «закарбовують» особистість від самого початку (найгіршого випадку) у її крайності. Останні часто викликають розлади прив'язаності та нерідко призводять до структурних розладів. Ці взаємодії можна побачити на малюнку 2.

Зліва направо простежується необхідність додавання стабілізаційної роботи до психоосвіти і зростання необхідності бути більш обережними при прямій боротьбі з травмою, щоб не перевантажувати внутрішню систему клієнтів.

Стандартний протокол EMDR дуже добре встановлений та оцінений для травматичних подій I типу; він лікує події минулого, що лежать в основі сучасних порушень, потім лікує теперішні тригери, а потім майбутні шаблони. Адаптовані програми EMDR та планування лікування передбачені для більш складних розладів екстремального стресу.

Деякі аспекти нейробиології травматичного стресу

За допомогою методів візуалізації мозку психотравматологічні переживання повсякденного життя можна було підтвердити та перевірити захопливим способом.

Важливо зазначити, що не сама подія є «травмою», а психічні, соціальні, фізичні та поведінкові наслідки визначають травму всередині постраждалої людини. Потенційно травмувальну подію вони описують як «досвід життєво важливої невідповідності між загрозливими ситуаційними факторами та індивідуальними навичками подолання, у поєднанні з почуттям безпорадності та беззахисності, що ображає та похищує сприйняття себе та світу» (Fischer, Riedesser (2020)).

Перша частина цього визначення відображає опис ознак у тілі, потім у почуттях та емоціях і, нарешті, знецінення особистих пізнань і переконань. Нейрологічно це означає, що стрес-система активує реакцію на бій і втечу як перший фізичний наслідок у ситуа-

ції серйозної небезпеки. Тут мигдалина функціонує як «пожежна сигналізація» і блокує подальше перенесення інформації, яка сприймається, вище лімбічної системи, щоб уникнути втрати важливого часу для реакції. В нормі кортизол зазвичай намагається «заспокоїтися», коли небезпека подолана. Але в ситуації постійної загрози, якщо немає можливості нічого зробити, пік стресу продовжується і, як автоматичний природний захисний механізм, включається запуск ендорфінової системи, щоб створити внутрішню дистанцію шляхом анестезії. Клінічно це може призвести до дисоціативних симптомів і спогадів тіла, врешті також до саморуйнівної поведінки, якщо ці захисні механізми мають стати хронічною реакцією (знову відчувати «щось»). Крім того, це впливає на емоції/почуття та на Я-концепцію, власний погляд на світ, думки, установки, системи цінностей, пізнання.

Як нейробіологічний наслідок вищезгаданої «тривоги» мигдалини, сприйняття та афекти, що належать до травматичних інцидентів, обробляються та зберігаються у порушений спосіб, нез'язаними та фрагментованими: поділяються на поведінкові (наприклад, біг на місці або навпаки), афективні (тривога, страх...), чуттєві (сенсорна інформація, «спогади тіла») та когнітивні симптоми («Я зараз помираю...»). Саме на цьому фокусується EMDR.

Підсумовуючи це, ми маємо сильні, рефлексивні, уклінні реакції, які перебувають далеко поза свідомим контролем. Ці «гарячі», емоційні, чуттєві, несвідомі, не наративні, поза часом, непідконтрольні корі відчуття, реакції та спогади зберігаються в так званій «системі імпліцитної пам'яті» на основі мигдалини. Вони можуть бути викликані різними асоційованими стимулами будь-де і у будь-який час, коли зацікавлена особа, можливо, усвідомлює або (частіше) не знає взагалі.

Отже, основною метою всіх зусиль лікування травми, включно з EMDR (говорячи нейробіологічно) є перенесення фрагментованих спогадів з імпліцитної системи пам'яті в експліцитну.

Виглядає так, ніби вони розташовані у гіпокампальній області і організовані як бібліотека: речі можна знайти за допомогою біографічних, модифікованих підказок, доступних для свідомості. Усе знаходиться під кірковим контролем і «наративом». Тобто на відміну від вмісту системи імпліцитної пам'яті, вони мають зв'язок із

зоною Брока і можуть бути пов'язані зі значеннями та «формулюванням». Запобігання переростання цих розладів у хронічну форму через надання лікування, яке допомагає «правильному» збереженню спогадів і є основною метою EMDR-терапії.

Клінічно це означає, що пацієнти:

- вчаться розуміти і справлятися з інтрузіями, дисоціаціями, надмірними емоціями та стресом тіла (внутрішня безпека);
- відновлюють наратив — мову та роздуми про те, що сталося;
- розуміють нинішні симптоми як можливість, в кращому випадку, впоратися із загрозою в минулому («симптоми сьогодення – це рішення минулого»);
- вчаться боротися з глибоким екзистенційним потрясінням і визнавати, що воно дійсно залишилося в минулому;
- відчують справді інше «тут і зараз» у порівнянні з «там і тоді»;
- визначають травматичний досвід, дисфункціонально збережені/патогенні спогади, «абсцеси пам'яті»;
- підходять до них контрольовано та прозоро «на внутрішній сцені» в теперішній дійсно безпечній терапевтичній обстановці/середовищі «тут і зараз» і протистояти їм у дозованій процедурі.

EMDR як терапія травми

Досягнення вищезгаданих цілей – ефект EMDR-терапії, який буде приблизно описано нижче. Після короткого історичного огляду будуть стисло описані основні припущення, а згодом і характерні «8 фаз».

Історія та подяки

Розробка EMDR – це історія успіху та ефективності. У 1987 році Франсін Шапіро вперше описала EMD (десенсибілізацію рухом очей), а в 1989 році з'явилася перша публікація. У центрі уваги тоді була десенсибілізація та суб'єктивне звільнення від тривожних спогадів (фізіологічних, емоційних, живості спогадів...). У ході подальших досліджень і досвіду відбулося перейменування, і, нарешті, в 1991 році «EMDR» був концептуалізований як метод. Термін «репроцесуалізація» був доданий власне Шапіро, а ті, хто практикував цей спосіб, помітили, що відбувалося більше, ніж просто де-

сенсibilізація: змінилася пам'ять і надходила додаткова інформація, трансформація, інсайт, інше сприйняття.

У 1995 році була створена концепція восьми етапів EMDR. Розпочато контроль якості за допомогою асоціацій EMDR. До цього часу було опубліковано близько 3000 статей про цей метод, численні метааналізи. З 1997 року міжнародні подяки відзначили зусилля точних досліджень і доказів клінічної ефективності.

Починаючи з 2000 року, проводилися дослідження за межами посттравматичних стресових розладів (фобія, ОКР, депресія, медичні проблеми: фізичні захворювання, залежність, розлади харчової поведінки...); в результаті було опубліковано більше показників, протоколів і процедур. У 2019 році Франсін Шапіро померла у віці 71 року, але її спадщина продовжується в усіх цих заходах, інститутах EMDR та національних асоціаціях EMDR по всьому світу. У цьому співтоваристві EMDR Europa є найбільшою регіональною асоціацією, яка має близько 32 000 членів у 37 національних асоціаціях.

Були важливі подяки, наприклад, від ВООЗ у 2013 році (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/); Національного інституту передового клінічного досвіду (NICE - клінічні настанови № 26 (березень 2005 р., www.nice.org.uk) у 2005 р., а в Німеччині, для ПТСР, була відзначена подяка громадської асоціації соціального забезпечення Німеччини в жовтні 2014 р. (<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/>, Шульц та ін., 2014).

Загальні примітки щодо EMDR

EMDR ґрунтується на припущенні про загальнодоступний внутрішній механізм спонтанної адаптивної обробки інформації (АОІ). Припущення та клінічне спостереження полягають у тому, що EMDR повторно активує цей процес у випадку, якщо він застряг (див. нейробіологію травматичного стресу вище). Тобто, EMDR при травмі I типу, безумовно, оснований на доказах і дуже добре оцінений для своїх «класичних» діагнозів (ПТСР та деякі супутні захворювання). Існує великий вплив на клінічні симптоми та сприйняття та поведінку клієнтів у сенсі цілей лікування травми, зазначених вище.

Збір анамнезу, правильна індикація, планування лікування та точне застосування визначеної та перевіреної процедури EMDR гарантують, що зміна відбувається «зсередини» системи пацієнта: переважно без додаткового впливу ззовні. Результати є дуже «відчутними» та клінічно помітними в метаболізованих змінах.

8 фаз EMDR

1. Збір анамнезу, індикація, планування лікування, концептуалізація випадку відбувається, як і при інших видах лікування травм. У EMDR концептуалізація випадку належить до припущень моделі АОІ та спрямована на звернення до минулих тривожних спогадів, теперішніх тригерів і майбутніх загроз. Все це супроводжується чіткою психоосвітою.
2. Конкретна індивідуальна фаза підготовки та стабілізації відбувається відповідно до кількості та типу тривожних спогадів та наявних ресурсів.
3. Після прийняття рішення, на яку пам'ять і тему націлюватися, виконується точна оцінка з фокусуванням прицільної пам'яті, що представляє найбільш тривожну мережу. Тут для запуску мережі викликаються зображення/сцени, пов'язані з пізнанням (негативне, позитивне та дійсність позитивного пізнання), емоціями, які виникають у контакті з пам'яттю, загальним порушенням та відповідною пам'яттю тіла.
4. Відбувається десенсибілізація та переробка оцінюваного матеріалу при двосторонній стимуляції.
5. Після досягнення полегшення позитивне пізнання посилюється і знову підкріплюється двосторонньою стимуляцією.
6. Нарешті, при скануванні тіла перевіряється, чи справді звільнено найнадійніше сховище (теж тривожної) пам'яті, тіла.
7. Сеанс закривається так, щоб клієнт пішов належним чином, надаються інструкції на час після сеансу.
8. На наступному сеансі разом із клієнтом проводиться повторна оцінка та подальше планування лікування на її основі.

EMDR в Україні

Європейська асоціація EMDR в Україні була заснована у 2010 році після двох проєктів з першими групами клініцистів, які пройшли навчання. У таблиці можна побачити структуру всебічних тренінгів, до яких були включені тренінги EMDR, проведені Інститутом EMDR Австрії:

Оляд, основи психотравматології, збір анамнезу, діагнози	2-3 дні
Стабілізація та планування лікування при травмотерапії	2 дні
Базовий тренінг EMDR, частина перша	3,5 дні
Супервізійно-практичний день EMDR	2 дні
Комплексна травматизація, дисоціативні розлади	2 дні
EMDR Базовий тренінг, частина друга	3 дні
Супервізія EMDR та Травмотерапія (Гостра травма та інші спеціальні семінари...)	2x2 дні 1 день
Сума днів в проєкті	18-20 днів
Загальна кількість учасників на сьогодні:	близько 300

У 2020 році відбувся перший тренінг для консультантів, щоб остаточно створити внутрішню структуру, як було заплановано з 2006 року. Ціль заходів – чітко прояснити та усвідомити, що «EMDR та не тільки» необхідні; що має бути широке знання та розуміння EMDR та психотравматології серед клініцистів України. Це сприятиме появі на місцях багатьох підготовлених людей як розповсюджувачів, які допомагають і заохочують створювати структури від імені пацієнтів, які цього потребують: особливо під час війни та хаосу. Водночас ці структури повинні відповідати всесвітнім добре встановленим критеріям якості.

Eva Muenker-Kramer.

„EMDR (in Ukraine) – a contribution to the health system – also beyond PTSD“

General and specific remarks

As an introduction some basic definitions of extreme stress are needed to define psychological trauma more precisely. Psychotraumatology as the underlying science deals with the reasons, the manifestations and the consequences of “toxic” stress in its acute and chronic manifestations is a relatively young science. Its findings as an integrative science are based on knowledge for example from psychology, medicine, history, neuro sciences, sociology, ethnology, genetics.

To understand the indication for trauma therapy and EMDR a pragmatic scheme of different types of traumatization was described by Lenore Terr, an American child psychologist (in Herman, 1997) (see figure 2). An historical milestone was the acknowledgement of PTSD

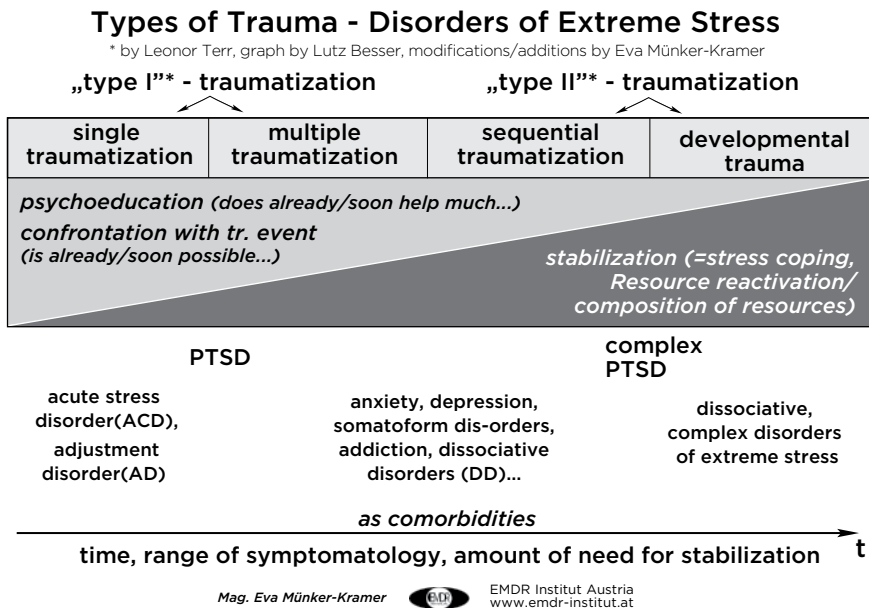


Figure 2. Overview: „Potentially traumatizing events“ and subsequent diagnoses (impact)

(Post traumatic Stress disorder) by the World Health Organization in 1981 (Shapiro, 2017, Münker-Kramer, 2015). Since then many more important diagnoses have been described, a ratio between „stabilization“ and „exposure“ for the whole range of affected persons has been established and a variety of treatment and counseling methods have been developed and research has taken place.

This meets the necessity to describe the consequences of potentially traumatizing events ranging from single events like disasters (technical, natural...) and accidents happening to mentally healthy persons on one hand and on the other hand war -sequential trauma and developmental trauma occurring from all forms of (domestic) violence in so called “man made disasters” that “engrave” the personality from the very beginning (worst case) in its extreme. The latter are often causing attachment disorders and not seldom leading to structural disorders. These interactions can be seen in figure 2.

From the left to the right the necessity of adding stabilization work to psychoeducation can be seen and the rising necessity to be more cautious with direct trauma confrontation in order not to overwhelm the inner system of the clients.

The EMDR standard protocol, treating the events of the pasts underlying the present disturbances, then treating the present triggers and then the future templates is very well established and evaluated for type I traumatic events. Adapted EMDR applications and treatment planning is foreseen for more complex disorders of extreme stress.

Some aspects of neurobiology of traumatic stress

With the help of brain imaging techniques psychotraumatological experiences of daily life could be confirmed and verified in a fascinating way.

It is important to outline that not the event itself is „the trauma“ but the mental, social, physical and behavioural consequences define the trauma within the affected person. A potentially traumatizing event they describe as „an experience of a vital discrepancy between threatening situational factors and individual coping skills combined with feelings of helplessness and defenselessness that offends

and shakes the perception of the self and the world“ (Fischer, Riedesser(2020)).

The first part of this definition reflects a description of what is noticeable in the body, then in feelings and emotions and finally the impairment of personal cognitions and beliefs. Neurologically this means that the stress-system activates the fight and flight response as the first physical consequence in a situation of severe danger. Here the amygdala functions as a „fire-alarm“ and blocks further ascension of perceptive informations higher up than the limbic system to avoid to lose important time to react. Normally then cortisol normally tries to „calm down“ again as soon as the danger has been overcome. But in the situation of ongoing threat, if there is no possibility to do anything the stress peak keeps on and – as an automatic natural protective mechanism start of the endorphin-system is switched on to produce an inner distance by anaesthetisation. This clinically can result in dissociative symptoms and body memories, finally also in self injuring behavior if this protective mechanisms has to become a chronic reaction (to feel „s.th.“ again). Besides this there is an impact on emotions/feelings and the self-concept and one’s view of the world, one’s thoughts, attitudes, value systems, cognitions.

As a neurobiological consequence of the above mentioned „alarm“ by the amygdala perceptions and affects belonging to the traumatic incidents are processed and stored in a disturbed way-uncollected and fragmented: split up into behavioural (e.g. running around or the opposite), affective (anxiety, fear...), sensoric (sensoric informations, „body-memories“) and cognitive symptoms („I am dying now..“) – EMDR focuses on that.

Summarizing that means that we have strong, reflexive, knee-jerk reactions that are far beyond wilful control. These sensations, reactions and memories are stored in the so-called „implicit memory system“ amygdala based, „hot“, emotional, sensoric, non-conscious, non narrative, timeless, not under cortical control. It can be triggered through any associated stimulus – anywhere, anytime - of which the concerned person maybe aware or – more often – not at all.

Thus the most important goal of all efforts of trauma treatment including EMDR – neurobiologically speaking is – to transfer the fragmented memories from the implicit to the explicit memory system.

It seems to be located in the hippocampal-region and organized like a library – things can be found through hints, reachable for consciousness, biographic, modifiable. It is under cortical control and „narrative“. This means – in contrast to the contents of the implicit memory system it has a connection to Broca area and can be connected to meanings and „wording“. To avoid these disturbances become chronic by providing treatment that helps the memories to be stored „properly“ is the major goal of EMDR therapy.

Clinically that means that the patients

- learn to understand and to deal with intrusions, dissociation, overwhelming emotions and body stress (inner security)
- regain speech and thinking about what has happened – narrative -
- to understand the present symptoms as the possibility at best to deal and have dealt with the threat in the past („the symptoms of the present are the solutions of the past“)
- to learn to deal with the profound existential shock and to recognize that it really is in the past
- to experience a truly different „here and now“ in comparison to the „there and then“!
- to identify the traumatic experiences, the dysfunctionally stored / pathogenic memories, the „memory abscesses“
- to approach them in a controlled and transparent way „on an inner stage“ in the now really secure therapeutic setting / environment „here and now“ and to confront with them in a dosed procedure.

EMDR as a Trauma Therapy

The achievement of the above mentioned goals can amazingly be seen as an effect of EMDR therapy which will roughly be described below. After a short historic overview the basic assumptions and subsequently the characteristic „8 phases“ will shortly be described.

History and Acknowledgements

The development of EMDR is a history of success and effectiveness. In 1987 Francine Shapiro described EMD (Eye movement Desensitization) for the first time and 1989 there is a first publication. The focus at

that time was desensitization und subjective relief from disturbing memories (physiological, emotional, vividness of the memory...). Within the course of further research and experience a renaming took place and finally in 1991 «EMDR» was conceptualized as a method. The term „reprocessing“ was added as Shapiro and those who practised it noticed that more than just desensitization took place, that the memory changed and additional information came in, transformation, insight, different perception linked in – so („R“ is more...).

In 1995 the concept of the 8 phases of EMDR was established. Quality control with the help of EMDR associations started. Until now about 3000 articles on EMDR, numerous meta analyses were published and since 1997 international acknowledgements honoured the efforts of precise research and the proof of clinical effectiveness.

Since 2000 studies beyond PTSD (phobia, OCD, depression, medical problems – physical illnesses, addiction, eating disorders...) were conducted and as a result more indications, more protocols and procedures were published. In 2019 Francine Shapiro died in the age of 71 – her legacy goes on in all these activities, EMDR institutes and EMDR national Associations worldwide. In this community EMDR Europa is the biggest regional association with alone about ca. 32.000 members in 37 national associations.

There were important acknowledgements for example by the WHO in 2013 (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/), the National Institute of Clinical Excellence (NICE -clinical guideline Nr. 26 (March 2005, www.nice.org.uk) in 2005 and in Germany there was a well noticed acknowledgement (for PTSD) public social security association in Germany October 2014 (<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/557/>, Schulz et al., 2014).

General remarks concerning EMDR

EMDR is based on the assumption of a generally available inner mechanism of spontaneous adaptive information processing (AIP) and the assumption and clinical observation is that EMDR is reactivating this process in case it is stuck (see neurobiology of traumatic stress above). Thus EMDR in type 1 trauma is definitely evidence based and it is very well evaluated for its „classical“ diagnoses (PTSD and some

comorbidities). There are high effects on the clinical symptoms and the client's perception and behavior in the sense of the goals of trauma treatment highlighted above.

History taking, proper indication, treatment planning and an accurate application of the defined and examined EMDR procedure of EMDR guarantee that the change comes „from inside“ of the patient's system – mostly without additional input from outside. The results are very concrete „tangible“ and clinically noticeable in metabolized changes“.

The 8 phases of EMDR

1. History taking, indication, treatment planning, case conceptualization takes place like in other trauma treatments. In EMDR the case conceptualization refers to the assumptions of the AIP model and aims to address the past disturbing memories, the present triggers and the future threats. All this is accompanied by clear psychoeducation.
2. The specific individual preparation and stabilization phase takes place in accordance with the amount and type of disturbing memories and available resources.
3. After the decision which memory and topic to target a precise Evaluation takes place focusing the target memory representing the most disturbing network. Here the picture/scene, the connected cognitions (negative, positive and the validity of the positive cognition), emotions that occur in contact with the memory, the overall disturbance and the corresponding body memory are brought up to trigger the network.
4. Desensitization and Reprocessing of the evaluated material under bilateral stimulation takes place.
5. After a relief is achieved the positive cognition is enhanced and reinforced by bilateral stimulation again.
6. Finally a body scan checks whether the most reliable storage of (also disturbing) memories, the body, is also really relieved.
7. The session is closed properly to have the client leave in a proper way and instructions are given for the time after the session.
8. In the next session a reevaluation and further treatment planning based on that are conducted together with the client.

EMDR in Ukraine

The EMDR Europe Association in Ukraine was founded in 2010 after two projects with the first groups of clinicians trained in EMDR. In the table the structure of the comprehensive trainings in which the EMDR trainings conducted by EMDR Institute Austria were included can be seen:

Overview, basics of Psychotraumatology, history taking, diagnoses	2-3 days
Stabilization and treatment planning in trauma therapy	2 days
EMDR Basic Training part one	3,5 days
Supervision and practical day EMDR	2 days
Complex Traumatization, Dissociative Disorders	2 days
EMDR Basic training part two	3 days
Supervision EMDR and Traumatherapy (Acute trauma and other special seminars...)	2x2 days 1 day
Sum days per project	18-20 days
Sum participants up to now:	about 300

In 2020 there was a first consultants training to finally establish an internal structure as well as planned since 2006. The objectives of all the activities is to make clear and realize that „EMDR and beyond“ is necessary and that there should a broad knowledge and understanding of EMDR and psychotraumatology within the clinicians in Ukraine. This should help to have many trained persons on site as disseminators that help and encourage to set up structures on behalf of the patients who need it – generally and especially in times of war and chaos. At the same time these structures should go with and stay with the worldwide well established quality criteria.

*Посилання та підказки для подальшого читання /
References and hints for further reading*

- Besser, L. U. (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Ereignisse Spuren hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, J. et al., 38-44
- Bisson, J. et al (2007): Psychological Treatment for chronic PTSD. Systematic review and metaanalysis. British J. Psychiatry, 190, 97-104
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Huber, Bern
- Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D. et al (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The ACE Study. American Journal of preventive Medicine, 14, 361-363
- Fischer, G., Riedesser, P. (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, Stuttgart
- Herman, J., (1997): Trauma and Recovery - The aftermath of Violence. Basic Books
- Hofmann, A. (Ed.) (2014): EMDR – Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Thieme, also in Ukrainian, 2017
- Luber, M. (Ed.) (2009): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations. Springer. New York
- Münker-Kramer, E. (2017): Violence in Clinical Psychiatry – adding the Perspective of Traumatization or “A look trough trauma glasses”. In Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 10th European Congress, Dublin, 2017, Keynote. 33-41
- Münker-Kramer, E. (2015): Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR. Reinhardt Verlag, in Ukrainian 2020
- NICE Report (2005): National Clinical Practice Guideline No. 26: Post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society, www.nice.org.uk
- Rauch, S., van der Kolk, B. (1996): A symptom provocation Study of PTSD using PET and script driven imagery. Archives of general Psychiatry, 53, 380-387
- Rothschild, B. (2002): The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment. Norton
- Shapiro, F. (2017): EMDR: Basic Principles, Protocols and Procedures. Guilford Press. New York.

- Shapiro, F. (2014): The role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal*/Winter 2014, 18, (1) 71-77
- Bessel van der Kolk, (2014): *The body keeps the Score*. Penguin, New York
Van der Kolk, B. A., McFarlane, Alexander C., Weisæth, L (editors): *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford, 1996

Володимир Волошин. **Метод біосугестивної терапії**

Сугестія (навіювання) це направлений психічний вплив на людину чи групу людей, який має за мету імплантувати якесь твердження. Сугестія є передумовою виховання і естетичного впливу. Більшість із нас займається навіюванням. Наприклад, коли ми характеризуємо декілька разів якість якогось продукту нашим знайомим: «Ця кава ароматна. Цей шоколад смачний/несмачний». Після таких наших слів, особливо, при кількаразовому повторі, зазвичай, сприймання цих речей нашими знайомими змінюється в сторону тієї характеристики, яку ми проговорили. Те саме, до речі, відбувається з дітьми, коли ми їм декілька разів промовляємо: «Ти не вмієш малювати. Ти не вмієш танцювати» або «Ти чудово малюєш і танцюєш!».

З давніх-давен людство застосовує сугестію. Сліди використання сугестивних технік ми можемо відстежити в різних релігійних ритуалах, школах бойових мистецтв тощо. Сугестію як введення в стан зміненої свідомості використовують для досягнення різних цілей. Наприклад, для покращення стану здоров'я, посилення певних фізичних якостей, зниження больових відчуттів, покращення когнітивних властивостей, підвищення креативності тощо.

Ми сфокусуємо свою увагу на сугестії, основною ціллю якої є покращення стану здоров'я людини.

Біосугестивна терапія (БСТ) була створена Олександром Стражним для корекції психосоматичних порушень. Та спектр її застосування значно ширший, ніж лише психосоматичні порушення. Ось деякі з них: астенія, хронічна втома, відчуття внутрішнього напруження, стрес, відчуття тривоги, страху, дратівливості, зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, порушення сну, головний біль, порушення тиску, болі, включаючи болі невідомого походження тощо. Перелік усіх цих порушень дуже великий і, якщо перерахувати усе, то може скластися помилкове враження, що БСТ корегує все. Насправді це не так. Наразі не існує жодного нам відомого інструменту, який би на 100% корегував усе. БСТ націлена здебільшого на корекцію наслідків стресу, який людина переживає впродовж свого життя.

БСТ відноситься до недирективного напряму сугестії. Тобто під час сеансу БСТ ми не «вимикаємо» свідомість людини. Людина все бачить, чує і повністю контролює свій стан та ситуацію навколо. Відчуття контролю дуже важливе для багатьох людей, особливо для тих, що мають травматичний досвід. Під час сеансу людина входить в стан зміненої свідомості, легкий трансний стан. Щось подібне до польоту у власних думках, коли їдете в автобусі чи потязі, задивившись у вікно.

У подібний стан люди входять під час застосування інших сугестивних технік. У чому ж тоді полягає відмінність БСТ з ними? Особливістю БСТ є вдале поєднання вербальних і невербальних елементів навіювання. Під час сеансу БСТ використовується спеціально підготовлений текст, дотики до тіла людини, музична композиція.

Текст сеансу написаний так, щоб максимально знизити критичність захисних механізмів психіки. В ньому враховані гендерні, вікові, соціокультурні та релігійні особливості. Наразі текст перекладено більш ніж десятьма мовами світу.

Під час сеансу спеціаліст за певним алгоритмом торкається тіла людини. Дотик відіграє важливу роль, зокрема утримує увагу, посилює відчуття безпеки тощо.

Музична композиція підібрана так, щоб під час сеансу проводити людину через різні емоційні стани. Тобто вона надає можливість вивільнити певні емоції та розширити «повсякденний» їх спектр тощо.

Після ретельної підготовки весь сеанс БСТ спеціаліст записує в студії звукозапису. Це необхідно, щоб максимально передати тембр і обертони голосу спеціаліста, коли той перебуває в оптимальному стані. Також під час сеансу звукозапис голосу спеціаліста лунає з одного зафіксованого місця. Це значно посилює ефект розслаблення, оскільки людині не потрібно постійно підлаштовуватися до зміни джерела голосу у просторі.

Методом БСТ можливо проводити корекцію стану пацієнта індивідуально та у групі. При корекції в групі ефективність терапії підвищується.

Будь-який метод має свої протипоказання. У БСТ це: гострий психоз, надмірне збудження, стан алко- та наркосп'яніння.

БСТ відносно молодий метод і до 2014 року в Україні він не застосовувався. Наразі понад 300 спеціалістів пройшли курс навчання методу БСТ.

БСТ інтенсивно застосовується в реабілітації військовослужбовців, переселенців, людей, які пережили важкі стресові події.

БСТ показало досить високу ефективність при лікуванні ПТСР. БСТ не лікує ПТСР, але досить ефективно працює з симптоматикою: порушеннями сну, нестабільним психоемоційним станом. Високу результативність застосування БСТ показує при веденні індивідуальної травмофокусованої терапії та групових сеансів БСТ паралельно при ПТСР.

Останніми роками в Україні була проведена низка досліджень щодо ефективності БСТ у корекції різних проблем.

У 2017 році професорка О. Осокіна разом з групою колег провели дослідження «Можливості біосугестивної терапії в корекції больового синдрому у психоневрології і стоматології». Вибірка складала 148 осіб, серед яких 72 пацієнти психоневрологічного профілю і 76 пацієнтів стоматологічного профілю. Досліджуючи динаміку інтенсивності болю, сенсорні й емоційні компоненти, дослідники встановили значне зменшення больового синдрому в пацієнтів основної групи за всіма показниками через дві години після сеансу БСТ. Найбільш вираженні зміни спостерігались у пацієнтів з психоневрологічного профілю.

Така результативність БСТ підштовхнула професорку О. Осокіну разом з колективом провести ще одне дослідження: «Метод біосугестивної терапії у лікуванні дентофобії». Цього разу вибірка складала 92 особи: 43 чоловіки і 49 жінок у віці 25–62 роки. Після проведення БСТ 92,9±4% пацієнтів виявили суб'єктивне поліпшення свого психоемоційного стану і зниження рівня тривоги.

Цікаве дослідження застосування БСТ «Психотерапевтична корекція депресії та тривоги в людей, що страждають інтернет-залежністю» провела доцент кафедри психіатрії Тернопільського національного медичного університету Т. Іваніцька. Вибірка складала 61 особу: 19 чоловіків, 42 жінки у віці 16–28 років. Усіх пацієнтів було поділено на три групи, відповідно до методики, які вони використовували для корекції тривоги та депресії. Результати досліджен-

ня показали, що найкращі результати спостерігались в групах, де використовувалась когнітивно-поведінкова терапія і БСТ (у випадку підвищеного рівня сугестивності ефективність БСТ склала 100%).

Незабаром світ побачить ще одні дослідження, проведенні групою колег з Харківського медичного університету на чолі з професоркою А. Кожиною. Досліджувалась ефективність застосування БСТ при клінічній депресії. Результати дослідження показали, що значна частина симптоматики пацієнтів була знижена вже після другого сеансу (перший тиждень лікування), тоді як контрольна група, яка лікувалась за стандартним клінічним протоколом, досягла цих результатів лише ближче до завершення першого місяця лікування.

Наразі дослідження ефективності БСТ продовжуються.

БСТ інтенсивно застосовується у роботі з наслідками COVID-19. Згідно зі спостереженнями колег відбувається значно швидше відновлення здоров'я.

Представлені нами дані показують, що БСТ є ефективним методом для корекції наслідків стресу різної етіології. Ми вважаємо, що потенціал методу значно більший, ніж той спектр напрямків, який зазначено в доповіді.

У зв'язку зі зростанням попиту на послуги у сфері психічного здоров'я метод БСТ буде інтенсивно розвиватися, він буде доречним інструментом для багатьох спеціалістів.

Volodymyr Voloshyn.

Biosuggestive therapy method

Suggestion, infusion is a directed mental influence on a person or group of people, which aims to implant a statement. Suggestion is a supposition for education and aesthetic impact. Most of us make suggestions. For example, when we characterize several times the quality of a product to our friends. - "This coffee is fragrant. This chocolate is tasty or not". After such words of ours, and especially when we have repeated them several times, usually the perception of these things by our acquaintances changes in the direction of the characteristic we have spoken. The same thing, by the way, happens to children when we tell them several times: "You can't draw. You cannot dance "or" You draw and dance well!".

From time immemorial, humankind has used suggestion. Traces of the use of suggestive techniques we can observe in various religious rituals, martial arts schools and more. Suggestion, introduction to a state of altered consciousness is used to achieve various goals. For example, improving health, strengthening certain physical qualities, reducing pain, improving cognitive characteristics, increasing creativity, and so on.

We will focus on suggestion, the main purpose of which is to improve human health.

Biosuggestive therapy (BST) was created by Oleksandr Strazhnyi to correct psychosomatic disorders. However, the range of its application is much wider than just psychosomatic disorders. Here are some of them: asthenia, chronic fatigue, feeling of internal tension, stress, anxiety, fear, irritability, memory loss, impaired concentration, sleep disturbances, headaches, blood pressure disorders, pains, including pain of unknown origin, and so on. The list of all these violations is very large and, if you list them all, you may get the false impression that the BST corrects everything. In fact, this is not the case. Currently, there is no tool we know that would 100% correct everything. BST is aimed more at correcting the effects of stress that a person experiences throughout his life.

BST refers to the non-directive course of suggestion. That is, during the BST session we do not "turn off" human consciousness. Man sees

everything, hears everything and completely controls his condition and the situation around him. A sense of control is very important for many people, especially those who have had a traumatic experience. During the session, the person enters a state of altered consciousness, a slight trance state. It is like riding a bus, a train, looking out the window and flying somewhere in your mind.

People enter a similar state when using other suggestive techniques. What then is the difference between BST and them? The highlight of BST is a successful combination of verbal and nonverbal elements of suggestion. During the BST session, the following is used: specially prepared text, touches to the human body, musical composition.

The text of the session is written in such a way as to minimize the criticality of the protective mechanisms of the psyche. It takes into account gender, age, socio-cultural and religious characteristics. There are currently translations of the text into more than 10 languages.

During the session, a specialist according to a certain algorithm touches the human body. Touch pursues more than 10 goals. Among them: keeping attention, strengthening the feeling of security, etc.

The musical composition is selected in such a way that during the session it takes a person through different emotional states. That is, it provides an opportunity to release certain emotions and expand the «everyday» range of emotions and so on.

The whole session of BST, after careful preparation, the specialist records in the recording studio. This is necessary in order to convey maximally the tone and overtones of the voice of the specialist when he is in optimal condition. In addition, during the session, the sound recording of the specialist's voice is heard from one fixed place. This greatly enhances the effect of relaxation, as a person does not need to conform all the time to changing the source of the voice in space.

By the method of BST it is possible to correct the patient's condition individually and in a group. At correction in a group efficiency of therapy increases.

Any method has its own contraindications. In BST they are acute psychosis, excessive agitation, alcohol and drug intoxication.

BST is a relatively young method and until 2014, it was not used in Ukraine. Now more than 300 specialists have been trained in the BST method.

BST is intensively used in the rehabilitation of people who have experienced severe stressful events, for military man, migrants.

BST has shown a high efficiency in the treatment of PTSD. BST does not treat PTSD but works quite effectively with symptoms: sleep disorders, unstable psycho-emotional state. High efficiency is shown by use of BST at PTSD when individual trauma-focused therapy and in parallel group sessions of BST are conducted.

In recent years, a number of studies were conducted in Ukraine on the effectiveness of BST in the correction of various issues.

In 2017, Professor O.I. Osokina together with a group of colleagues conducted a study «Possibilities of biosuggestive therapy in the correction of pain in psychoneurology and dentistry.» The sample group consisted of 148 people, including 72 patients with psychoneurological profile and 76 patients with dental profile. Examining the dynamics of pain intensity, sensory and emotional components, the researchers found a significant reduction in pain in patients of the main group in all indices two hours after the BST session. The most marked changes were observed in patients with psychoneurological profile.

This effectiveness of BST prompted Professor O.I. Osokina and the collective to conduct another study: “Method of biosuggestive therapy in the treatment of dentophobia.” This time the sample group was 92 people: 43 men and 49 women aged 25-62. After BST, $92.9 \pm 4\%$ of patients showed a subjective improvement in their psycho-emotional state and a decrease in anxiety.

An interesting study of the use of BST: “Psychotherapeutic correction of depression and anxiety in people suffering from Internet addiction” - conducted by Associate Professor of Psychiatry of Ternopil Medical University T. Ivanitska. The sample group consisted of 61 people: 19 men, 42 women aged 16-28 years. All patients were divided into three groups according to the methods they used to correct anxiety and depression. The results of the study showed that the best results were observed in the groups where cognitive-behavioral therapy and BST were used (in the case when patients had an increased level of suggestibility, the effectiveness of BST was 100%).

Soon another study will be published by a group of colleagues from Kharkiv Medical University led by Professor A. Kozhyna. The

effectiveness of BST in clinical depression was studied. The results of the study showed that a significant part of patients' symptoms was reduced after the second session (first week of treatment), while the control group, which was treated according to the standard clinical protocol, achieved these results of the first month of treatment.

Currently, studies on the effectiveness of BST are ongoing.

BST is intensively used in dealing with the consequences of COVID-19. According to observation of colleagues, recovery of health is going much faster.

Our data, which we presented, show that BST is an effective method for correcting the effects of stress of various etiologies. We believe that the potential of the method is much greater than the range of areas indicated in the report. Due to the growing demand for mental health services, the BST method will be intensively developed and will be an appropriate tool for many professionals.

Список літератури / References:

- Осокина О. И., Удод А. А., Ивнев Б.Б., Селезнева С.В., Путятин Г. Г., Ушенин С.Г. Возможности биосуггестивной терапии при коррекции болевого синдрома в психоневрологии и стоматологии / Осокина О.И. // Український вісник психоневрології. – 2017 – Том 25, випуск 4 (93). – С. 73-79.

Osokina O.I., Udod A.A., Ivnev B.B., Selezneva S.V., Putiatin H.H., Ushenin S.H. Possibilities of biosuggestive therapy in the correction of pain in psychoneurology and dentistry. Ukrainian Bulletin of Psychoneurology. - 2017 - Volume 25, Issue 4 (93). - P. 73-79.

- Осокина О. И., Удод А. А., Ивнев Б. Б., Ушенин С. Г., Путятин Г. Г., Нестеренко Т. В., Стеценко Л. А. / Осокина О.И... // Метод биосуггестивной терапии в лечении дентофобии. – Медична наука України. – 2017 – Том 14, №1-2. – С. 73-81.

Osokina O.I., Udod A.A., Ivnev B.B., Ushenin S.H., Putiatin H.H., Nesterenko T.V., Stetsenko L.A. Method of biosuggestive therapy in the treatment of dentophobia. - Medical science of Ukraine. - 2017 - Volume 14, №1-2. - P. 73-81.

- Іваніцька Т. Психотерапевтична корекція депресії та тривоги в людей, що страждають інтернет-залежністю. XXIV Міжнародний медич-

ний конгрес студентів і молодих вчених (м. Тернопіль, 13-15 квітня 2020 р.). Тернопіль, 2020.

Ivanitska T. Psychotherapeutic correction of depression and anxiety in people suffering from Internet addiction. XXIV International Medical Congress of Students and Young Scientists (Ternopil, April 13-15, 2020). Ternopil, 2020.

- Нестеренко Т. В. Исследование эффективности метода биосуггестивной терапии в комплексной коррекции логоневроза у взрослых. European scientific discussions (м. Рим, 26-28 лютого 2021 р.). Рим, 2021.

Nesterenko T.V. Investigation of the effectiveness of the method of biosuggestive therapy in the complex correction of logoneurosis in adults. European scientific discussions (Rome, February 26-28, 2021). Rome, 2021

- Александр Стражный. «Неврозы, в которые играют люди. Биосуггестивная терапия. 8 домашних сеансов». Издательство «КСД», 2019.
Oleksandr Strazhnyi "The neuroses that people play. Biosuggestive therapy. 8 home sessions". KSD Publishing House, 2019.



Психологія кризових станів: наука і практика Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції

Psychology of crisis situations: science and practice Collection of materials International scientific and practical online conference

Видання цього збірника стало можливим завдяки фінансовій підтримці Уряду Великої Британії в рамках проєкту «Якісні послуги для ветеранської спільноти: Покращення співпраці між Міністерством у справах ветеранів України та ветеранськими організаціями, за участі органів місцевого самоврядування та ветеранських просторів, задля оцінки потреб і реінтеграції ветеранів і ветеранок», який виконує БО БФ «Стабілізаційн Суппорт Сервісез».

Погляди, висловлені в цій публікації, належать авторам і можуть не збігатися з офіційною позицією Уряду Великої Британії.

This publication was funded by the UK government as part of the project “Fostered Voices; Fostered Services: Ensuring the Ministry of Veterans Affairs of Ukraine connects with veterans’ organisations through local governments and veteran’s spaces that have the capacity to assess and address the reintegration needs of resident veterans”, implemented by CF Stabilization Support Services.

The views expressed in this publication are those of the authors and may not coincide with the official position of the UK government.