

Використання Енергетичної Психології після катастрофічних подій

Девід Файнштейн

Незалежний практик, Ешленд, Орегон, США

Редаговано:

Пета Степлтон, Університет Бонда, Австралія

Переглянуто:

Роберт Дж. Хосс, Національний Інститут Інтегративних методів охорони здоров'я, США

Роберт Шварц, Асоціація комплексної енергетичної психології, США

***Листування:**

Девід Файнштейн

david@innersource.net

Спеціальний розділ:

Стаття була надіслана до журналу Психологія для клінічних установ, розділ 'Межі в Психології'

Отримано: 16 січня 2022 року

Прийнято: 14 лютого 2022 р

Опубліковано: 25 квітня 2022 р

Цитата:

Використання енергетичної психології після катастрофічних подій

Девід Файнштейн*

Незалежний практик, Ешленд, Орегон, США

Межі в Психології 13: 856209. doi: 10.3389/fpsyg.2022.856209

Енергетична психологія, як найбільш поширена практика, об'єднує стимуляцію акупунктурних точок руками з візуальною експозицією, когнітивною реструктуризацією та іншими доведеними психотерапевтичними процедурами. Ефективність протоколів енергетичної психології була встановлена у більш ніж 120 клінічних випробуваннях, мета-аналіз яких показує сильний ефект при лікуванні посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії. Цей підхід застосовувався після природних і антропогенних катастроф у понад 30 країнах. Описано чотири наслідкові рівні енергетичної психології після встановлення почуття безпеки, довіри та взаєморозуміння, включаючи (1) негайне полегшення/стабілізацію, (2) зменшення лімбічного збудження до тригерів, пов'язаних із травмою, (3) подолання складних психологічних труднощів та (4) сприяння оптимальному функціонуванню. Перший рівень найбільш підходить для психологічної першої допомоги відразу після катастрофи, тоді як наступні рівні поступово вводяться з часом та зі складними стресовими реакціями і хронічними розладами. Доведено переваги впливу додавання стимуляції акупунктурних точок до традиційного підходу, а також обговорено проблеми, пов'язані з культурною чутливістю та можливими ненавмисними ефектами на індивіда. На основі процедур запровадження енергетичної психології при наданні допомоги у подоланні наслідків катастроф, представлені звіти про вибіркові умови на основі інтерв'ю з автором цієї статті. До них належать детальний опис надання допомоги тим, хто пережив масові розстріли, геноцид, етнічні війни, землетруси, урагани, торнадо, повені, лісові пожежі та пандемію COVID-19. Сотні інших практичних звітів показують ефективність використання енергетичної психології протягом днів або тижнів після катастрофи та в

подальшому лікуванні психологічних проблем, пов'язаних із травмою. Багато з цих розповідей підтверджують одна одну з погляду швидкого полегшення і полегшення в перспективі. Також представленими є приклади більш ефективних методів роботи з великими групами людей, непрофесійних консультантів, залученням цифрових технологій і культивуванням психологічної стійкості спільноти.

Ключові слова: точковий масаж, акупунктура, катастрофічні події, катастрофи, методи емоційної свободи, енергетична психологія, терапія поля думки (thought field therapy (TFT))

У той час, як заголовки про стихійні лиха захоплюють увагу людей на короткий час, робота по відновленню і відбудові є довготривалою.

*– Сільвія Метьюз Бервелл,
Колишній міністр охорони здоров'я та соціальних служб США*

ВСТУП

Енергетична психологія — це новий метод лікування для емоційного зцілення та психологічного розвитку, який передбачає соматичну стимуляцію точок акупунктури (акупунктурних точок) шляхом їх натискання кінчиками пальців. Докази швидкості та ефективності цього методу накопичуються великими темпами та продемонстровані в більш ніж 120 клінічних випробуваннях і розглянуті в книзі «Наука тепінгу» (The Science of Tapping) (з англ. tapping - натискання, легкі удари) (Степлтон, 2019). Степлтон називає енергетичну психологію та інші соматичні втручання «четвертою хвилиною» психотерапії після психоаналізу, поведінкової терапії та когнітивних підходів (стор. xxiii). Згідно з об'єктивною оцінкою гарвардського психіатра Лесковіца (2016), кількість терапевтів, які використовують техніки енергетичної психології у своїй практиці, досягає «десятиків тисяч» (стор. 181). Після того цей підхід був представлений у роботі з окремими особами та громадами, які пережили катастрофу, ефективність методу виявилася особливо перспективною завдяки його здатності швидко регулювати фізіологічні наслідки травми, - і це твердження ми розглянемо у даній статті.

ЗАХВОРЮВАННЯ І ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ОСНОВНИХ ВІДОМИХ КАТАСТРОФ

Кількість зареєстрованих великих стихійних лих у всьому світі за десятиліття з 2010 по 2019 рік зросла майже вдвоє порівняно із десятиліттям з 2000 по 2009 рік (із 4212 до 7348), оскільки «екстремальні погодні явища стали домінувати серед лих 21 століття» (США, Управління ООН з координації гуманітарних питань [ОСНА], 2020 р., стор. 1). Тим часом аналіз баз даних, присвячених антропогенним катастрофам у промислово розвинутих країнах у 20-му столітті, також виявив «експоненціальне зростання» їх частоти (Колеман, 2006, стор. 3). Масова стрілянина, тероризм, геноцид, війна та насильницькі конфлікти, що впливають на цивільне населення, поєднуються зі збільшенням частоти промислових аварій, що спричиняють цю ескалацію.

Незалежно від того, чи є їх причиною людина, чи ні, катастрофи призводять до серйозних наслідків не лише в житті окремих осіб, але й у «функціонуванні суспільства» (Карачоні та ін., 2021, с. 28). Управління реагуванням на стихійні лиха зосереджено на фізичних та економічних потребах, тоді як проблеми психічного здоров'я, спричинені стихійними лихами, часто були «областю, залишеною без уваги» (Маквана, 2019, с. 3091). Серед проблем психічного здоров'я, перерахованих Маквана, окрім посттравматичного стресового розладу (ПТСР), широко поширеними є тривожність, депресія, шок, відчай, горе, смуток, гнів, заперечення, дезадаптивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, відчуття незахищеності, порушення сну,

перепади настрою, підозрілість, параноя, одержимість, втрата звичної ролі в суспільстві та фізичні захворювання, пов'язані зі стресом. Встановлено, що ці психологічні наслідки стихійних лих особливо важкі для дітей, жінок та людей похилого віку.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ ПІСЛЯ КАТАСТРОФ

Центри психологічної допомоги першими почали реагувати на катастрофи у великій кількості в 1990-х роках» (ДеАнжеліс, 2014, стор. 63). Спочатку вони використовували групові інтервенції, у яких ті, хто вижив, рятувальники та члени сімей, поділилися б досвідом. Втручання сьогодні є вдосконаленими. Вони передбачають визнання того, що для більшості людей природний процес відновлення відбувається з плином часу. Відповідно, втручання у перші дні після катастрофи, включає спроби зменшити хвилювання, пояснення екстремальних емоційних реакцій та їх нормалізацію, сприяння створенню почуття безпеки та стабілізації, створення зв'язків із центрами підтримки та надання направлень для тих, хто потребує більш цілеспрямованої психологічної допомоги. Кризові команди з питань психічного здоров'я зазвичай працюють разом з агентствами з надання допомоги під час стихійних лих, такими як Червоний Хрест, а також задіюють місцеві громади.

ДеАнжеліс у своїй статті «Що кожен психолог повинен знати про катастрофи» на основі інтерв'ю з піонерами в розробці та проведенні психологічної роботи після катастрофічних подій, а також у спеціальному номері «Американський Психолог» (American Psychologist) за листопад 2011 року на тему «9/11 10 років потому». Підкреслюючи те, що багато людей виявляють стійкість після катастрофи без психотерапії, вона також зазначила, що для тих, хто відчуває сильний дистрес або труднощі нормального функціонування, перша психологічна допомога може сприяти у відновленні стабільності та налагодити життя. Для тих, хто все ще мав травми через кілька тижнів після катастрофи, були розроблені різні форми роботи.

Незалежно від тривалості - від одного сеансу до необхідної кількості, ДеАнжеліс пояснює, що кризове консультування відрізняється від інших тим, що воно є більш цілеспрямованим і прагматичним, зосередженим як на практичних, так і на емоційних проблемах. Кризове консультування також передбачає систему навичок психологічного відновлення. Прості методи керування стресом можуть включати діафрагмальне дихання, ведення щоденника або заняття, які приносять задоволення та дають відчуття заземлення. Когнітивні техніки, які застосовуються для переосмислення досвіду та висновків на цій основі, також використовуються в кризовому консультуванні, як і експозиційні методи зниження відповідей лімбічної системи на тригери спогади та підказки.

Однією з перших організацій, яка систематично використовувала психічно-тілесну медицину в роботі з наслідками катастроф, був Центр Психічно-Тілесної Медицини у Вашингтоні, округ Колумбія. У дослідженні цього підходу, проведеному через 5 років після закінчення війни в Косово в 1999 році, брали участь 82 підлітки, котрі були дітьми під час війни і відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу, та стали випадковим чином розподілені до 12-сеансової групової програми з вивчення технік розум-тіло (mind-body) або ж були у контрольному списку очікування (Гордон та ін., 2008). Програма включала «медитацію, керовані образи та техніки дихання; самовираження через слова, малюнки, рух; аутогенне тренування та біологічний зворотний зв'язок; та генограми» (с. 1469). Зменшення симптомів ПТСР у тих, хто пройшов програму, досягло високого рівня статистичної значущості порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). Переваги зберігалися під час 3-місячного спостереження. Контрольна група потім пройшла через програму та показала подібні покращення стану у проміжку до/після програми. Протягом трьох десятиліть Центр пропонує та розширює свої програми роботи із розумом-та-тілом для лікування «психологічних травм та стресу в масштабах великих груп».

ПОРІВНЯЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПІСЛЯ КАТАСТРОФІЧНИХ

ПОДІЙ

У кількох дослідженнях використовувалися метааналітичні методи для порівняння результатів психотерапії, яка застосовувалася після катастроф чи інших форм серйозного негативного впливу на психіку (Браун та ін., 2017; Моріна та ін., 2017; Пургатор та ін., 2018; Бангпан та ін., 2019; Мавренезоулі та ін., 2020а; ван Гіннекен та ін., 2021). Ці огляди виявили варіативний діапазон ефективності різних методів, які вивчалися для зменшення симптомів травми та покращення функціонування. Більшість досліджуваних підходів були варіаціями Когнітивно-Поведінкової терапії (КПТ, з англ. - Cognitive Behavioral Therapy (CBT), таких як-от: Наративно-Експозиційна терапія (з англ. - Narrative Exposure Therapy (NET) і орієнтована на травму форма КПТ (з англ. - trauma-focused form of CBT). Багато хто вважає когнітивно-поведінкову терапію «золотим стандартом» для лікування серйозних психологічних станів (Девід та ін., 2018). Однак інші методи лікування також були включені в порівняння: медитація, ігрова терапія з дітьми, сімейна терапія, Десенсибілізація та Переробка Рухів Очей (з англ. - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Терапія Поля Думки (з англ. - Thought Field Therapy (TFT) і Техніка Емоційної Свободи (з англ. - Emotional Freedom Techniques (EFT).

І TFT, і EFT, як форми енергетичної психології, є в об'єктиві цього огляду. У кожному з шести цитованих вище досліджень модальність енергетичної психології була включена в порівняння, та підхід продемонстрував вагомий результат. Наприклад, Браун та ін. (2017) провели мета-аналіз психологічного лікування дітей, які зазнали травматичних наслідків після техногенних або природних катастроф. Лише в одному з 36 досліджень використовувався підхід енергетичної психології, TFT. Розмір ефекту коливався від 0,09 - невеликий ефект, до 4,19 - дуже великий ефект. Середній розмір ефекту від до лікування та після лікування в групах становив 1,47 - великий ефект. Найбільший ефект із досліджуваних методів лікування, 4,19, був спричинений TFT. У порівняльному дослідженні Мавранезоулі та ін. (2020а), EFT була серед 17 розглянутих втручань для лікування травмованої молоді. EFT був одним із двох найефективніших методів лікування у зменшенні симптомів ПТСР в кінці лікування та найефективнішим із 17 втручань у збереженні поліпшення симптомів ПТСР під час подальшого спостереження. Терапія тепінгом, фактично, добре відповідає «золотому стандарту» когнітивно-поведінкової терапії. З 10 прямих досліджень, у яких порівнювали ці дві модальності, усі 10 виявили принаймні еквівалентні результати, а в кількох дослідженнях протоколи енергетичної психології перевершували когнітивно-поведінкову терапію за швидкістю та довготривалістю під час подальшого спостереження (переглянуто в Файнштейн, 2021b).

Вісім із десяти прямих порівнянь між когнітивно-поведінковою терапією та підходами енергетичної психології були в рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД). Одне з двох, яке не було контрольованим випробуванням, дає розуміння різниці, яку відчувають ті, хто отримує таке лікування. Це було ретроспективне дослідження в Курдистані за участю осіб, які зазнали постійного насильства, звірств і політичних потрясінь під час і після війни в Іраку (Сейді та ін., 2021). Бралися до уваги результати лікування клієнтів, які працювали з одним психотерапевтом протягом 2-х років. Терапевт пройшов підготовку з когнітивно-поведінкової терапії, а згодом і з TFT. Тридцять один клієнт відповідав критеріям дослідження та за допомогою цілеспрямованої вибірки, були розділені отримувати лікування за допомогою когнітивно-поведінкової терапії або TFT. Із 13 клієнтів, які отримували традиційне лікування КПТ, один відчув покращення, а інші - показали відсутність змін у симптомах, погіршення їх або вибули з лікування. Всі 11 клієнтів, які отримували лікування TFT, спостерігали симптоми

¹<https://cmbm.org/>

поліпшення. Семеро з тих, хто отримував КПТ лікування, і не показали жодного покращення або

натяків на покращення (причини, наведені терапевтом, включали культурні фактори, рівень освіти, труднощі із застосуванням теоретичних концепцій, таких як: надмірне узагальнення, невиконання домашніх завдань і втому від числа та тривалість сеансів терапії) згодом пройшли лікування TFT. Терапія TFT призвела до покращення в кожному випадку.

Хоча, можливо, що один терапевт був більш вправним щодо технік TFT, ніж КПТ терапевти, у яких я брав інтерв'ю для цього та попередніх звітів, та які використовували техніки КПТ, однаково коментували, що додавання тепінгу до звичайних методів лікування збільшило швидкість і потужність методів, які передбачають перегляд травматичних подій. Моллон (2008), наприклад, писав, що енергетична психологія не є альтернативою КПТ, а «важливим додатковим компонентом, який значно підвищує його ефективність», забезпечуючи більш ефективні засоби для «регулювання афектів, десенсибілізації та порушення патернів» (с. 619). Пізніше ми розглянемо причини того, чому точкове натискання у поєднанні з методами впливу виявляється більш ефективним, ніж методи впливу поодиночі.

ПРИРОДА ЕНЕРГЕТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Енергетична психологія — це загальний термін який використовують для підходів до лікування, що включають «енергетичний» компонент (Файнштейн, 2022b) у психотерапевтичний процес, часто адаптований із зціленням протягом плину часу та духовних систем, таких: як йога та цигун (Галло, 2004). Соматична стимуляція акупунктурних точок тепінгом є найбільш використовуваною і добре дослідженою технікою в енергетичній психології. Понад 120 клінічних випробувань демонструють ефективність тепінгу акупунктури як психотерапевтичного втручання, часто з великою швидкістю та довготривалими результатами (Файнштейн, у пресі). Нещодавній мета-аналіз показав, що тепінг по акупунктурній точці є важливим елементом сильних ефектів (Черч та ін., 2020). Переглянуті дослідження порівнювали протоколи тепінгу акупунктури з ідентичними протоколами, за винятком того, що компонент натискання акупунктурних точок було замінено іншим втручанням, наприклад, діафрагмальним диханням або тепінгом по «фіктивним точкам». Більшість терапевтів, які включають тепінг акупунктури у свою практику, не визначають це як свій основний спосіб, а радше інтегрують техніку в існуючі клінічні практики (Файнштейн, 2016).

Механізм, за допомогою якого стимуляція акупунктурної точки покращує клінічні результати, включає генерацію сигналів, які активують або деактивують певні ділянки мозку. 10-річна дослідницька програма в Гарвардській медичній школі з використанням візуалізаційних пристроїв для дослідження ефектів стимуляції точок акупунктури за допомогою традиційних голок виявила, що певні точки надсилають сигнали до мигдалеподібного тіла та інших частин лімбічної системи, які майже миттєво зменшують збудження (Фанг та ін., 2009). Незважаючи на те, що акупунктура та енергетична психологія є абсолютно різними практиками, було доведено, що традиційне проколювання акупунктурної точки та стимуляція її вручну дають схожі ефекти. Наприклад, подвійне сліпе дослідження, яке порівнювало проникнення акупунктурних голок із не проникаючим тиском, що імітує відчуття проникнення, виявило еквівалентні клінічні покращення для обох втручань. (Такакура та Ядзима, 2009).

Декілька досліджень тепінгу акупунктури в межах психотерапевтичного контексту станом на сьогодні, виявили відповідні клінічному покращенню зміни в мозку. Наприклад, дослідження МРТ лікування тепінгом акупунктури у людей із ожирінням показало, що ділянки мозку, пов'язані з потягом до їжі, активувалися на початковому етапі дослідження, коли перед початком лікування пацієнтам показували зображення шкідливої їжі, більше не активувалися після лікування (Стаплетон та ін., 2019). Таке зниження активності мозку супроводжувалося зменшенням бажання вживати цю їжу. Інші дослідження показали, що тепінг акупунктурних точок підвищує активність у лобовій частині кори головного мозку, яка бере участь у раціональному виборі та

управлінні емоційними реакціями в стресових ситуаціях (Ді Рієнцо та ін., 2019; Кьоніг та ін., 2019). Ця здатність активувати або дезактивувати цільові ділянки кори головного мозку шляхом комбінування тепінгу акупунктурних точок з розумовою активацією проблем та їх чинників є, мабуть, кардинально перевагою методу. Імовірно, це лежить в основі швидкого усунення неадаптивних пар стимул-реакція, як було продемонстровано в клінічних дослідженнях. Сприятливий вплив на регулятивні та соціальні функції блукаючого нерва також спостерігався внаслідок лікування акупунктурним тепінгом (Шварц, 2018).

Мета-аналіз протоколів тепінгу акупунктури, застосованих у лікуванні тривожності, депресії посттравматичного стресового розладу — трьох із найчастіше діагностованих у клінічній практиці категорій, показали великий ефект (вище 0,8) для кожного стану.

У мета-аналізі, сфокусованому на лікуванні тривоги, 14 РҚД загалом включали 658 учасників (Клонд, 2016). Загальний розмір ефекту для цих 14 досліджень, від періоду до лікування та після лікування, становив 1,23. У дослідженні депресії 12 РҚД із загальною кількістю учасників 398, мали загальний розмір ефекту у проміжку від початку лікування кінця лікування 1,85 (Нельмс та Кастель, 2016). Під час аналізу лікування ПТСР сім РҚД із загальною кількістю учасників 247 також продемонстрували високу ефективність (2,96; Себастьян і Нельмс, 2017). Іншими психологічними станами, які, як було доведено у ході досліджень, також реагують на тепінг акупунктурних точок та перераховані у базі даних, яку підтримує Асоціація комплексної енергетичної психології², є фобії, гнів, стрес, труднощі з концентрацією, тягу до їжі, безсоння та блокування продуктивності. Фізичні стани, які показали статистично значуще покращення після лікування тепінгом акупунктурних точок, включають фіброміалгію, біль, головні болі, адгезивний капсуліт плеча (заморожене плече), псоріаз, ожиріння, імунну функцію, запалення та проблеми серцево-судинної системи. Тоді, як метааналітичні огляди показують сильно виражений ефект використання тепінгу для лікування ПТСР і депресії, дослідження ефективності на сьогодні не розрізняють одиничний та складний ПТСР або ж симптоми депресії та великі депресивні розлади (Файнштейн, у пресі).

Тому клініцистам слід з обережністю підходити до більш важких форм обох захворювань. Інше застереження полягає в тому, що на даний час існує мало даних про ефективність протоколів тепінгу в лікуванні таких станів: психотичні розлади, деменція, аутизм, біполярні або глибоко вкорінені розлади особистості. Обмеженням, пов'язаним з механізмом підходу, може стати те, що тепінг може виглядати «дивним», тому не кожен почуватиметься комфортно, роблячи це. Безпека клінічної модальності викликає особливе занепокоєння при роботі з постраждалими від катастрофи. Ризик повторної травми людей під час спроби допомогти їм подолати емоційні труднощі після катастрофічних подій є постійною проблемою для терапевтів (Дакворт та Фоллет, 2011). Протоколи акупунктурного натискання здаються менш вразливими до цього ризику, ніж більшість інших методів, оскільки вони «є спрямованими на поступовий і толерантний підхід до дистресу, зменшення впливу травми, яка раніше могла перевантажувати та заважати клієнту справлятися з нею» (Моллон, 2013, р. 355). Огляд клінічних випробувань енергетичної психології, в яких брали участь більш ніж тисячу суб'єктів, виявив, що побічних ефектів не було зареєстровано (Черч, 2013). Шульц (2009) провів інтерв'ю з 12 психологами, які працювали з дорослими, які пережили сексуальне насильство в дитинстві, і повідомив, що загальною темою розмови було те, що протоколи енергетичної психології сприймалися як такі, що дозволяють клієнтам «полегшити травми неінвазивним способом, що зменшує можливість повторної травматизації» (с. 17).

ІНШИЙ ТИП ЕКСПОЗИЦІЇ

² <https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7>

Психологічний вплив передбачає використання уяви або спогадів, щоб подумки візуалізувати

ситуацію, яка викликає тривогу, у безпечному контексті. Процедура застосовується, щоб зменшити реакцію на тригери страху, і як було встановлено, вона є «дуже ефективною для пацієнтів із тривожними розладами, її слід розглядати як доведене першочергове лікування для таких пацієнтів». (Каплан і Толін, 2011, стор. 33). Найфундаментальніша різниця між протоколами тепінгу акупунктури та іншими психологічними підходами відносно довготривалого емоційного зцілення після катастроф, які часто використовуються в роботі з посттравматичним стресовим розладом, може полягати в компонентах процедури.

Таблиця 1: Два різних підходи до Експозиції

Конвенційні методи Експозиції	Експозиція із соматичними втручаннями
<p>(1) Коротка експозиція, яка використовується при систематичній десенсибілізації (від 10 до 15 с у кожному циклі протоколу), може бути ефективною для низького рівня збудження, але не для подразників з високою травматичністю. Крім того, необхідна велика кількість сеансів протягом тривалого часу, аби досягнути нетривалого ефекту навіть у ситуаціях низького рівня збудження (Ротбаум і Фоа, 1996/2007).</p>	<p>(1) Встановлено, що експозиційний вплив у поєднанні зі стимуляцією акупунктурних точок є ефективним при станах, які включають високий і низький рівень збудження, а кілька раундів такого впливу під час одного сеансу терапії часто здатні роз'єднати зв'язок між стимулом і дезадаптивним страхом у відповідь.</p>
<p>(2) Тривала експозиція зазвичай необхідна для лікування тривожних розладів, причому 20 хвилин перед настанням тривоги, пов'язаної з простими фобіями часто є необхідними для зменшення тривожності, та до 60 хвилин є необхідними у випадках з агорафобією (Фоа та ін., 1989). Для травматичних випадків, до 100 хвилин імплзії (що провокує тривожні тригери та представляє їх в інтенсивній, тривалій формі) були потрібні раніше аби зменшити рівень тривоги (Кін, 1995).</p>	<p>(2) Тривала експозиція або довга серія повторюваних експозицій не є необхідними для отримання бажаних клінічних результатів.</p>
<p>(3) Від клієнтів вимагається «зосередити увагу на травматичному матеріалі і не відволікатися на інші думки чи діяльність» (Бревін, 2005, стор. 272). Насправді, вважається, що дозволити клієнту відійти «від найбільш травматичних сигналів» – вважається «не більш ефективним у досягненні стану зникнення тривоги, ніж минулі нав'язливі епізоди» (Ліонс та Кін, 1989, р. 147).</p>	<p>(3) Фокус під час сеансів експозиції не є фіксованим, а навпаки, під час тепінг, може переходити між травматичними спогадами та іншими думками, переконаннями, фізичними відчуття, емоціями та очікуваннями.</p>
<p>(4) Впливає на страх і тривогу, але не виглядає ефективним у лікуванні почуття провини чи інших складних емоцій, які потребують когнітивних конструкцій вищого порядку (Фоа та Макнеллі, 1996).</p>	<p>(4) Емоції, які потребують когнітивних конструкцій вищого порядку, таких як провинна, сором чи горе також піддаються лікуванню даним методом.</p>

Джерела для «Конвенційні методи лікування» включають спостереження розробників підходу, які також відповідають поточній практиці. Блоки «Соматичний компонент» були

підтверджені в аналізі понад 800 інтерв'ю або відповідей на опитування практикуючих енергетичних психологів (Файнштейн, 2021а).

Традиційні Експозиційні методи

Дослідження лікування посттравматичного стресового розладу Інститутом медицини (ІОМ) Національної академії наук у 2008 році: шляхом оцінки доказів було виявлено, що, незважаючи на майже три десятиліття досліджень із моменту прийняття посттравматичного стресового розладу як формальної діагностичної категорії, існуючі дослідження «не формують цілісної сукупності доказів про те, що працює, а що ні» (Комітет із лікування посттравматичного стресового розладу, 2008, стор. 10). Однак єдиним типом втручання (психологічного чи фармацевтичного), ефективність якого була оцінена як емпірично встановлена, була експозиційна терапія тривалого впливу в уяві.

У той час є думка, що експозиційні методи необхідні для успішного лікування посттравматичних стресових розладів, цей метод частково ставиться під сумнів через можливість ретравматизації (Фаррелл та ін., 2013), а також паралельно цьому були запропоновані альтернативні методи лікування (Маркович та ін., 2015), і все одно терапія тривалого впливу все ще є найбільш широко рекомендованим підходом до лікування ПТСР. Клінічні практичні рекомендації Американської психологічної асоціації (2017) щодо лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) рішуче схвалювали експозиційну терапію тривалого впливу, або ж експозиційну терапію тривалого впливу з когнітивною реструктуризацією, як основні рекомендовані методи для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Метод десенсибілізації та переробки рухів очей отримав умовні рекомендації. Енергетична психологія не оцінювалася.

Невідповідності пов'язані з клінічним застосуванням Експозиційних методів лікування

Хоча метод десенсибілізації та переробки рухів очей і акупунктурний тепінг дуже відрізняються один від одного, але обидва підходи використовують експозицію в уяві і поєднують його з соматичним втручанням. Соматичні втручання в методу десенсибілізації та переробки рухів очей можуть включати двосторонню стимуляцію у вигляді рухів очима вперед-назад, чергування зумерів або інші способи поєднання правої-лівої стимуляції, наприклад, тепінг по черзі по колінах, ногах або плечах. Під час того як дослідження ефективності методу десенсибілізації та переробки рухів очей, встановлювали його як ефективний засіб при ПТСР, почала накопичуватись інформація про результати, які не узгоджувалися з іншими експозиційними методами (Роджерс і Сільвер, 2002). Наприклад, Роджерс і Сільвер зазначили: «попередні дослідження показують, що повторні короточасні експозиційні контакти призводять лише до зменшення страху, коли інтенсивність стимулу і збудження є низькими». Проте досі метод десенсибілізації та переробки рухів очей використовує дуже короткі (20-30 с) експозиції, хоча інтенсивність стимулів висока, оскільки клієнтів просять розпочинати з фокусування на найбільш тривожній сцені» (с. 49).

Чотири відмінності між звичайними формулюваннями експозиційної терапії (як описано в літературі, яка встановлює підхід) і експозицією в поєднанні з соматичним втручанням (на основі звітів клініцистів) були окреслені (Файнштейн, 2010) і підсумовані в Таблиці 1.

Традиційні експозиційні методи не виключають вивчення природи страху

Що може пояснити ці відмінності? Відкриттям у нейронауці стала відмінність із значними клінічними наслідками, традиційних експозиційних підходів, які перезаписують, а не заміщують усвідомлення та розуміння страху, тоді як інші підходи здатні генерувати нове усвідомлення, яке повністю усуває старий досвід. (Дансмур та ін., 2015). Зокрема, якщо старі асоціації перезаписуються замість усунення, клієнт вразливий до рецидивів через: а) спонтанне відновлення реакції страху за певних умов, б) відновлення страху, коли оригінальна репліка

представлена поза контекстом зникнення, або в) відновлення, коли оригінальний аверсивний стимул представлений без оригінальної підказки, але відновлюється здатність оригінальної підказки тригерувати реакцію страху. Якщо б старі асоціації неврологічно згасли, то ці рецидиви були б неможливими без появи нової травматичної події.

Як в лабораторних, так і в клінічних умовах, було виявлено часті рецидиви після лікування традиційними експозиційними методами (Дансмур та ін., 2015). Вплив не виявився настільки ефективним, як очікувалося, навіть із додаванням технік когнітивної реструктуризації. Фактично нещодавні дослідження та мета-аналіз показали, що КПТ, однією з основних стратегій якого є експозиційне лікування, лише трохи попереджає ефект плацебо (Лейхсенрінг та ін., 2018), що є суперечливим, але провокаційним відкриттям.

Початкове загальне розуміння експозиційної терапії було вимирання (усунення умовної реакції, наприклад, страх перед павуками) викликане викоріненням старої асоціації шляхом повторних презентацій тригера (умовного подразника) у безпечному контексті. Але оскільки мали місце випадки спонтанних рецидивів, було незаперечним те, що початкове знання не було усунено, - і це викликало необхідність перегляду теорії. Фоа та Макнеллі (1996, ґрунтуючись на численних доказах, пояснили це так: «зменшення страху не передбачає ослаблення асоціацій як таких, а скоріше передбачає формування нових асоціацій, які перекривають вплив патологічних» (с. 339).

Тим часом нейрохімічні дослідження показали, що прийом певних препаратів у поєднанні зі чинниками страху дає можливість викоринити старі асоціації, пов'язані зі страхом на неврологічному рівні (Берлау та МакГаф, 2006). Ці висновки були зумовлені численним експериментам, які показали, що початковий страх не можна відновити за допомогою будь-яких відомих методів відновлення згаслих страхів. Було виявлено інший, більш потужний механізм, ніж усвідомлене усунення страху. Це пояснює спосіб, яким мозок оновлюється на основі нового досвіду. Це було продемонстровано, коли поведінкові, а не фармацевтичні втручання, повністю усунули страх, спочатку у піддослідних лабораторних тварин (Монфілс та ін., 2009), а потім у людей (Шиллер та ін., 2010). Монфіс та ін. зазначив, що порівняння звичайних методів вимирання з тими, які усувають, а не перебивають старі асоціації, «залучають різні механізми в латеральній мигдалині та призводять до цілком інших поведінкових реакцій» (с. 953).

Інше поширене переконання серед нейробіологів полягало в тому, що як тільки нові знання консолідується в довготривалій пам'яті, то вони залишаються назавжди. Вони можуть бути зміненими або навіть затьмареними подальшим досвідом, як у процесі вимирання, викликаного традиційними методами впливу, але все одно не зникають і можуть бути повторно активованими. Проте сотні досліджень протягом кількох десятиліть показали, що це не єдина обставина. Навпаки, «консолідовану пам'ять можна... редагувати, посилити, змінити чи навіть стерти!» (Надер, 2003, стор. 65).

Щоб знання було стерто, повинна бути певна послідовність подій, аби результат, передбачений початковим досвідом, не відбувався, таку невідповідність нейробіологи називають «помилкою передбачення» (Екстон-МакГіннес та ін., 2015).

Поєднання акупунктурних натискань із психологічним впливом

Протоколи акупунктурного тепінгу досягають результату, зумовлюючи те, що клієнт подумки активує старий досвід (як, скажімо, у випадку з боязню павуків), надсилаючи дезактивуючі сигнали до мигдалеподібного тіла за допомогою акупунктурного натискання. Після кількох циклічних повторів тепінгу зображення павука може залишатися чітким, але очікуваний страх при цьому не відчувається. Цей процес проілюстровано у 13-хвилинному відео, яке демонструє уривки з 30-хвилинного лікування (доступне за посиланням <http://phobicase.EnergyPsychEd.com>, у доступні з 10 лютого 2022 р.). Бачимо, що на обличчі клієнта виникла невідповідність

очікуваного результату. Це основна послідовність необхідна для того, щоб нейронні шляхи, які підтримують старий досвід, стали «депотенційованими» на синаптичному рівні. Знання та усвідомлення закріплюються новим способом, який відповідає нещодавньому досвіду. Більш детальне пояснення цього процесу доступне в інших джерелах (наприклад, Файнштейн, 2019), але для цілей розуміння ролі енергетичної психології в роботі з надання допомоги при стихійних лихах ключові поняття полягають у наступному: а) короткотривалий вплив є адекватним, якщо супроводжується тепінгом, б) повторну травматизацію можна запобігти, в) зміни є тривалими.

Енергетична психологія в лікуванні людей які вижили після катастрофи

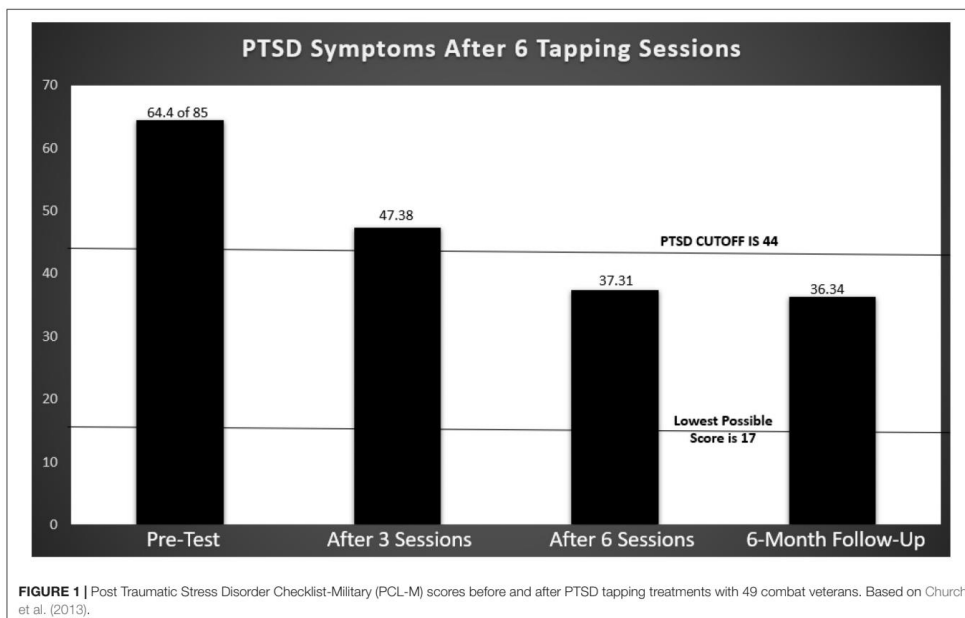
Енергетична психологія застосовувалася після природних чи антропогенних катастроф в Австралії, Боснії, Бразилії, Бурунді, Колумбії, Демократичній Республіці Конго, Екваторі, Німеччині, Гватемалі, Гаїті, Індії, Індонезії, Ізраїлі, Японії, Кенії, Косово, Кувейті, Ліберії, Мексиці, Молдові, Найробі, Новій Зеландії, Нікарагуа, Нігерії, Руанді, Сьєрра-Леоні, Південній Африці, Південному Судані, Швеції, Танзанії, Таїланді, Венесуелі, Уганді та Сполучених Штатах. Команди в Сполучених Штатах працювали з постраждалими від пожеж, землетрусів, ураганів, торнадо, промислових аварій і стрілянини в школах, а також із громадами та закладами охорони здоров'я, які сильно постраждали від пандемії COVID-19.

Кілька міжнародних організацій гуманітарної допомоги адаптували енергетичну психологію як спосіб лікування під час своїх місій у результаті катастрофи. Capacitar International («Capacitar» — іспанське слово, що означає надавати можливості, пробуджувати, оживляти одне одного) працює з громадами, які перебувають у перехідному періоді — включно з тими, які пережили травми, насильство, війну та інші катастрофи — починаючи з 1980-тих³ років. Їх співробітники отримали численні міжнародні нагороди, а їх охоплення поширилося на п'ять континентів.

Серед основних технік соматичних втручань Capacitar – EFT, TFT та інші методи стимуляцій натисканням точок для полегшення фізичного та емоційного болю. Чарльз Фіглі, який працював головою комітету Департаменту у справах ветеранів, першим визначив поняття посттравматичного стресового розладу, він також є засновником Green Cross (Зелений Хрест), дозволив опублікувати це твердження на вебсайті енергетичної психології в 2005 році: «Енергетична психологія швидко стверджується як одне із найпотужніших психологічних втручань, доступних працівникам служби для допомоги постраждалим, а також використання працівниками для себе». Більшість людей, які працюють у сфері психологічної допомоги у зоні лиха, дотримуються загальноприйнятих інструкцій, розроблених ДеАнжелісом (2014) з погляду пріоритизації полегшення дистресу, пояснюючи та нормалізуючи надзвичайні емоційні стани реагування, сприянню стабілізації та відчуття безпеки, зв'язкам постраждалих із відповідними системами підтримки та шляхом співпраці з місцевими громадами та будь-якими агенціями допомоги, які там працюють.

Графік 1 / Контрольний список посттравматичних стресових розладів військових (PCL-M), який оцінює вплив лікування посттравматичних стресових розладів тепінгом у контексті до та після терапії у 49 ветеранів бойових дій. Черч та ін. (2013).

³<https://capacitar.org/>



Симптоми ПТСР після 6 сесій тепінгу

Зліва направо: до тесту, після 3 сесій, після 6 сесій, результати постторного оцінювання після 6 місяців.

Дослідження на ранніх етапах

До першого РКД, яке досліджувало використання енергетичної психології при посттравматичному стресовому розладі, відбулось із залученням 49 ветеранів бойових дій, які демонстрували посттравматичний стресовий розлад за контрольним списком симптомів, стандартизованим для ветеранів (Черч та ін., 2013). Значне покращення було виявлено після шести сеансів лікування, причому 42 із 49 учасників більше не порушували межі діагностування посттравматичного стресового розладу. Учасників відібрали з усіх Сполучених Штатів і лікування було організовано волонтерами-практиками. Результати 6 місяців спостереження були акумульовані у висновки (див. Малюнок 1). Пізніше дослідження було повторено з подібними висновками (Геронілла та ін., 2016). Для порівняння, приблизно дві третини військовослужбовців і ветеранів, які пройшли курс експозиційного лікування та/або когнітивної терапії в рецензованих дослідженнях, опублікованих між 1980 і 2015 роками, все ще відповідали діагностичним критеріям ПТСР після лікування (Стінкамп та ін., 2015). Був лише один виняток у дослідженні (Черч та ін.). Дев'ять із кожних десяти з 49 425 ветеранів війни в Іраку та Афганістані з діагностованим посттравматичним стресовим розладом, які звернулися за допомогою до установ, якими керує Департамент у справах ветеранів США, покинули навчання до завершення традиційного лікування, як рекомендовано (Сіл та ін., 2010).

Чотири рівні практик енергетичної психології після катастрофічних подій

У той час, як експозиційне лікування зазвичай використовується для тривалого лікування, а не для швидких результатів одразу після катастрофи, протоколи тепінгу центрів акупунктури можуть бути застосовані в будь-який момент після катастрофічної події. Якщо людина переживає гостру травму, їй не обов'язково уявляти травматичну подію. Вона вже перебуває у ній. Ви можете продемонструвати техніки тепінгу, щоб негайно зменшити емоційний стрес, як це могло б бути з будь-якою іншою технікою релаксації. Тепінг також можна застосувати на пізнішому етапі відновлення для розрядки нав'язливих або іншим чином пропрацьованих травматичних спогадів. Після задоволення фізичних потреб, встановлення безпеки та встановленні довіри, має місце чотирирівнева структура енергетичної психології в ситуаціях після катастрофи відповідно до мети

втручання (Файнштейн, 2008):

Перший рівень: негайна допомога/стабілізація

Так само, як фельдшер міг би проінструктувати пацієнта під час тривожного нападу в техніці контролю дихання, яка несумісна з гіпервентиляцією, енергетична психологія використовує втручання, які швидко пригнічують опосередковану лімбічною системою реакцію «бийся або біжи». Наприклад, тепінг певних акупунктурних точок, стимуляція яких, як було показано, знижує сигнали активації в мигдалеподібному тілі (Хуї та ін., 2005), швидко знижує підвищені емоційні реакції в стресових ситуаціях. Ця проста процедура може бути потужним засобом для надання першої психологічної допомоги одразу після катастрофи. Лікарі-практики часто починають із найбільш приємних втручань, доступних для сприяння полегшенню та стабілізації, як-от: діафрагмальне дихання, самообійми, легке погодювання та нагадування про те, що людина вижила та зараз у безпеці – запровадження тепінгу за можливості.

Другий рівень: Зменшення лімбічного збудження до тригерів на основі травми

Окрім негайного полегшення, тепінг можна застосувати, щоб змінити дезадаптивні моделі реакції на стрес, які розвиваються після катастрофи. Посилений страх, гнів або страждання могли бути неврологічно пов'язані з певним внутрішнім чи зовнішнім сигналом. Зменшуючи лімбічне гіперзбудження за наявності сигналу, можуть бути перервані афективні, когнітивні та поведінкові моделі, що призводять до ураження, включаючи поведінку уникнення, вивчені тенденції, які служать для посилення ПТСР (Бадю та ін., 2012). Відокремлення надзвичайних стресових реакцій від спогадів, жажливих фантазій або зовнішніх тригерів є ключем до успішного лікування ПТСР (ван дер Колк, 2014).

Третій рівень: подолання складних психологічних ускладнень

Складні проблеми, пов'язані з досвідом ранніх прив'язаностей, поточними стосунками, особистими цілями, стилями життя, обстановкою на роботі та фізичним здоров'ям, які можуть проявитися через травматичний досвід та можуть стати предметом для ефективної роботи, особливо після досягнення належного прогресу на перших двох рівнях. Підхід енергетичної психології здатний визначити та націлити на основні аспекти складних проблем. Фактори, що сприяють зниженню самооцінки, можуть включати, наприклад, невіршені спогади про емоційне насильство батьків, переконання про завдання шкоди самому собі, перебільшені оцінки міжособистісної загрози та тривожність у соціальних ситуаціях. Поєднання акупунктурної стимуляції з психічною активацією ретельно відібраних сцен, почуттів і переконань можуть бути використані до елементів складної психологічної проблеми. Часто застосовується протокол тепінгу для «нейтралізації негативних основних переконань та прищеплення позитивних» (Галло, 2004, стор. 181). Незалежно від того, чи використовуєте тепінг для усунення ранніх травматичних спогадів, які пов'язані з перешкодами в подоланні нещодавньої травми, чи для вирішення дитячих переконань, які сприяють песимізму та безнадії, розв'язання таких ситуацій часто є у фокусі поточного лікування та може бути необхідним у період консультування після катастрофи для повного відновлення.

Четвертий рівень: сприяння оптимальному функціонуванню

Навіть після стабілізації нейтралізовані лімбічні реакції на травматичні сигнали та кроки, зроблені до розв'язання саморуйнівних патернів із дитинства, екзистенціальні життєві проблеми залишаються. Насправді катастрофічний досвід можуть загострити питання сеансів, невпевненості в майбутньому, реальності зла та усвідомлення неминучості смерті. Проте люди, які бачили найгірше в житті, справді переважають емоційно та духовно. Як зауважив Толстой: «Є щось у людському дусі, що виживе і перемаже, є крихітне і яскраве світло, що горить у серці

людини, яке не згасне, яким би темним не став світ».

Багато людей насправді виявляють, що раніше невідомі їм сила та стійкість розкриваються після катастрофічної події. Термін посттравматичний ріст описує «позитивні психологічні зміни, які виникають у результаті боротьби з надзвичайно складними життєвими обставинами» (Джайавікрем та Блекі, 2014, р. 312). Інтерв'ю з практикуючими енергетичними психологами свідчать про те, що енергетичний підхід може допомогти розкрити та посилити це «крихітне та яскраве світло», сприяючи почуттю духовного зв'язку та сприяючи спокою, впевненості та сміливості (Файнштейн, 2021а).

Незважаючи на постійні проблеми та часті інтенсивні виклики, більша особистісна стабільність і вищий рівень функціонування є досяжними результатами після травматичного досвіду.

На третьому і четвертому рівнях енергетична психологія часто інтегрується з іншим клінічним або підходами особистісного розвитку. У підвищенні особистої стійкості, наприклад, стратегії з позитивної психології (такі як: «побудова буферних сильних сторін», наполегливість, здатність до задоволення, Селігман, 2002, стор. 6-7) можуть створити основу, оскільки методи енергетичної психології використовуються для прищеплення таких сильних сторін.

Ситуаційні міркування

За межами методу стоїть контекст. Втручання на основі енергетичної психології після стихійного лиха повинні застосовуватися з розуміння етапів ліквідації наслідків стихійного лиха, чутливість до культурних питань, пильність щодо контрінтуїтивної динаміки, які часто супроводжують психологічне втручання після катастрофічних подій, та особиста вразливість практикуючого. Кожен із цих факторів обговорюється в цьому розділі.

Калібрування втручань до трьох фаз допомога при стихійних лихах

Застосування енергетичної психології після катастрофи необхідно відкалібрувати відповідно до унікальних потреб і обмежень кожної людини, а також до розуміння видів втручання, які доречні в різні періоди часу після катастрофи. Фундаментальний том «Втручання після масового насильства та катастроф: Стратегії психічного здоров'я» (Рітчі та ін., 2007) містить розділи, в яких обговорюються принципи негайного реагування на катастрофи (Рузек, 2007; Янг, 2007; Орлі та ін., 2007), втручання через 1-4 тижні після травмування (Брайант та Літц, 2007), а також довготермінові лікувальні втручання (Рафаель та Вудінг, 2007). Чотири рівні втручання енергетичної психології є ключовими для цих трьох фаз втручання у разі стихійних лих у Файнштейна (2022а).

Культурна чутливість

У психологічному лікуванні тих, хто пережив катастрофу, культурні та демографічні параметри іноді мають вирішальне значення (Норріс і Алегрія, 2007). Тоді як існує небагато емпіричних доказів, які базуються виключно на роботі з постраждалими від катастрофи, щоб спрямувати енергетичних практичних психологів у встановленні диференційованого лікування для конкретних постраждалих груп населення, МакКей та Альфред (2013) окреслили загальні принципи використання протоколів тепінгу з етнічними та культурними групами, відмінними від практика. Вони також можуть бути застосовані в ситуаціях після стихійного лиха.

Доктор Карл Джонсон, піонер у застосуванні енергетичної психології (зокрема, TFT) після стихійного лиха, у наших інтерв'ю підкреслював, що успіх лікування іноді може «зависати від використання делікатного слова з погляду культури чи особистості». Доктор Джонсон досяг пенсійного віку, будучи психологом рівня Американської Ради Професійної Психології,

спеціалістом із посттравматичних стресових розладів в Адміністрації ветеранів. Він вивчав TFT під кінець своєї роботи в Адміністрації ветеранів та виявив, що ця методика є більш ефективною, ніж інструменти, якими він користувався раніше. Під час інтерв'ю, яке я провів із ним у 2005 році, Джонсон протягом майже двох десятиліть після виходу на пенсію регулярно подорожував до місць, де відбулись одні із найжахливіших звірств і катастроф у світі, щоб надавати волонтерську психологічну підтримку за допомогою TFT.

Він запропонував навести приклад, щоб проілюструвати ситуації, коли обмеження чоловіків щодо вираження емоційного стресу можуть ускладнити роботу після стихійного лиха, та навіть назвати конкретні проблеми, які необхідно розумово активізувати під час сеансів тепінгу. Етнічний албанець, який розмовляв англійською, привів колишнього солдата Армії визволення Косова до готелю Джонсона. Перекладач сказав: «Він тут, щоб допомогти з травмою війни». Джонсон пояснив шкалу від 0 до 10 і попросив чоловіка дати йому число для інтенсивності його травми. Перекладач поспілкувався з чоловіком, а потім сказав: «Немає числа, немає». Джонсон запитав: «Чи він тут не тому, що страждає від травми?» Перекладач повторив: «Немає числа, немає травми». Джонсон продовжив:

Я відчув, що хоча чоловік і прийшов по допомогу, він був також підкорявся албанському табу, яке забороняє чоловікам страждати. Я вирішив не згадувати про його страждання і сказав перекладачеві: «Добре, але не могли б ви його попросити просто подумати про травматичну подію». Відповідь: «Не було травматичної події». Я зрозумів, що у визначенні травматичної події, він повинен був би кваліфікувати особисту травму, в якій не міг зізнатися. Тому я запитав, чи у нього був складний досвід, чи ж поганий момент, який мусив подолати». На це він міг сказати: «Так». Тоді я попросив подумати про поганий момент, який він пережив. Я запитав його чи хоче налаштуватися на своє сильне тіло та підготувати його до наступної перемоги, наприклад, так само як налаштувати двигун чудового гоночного автомобіля, який уже перемагав, але потребує переналаштування, щоб знову виграти». Він сказав: «Це було б добре». Коли він зосередився на події, яку подолав, я використав процедуру енергетичної оцінки, щоб знайти та потім лікувати його енергетичні збої. Нарешті, коли я не міг знайти більше збоїв в його енергетичній системі, я запитав його, чи потрібно ще щось зробити або чи його налаштування було завершено. Він виглядав розслабленим. Потім через перекладача сказав: «Він хоче, щоб я вам сказав, що дуже вам вдячний за зцілення його травми». Як тільки травма була вирішена, для нього більше не було проблемою вживати це слово.

Можна зустріти багато варіацій цієї історії у команд психологічної допомоги, які працювали із людьми, приналежними до незнайомої їм культури. Використання енергетичної психології у роботі з дітьми також вимагає витримки. Діти, згідно зі звітами лікарів-практиків, реагують на птгбуу для зменшення збудження принаймні так само добре, як і дорослі, але підхід має бути розроблений на рівні, який відповідає віку, ситуації та рівню розуміння дитини.

Навіть пояснення енергетичної психології словами, які поважає людина та які відповідають її світогляду і припущенням про зцілення, може бути проблематичним. Пояснення підходу, що ґрунтується на парадигмі, взятій із давніх традицій зцілення, фактично виявилось серйозним викликом для західних практиків енергетичної психології в межах їхньої власної культури. З іншого боку, люди з культур, де поняття енергії або духу є вкоріненими в основі їх світогляду, таких як корінні американці та члени різних африканських племен, часто можуть інтуїтивно вдаватись до теорії та методів енергетичної психології.

Контрінтуїтивні пастки

Загальні припущення щодо роботи з катастрофою у деяких випадках були спростовані клінічними спостереженнями, і різні суперечливі аспекти втручання одразу після катастрофи також були

виявлені. Рузек (2007) обговорює кілька припущень, що лежать в основі різних моделей втручання, які слід перевірити, а не сприймати без критичної оцінки. Наприклад, дебрифінг критичного інциденту під час стресу, коли люди, які пережили травму, діляться своїм досвідом, думками та емоційними реакціями з іншими постраждалими, які пережили ту саму травму, знаходячись у безпечному професійному контексті, як це колись здавалося, мало сенс і така практика широко застосовувалася. Проте є вагомі докази, які свідчать про те, що такі практики можуть заважати природним стратегіям подолання стресових ситуацій у стійких людей і швидше збільшувати, ніж запобігати ПТСР, у вразливих осіб (МакНеллі та ін., 2003).

Працівників служб ліквідації наслідків стихійних лих регулярно вчать «нормалізувати» гострі стресові реакції. Це пітримує природну стійкість постраждалих і допомагає їм зрозуміти, що їхні реакції є нормальними та тимчасовими, а не ознаками особистої слабкості чи психічного захворювання. Це працює для осіб, у яких симптоми гострого дистресу є тимчасовими, і може мати терапевтичний ефект, оскільки багато постраждалих людей є дуже сугестивними відразу після травмування. Але це також може мати негативні наслідки для тих, хто вижив, чиї симптоми не зникають. Дослідження тих, хто пережив масове насильство, фактично показує те, що високий відсоток людей, які мають тривалі проблемами, значно вищий, ніж серед тих, хто пережив стихійні лиха (Кварантеллі, 2000). Гіперболізована увага до того факту, що більшість симптомів гострого стресу після травми будуть розсіюватись із часом, як наслідок може ненавмисно стигматизувати людей, які потребують лікування, і зрештою не дати їм отримати його. Коротко кажучи, після катастрофи люди можуть стати надзвичайно чутливими, їх стабільність може бути примарною, а їхні реакції на, здавалося б, нешкідливі твердження можуть бути неочікуваними.

Ще одне припущення, яке бере свій початок із психіатрії бойових дій, що надзвичайно важливим для спеціалістів із психічного здоров'я, є активне втручання якомога швидше після травмування. Проте різні дослідження, разом із занепокоєнням щодо патологізування нормальних реакцій, дають «привід сумніватися, чи справді швидке втручання приведе до кращої допомоги» (Рузек, 2007, стор. 20). Спеціалістів навчають, що найбільш життєздатні робочі припущення через 24 години після катастрофи можуть суттєво відрізнитися від найбільш життєздатних робочих припущень через 3 тижні або через 6 місяців. Застосування енергетичної психології після катастрофи має бути відкалібровано з урахуванням унікальних потреб і обмежень кожної людини та розуміння видів втручання, які будуть підходити до різних періодів часу після катастрофи.

Також були виявлені інші протиінтуїтивні динаміки. Наприклад, Левін (1997) показав, що люди (як і тварини), які тремтять після травми, мають меншу схильність до розвитку симптомів ПТСР. Таким чином, утримання та інвазивне заспокоєння людини, яка тремтить, може фактично перешкодити одужанню.

Навіть медитація може призвести до небажаних результатів (Лейфорд, 2022). Фей (2021) пояснює, що практики медитації «можуть породжувати стан блаженства, який може лякати людей із травматичною історією. Сказавши що-небудь навіть віддалено позитивне, може породити сильну ненависть до себе... У блаженному стані кордони можуть сприйматися як надто розмиті, змушуючи нас відчувати себе в безпеці або поза контролем. Це також може спровокувати регресію» (с. 39).

Враховуючи широке поширення позитивних звітів у клінічних дослідженнях літератури про переваги медитації, мені було цікаво її використання в ситуаціях після катастрофи. Даючи інтерв'ю для «Звіти з місця подій» нижче, я запитав доктора Лорі Лейден, чи використовувала вона медитацію в роботі з тими, хто вижив під час стрілянини в початковій школі Сенді Хук. Вона відповіла: «З мого досвіду, медитація без соматичного звільнення, яке відбувається під час тепінгу акупунктурних точок, часто є контр-показаною при гострій травмі та посттравматичному стресовому розладі, оскільки у таких випадках фізіологія клієнта є недостатньо врегульованою,

аби мати справу з нав'язливими спогадами та іншими симптоми травми, які виникли. Це може викликати почуття ще більшої небезпеки у своєму тілі. Я була свідком роботи із кількома людьми, у тому числі із батьками вбитих дітей - як розповідали вчителі медитації, медитація є відповідним засобом лікування травм навіть після того, як травмовані батьки висловили серйозний дискомфорт, намагаючись медитувати».

ЗВІТИ З МІСЦЯ ПОДІЙ

За десятиліття після нападів на Пентагон і Всесвітній Торговий центр у 2001 році було досягнуто успіхів в: а) оцінці потреб окремих осіб і громад, які постраждали від катастрофічних подій, б) створенні програми, які задовольняють ці потреби, і (в) оцінці цих програм (Вотсон та ін., 2011). Тим не менш, природні несподіванки, хаос і нагальні вимоги, які раптово виникають, коли трапляється катастрофа, перешкоджають систематичній оцінці, у випадках коли бригади психологічної допомоги прибувають на місце одразу після катастроф.

Дослідження протоколів тепінгу в ситуаціях після катастроф, які існують, як правило, проводяться через тривалий час після того, як катастрофа відбулася, коли систематичне дослідження процедур було більше імовірним та досяжним. Позитивні результати після лікування хронічного ПТСР у цивільного населення в роки після катастрофи справді вражають. Наприклад, у клінічному дослідженні майже через два десятиліття після воєн 1992-95 років у Боснії, 18 дорослих було відібрано на основі серйозного триваючого емоційного стресу, що бере початок від їхнього досвіду під час воєн, який включав важкі поранення, тортури, побиття, зґвалтування, сексуальне приниження та спостереження за нападами або убивствами. Кожен із 18 учасників мав чотири сеанси з використанням протоколів тепінгу тривалістю 1 годину протягом двотижневого періоду. Перед початком лікування був створений стандартизований контрольний список симптомів ПТСР у цивільних, які і наприкінці лікування та під час 4-тижневого спостереження (Боат та ін., 2014). Було виявлено значне зменшення симптомів ПТСР ($p = 0,009$), яке зберігалось під час подальшого спостереження.

В іншому дослідженні цивільних осіб, які пережили системне насильство роками раніше, Конноллі та Сакаї (2011) випадковим чином вибрали 145 дорослих, які пережили геноцид 1994 року в Руанді, для лікування методом TFT або на контрольний список очікування. Відмінності між групою після лікування та списку очікування за шкалами симптомів ПТСР були дуже значущими ($p < 0,001$), із помірним або великим розміром впливу на зміни частоти та тяжкості симптомів. Поліпшення зберігалися протягом двох років спостереження.

Хоча систематичні дослідження втручання енергетичної психології відразу після катастрофи все ще недоступні, сотні практичних звітів демонструють вагомні результати після використання енергетичної психології через дні чи тижні після катастрофи та під час подальшого лікування спричинених травмою симптомів. Багато з цих звітів підтверджують одна одну з погляду швидкого полегшення та довготривалих переваг, але сучасний рівень застосування енергетичної психології відразу після катастроф усе ще в основному належить практикам, які використовували ці методи роботи. У решті цього розділу я представляю невелику вибірку записів тих практиків, з якими я спілкувався (особисто, по телефону, Zoom або через електронну пошту), та які використовували енергетичну психологію для допомоги громадам після природних або антропогенних катастроф.

Стрільщина в початковій школі Сенді Хук

Ця жахлива трагедія сталася на 14 грудня 2012 року в Ньютауні, штат Коннектикут. 20-річний хлопець, колишній учень початкової школи застрелив 28 осіб, у тому числі 20 дітей віком від 6 до 7 років, шістьох дорослих співробітників, самого себе та свою матір. Так трапилось, що Нік

Ортнер, давній житель Ньютауна, був засновником однією з найвпливовіших організацій, що пропагує підхід тепінгу акупунктури для лікування та особистісного розвитку⁴. Його мати, доктор Марія Ортнер, працювала шкільним психологом у сусідній початковій школі. У минулому вона тісно співпрацювала як зі шкільним психологом, так і з директором, які були вбиті в Сенді Хук.

Нік був глибоко зворушеним та повним рішучості застосувати свої знання енергетичної психології та EFT, а також місцеві та глобальні зв'язки, аби зробити те, що зможе зцілити травмовану спільноту. Наступного дня після стрілянини він зв'язався з доктором Лорі Лейден, колегою та всесвітньо відомим експертом із травм. Вона запровадила акупунктурний тепінг та інші методи надання допомоги при стихійних лихах після деяких із найгірших недавніх катастроф у світі, пов'язаних із геноцидом і масовими розстрілами⁵. Нік запитав у доктора Лейдена поради щодо надання першочергової допомоги та подальшої роботи, яка б сприяла видужанню у довгостроковій перспективі. Ця розмова переросла у співпрацю. Через три дні доктор Лейден приїхала до міста, щоб організувати довгострокову терапевтичну ініціативу самопомогти для багатьох людей у Ньютауні, які постраждали від стрілянини.

3 дня свого приїзду доктор Лейден почала проводити заняття як з окремими особами, так і з групами. Оскільки наслідки тривалої травми добре відомі, а також завдяки її успішній роботі з іншими постраждалими від жахливого насильства, д-р Лейден змогла негайно використати цей досвід для встановлення підходу для громади Ньютауна, який включав довготривалі, стійкі практики надання допомоги. Вона взяла на себе зобов'язання керувати проектом і залишилася жити в Ньютауні наступні 3 роки, хоча робота тривала майже десять років потому. Мета проекту була в тому, щоб «прийти тихо, слухати та спостерігати, підтримувати місцеві зусилля та надавати команді ненав'язливі методи для оцінки потреб, а також терапевтичну допомогу та інструкції у самопомозі тим, хто її найбільше її потребував».

Нік надіслав запит щодо волонтерів 500 000 людям зі свого списку адресатів. Потім Нік і доктор Лейден вручну відібрали 35 волонтерів-практиків тепінгу із сотень відповідей, які б допомогли продумати та втілити довгострокову модель допомоги Ньютауну. 5 січня 2013 року, через 22 дні після стрілянини, почалося навчання застосуванню техніки акупунктурного тепінгу у ситуації після катастрофи. Волонтери витратили від 35 до 60 годин на навчання, а також багато інших на спостереження, щоб підготуватися до невідкладних і довгострокових потреб тих, хто прямо чи опосередковано постраждав від трагедії. Особлива увага приділялася батькам та іншим членам сімей загиблих, дітям, які вижили під час стрілянини, вчителям школи та іншому персоналу, а також особам, які першими відреагували на трагедію, включаючи поліцію, пожежників, екстрену медичну допомогу, техніків, судмедекспертів і похоронних бюро. Замість того, щоб намагатись узагальнити величезну кількість індивідуальних і групових сеансів акупунктурного тепінгу, пов'язаних із ними семінарів і громадських заходів, у приклад наведені кілька коментарів тих, хто отримував допомогу або ж надавав її (джерело: Ортнер та ін.):

Скарлетт Льюїс, мати 6-річного убитого Джессі Льюїса

Під час зйомки: «У своїй спробі зцілитись від трагедії втрати мого сина, досвіду, який розбив моє серце і змусив мене сумніватися у необхідності жити далі самій, я спробувала багато різних видів допомоги. Спочатку я звернулася до традиційної «розмовної» терапії, яка у результаті ретравматизувала мене і внаслідок моє самопочуття погіршилося. Нік Ортнер познайомив мене з тепінгом і як результат, я завжди закінчую ці сесії з глибоким розумінням себе, почувуюся

⁴<https://www.thetappingsolution.com/>, перевірено 10 лютого 2022.

⁵<https://www.createglobalhealing.org/>, перевірено 10 лютого 2022.

краще, відчуваю легкість буття та маю надію... Тепінг покращує моє самопочуття як ніщо інше...».

Лікар і Рятувальник із офісу Судмедекспертизи: «Доктор Лейден просто запропонувала свої послуги за декілька днів після трагедії. Вона була в нашому офісі три рази та проводила по кілька сеансів протягом кожного візиту, проводячи по кілька годин із техніками, лікарями, слідчими та іншими співробітниками, які були безпосередньо пов'язані з розстрілами у Сенді Хук. Запропоновані нею практики тепінгу та дихальні вправи, а також групові обговорення були дуже корисними для мене та мого персоналу. Вона продовжувала тримати контакт зі мною щодо нашого прогресу і запропонувала нам допомогу будь-яким доступним способом. Особисто я тепер краще сплю і краще функціуюю».

Лінн Джонсон, Магістр клінічної психології, Ліцензований професійний консультант, який надає послуги з психічного здоров'я, Ліцензований консультант з допомоги при проблемах з алкоголем та наркотиками, директор Центру Serenity, Гартфорд, Коннектикут. «Мені випала честь переїхати і бути частиною цього проєкту. Доктор Лорі Лейден, Нік Ортнер, Джонді Вітіс і вся група справді надихнули мене. Я розробила програму для молоді та дітей під назвою «Feel Free Tar» («Натискайте, будь ласка, з легкістю»), яка є версією EFT для дітей від дошкільного віку до 3 класу. Я радо ділилася цим методом із групою та не можу дочекатися, щоб представити його ширшій спільноті!»

Бонні Скейн, волонтер. «Бути частиною цієї команди волонтерів – велика честь і благословення. Незважаючи на жакливу трагедію, ми бачимо багато маленьких чудес, які відбуваються щодня. Це велика радість допомагати тим, хто відчуває величезний емоційний біль, тривогу, стрес, знайти полегшення за допомогою EFT! Я справді вірю, що ми змінюємо світ, змінюючи себе, а EFT – це просто дивовижний інструмент, який дає нам можливість відпустити свої негативні емоції та почати отримувати замість них позитивні.

Елісон Хелд, волонтер: «Значні позитивні зміни відбуваються в Ньютауні та за його межами внаслідок роботи з тепінгом! Проєкт EFT з лікування стресу та травми (Stress and Trauma Relief Project) розвивається найкращим чином, який тільки можна було уявити, у центрі якого - спільнота талановитих волонтерів із чітким та єдиним баченням надії, любові та зцілення.

Ерік Лесковіц, психіатр Гарвардської медичної школи:

Доктор Лесковіц дав таку пораду організаторам: «Ґрунтуючись на моєму клінічному досвіді та науковій літературі, EFT є методом для швидкого втручання у травматичних ситуаціях, таких як Ньютаун, коли емоції зашкалюють в окремих осіб і груп. Його використання може запобігти подальшому повноцінному розвитку ПТСР шляхом надання людям можливості розвивати навички контролю над власною нервовою системою».

Зворушливою є історія «повного циклу», після трагедії у Сенді Хук, постраждалого 12-річного хлопчика, 6-річний брат якого був убитий під час стрілянини. Тоді як мати хлопчика мала швидко прийняла метод тепінгу, хлопець був дуже скептичним. Було очевидно, що він був дуже розлючений через втрату брата і не відвідував школу протягом двох місяців після трагедії. Доктор Лейден раніше працювала із сиротами, які пережили геноцид у Руанді, спочатку для їх зцілення, а потім навчала їх стати «сердечними» лідерами. Пізніше програму офіційно оформили як «Проєкт СВІТЛО: Руанда». Випусників програми називають «Амбасадорами», а мета ініціативи — об'єднати травмованих молодих людей у всьому світі, щоб вони підтримували один одного.

Між 12-річним хлопцем з Ньютауна та двома амбасадорами із Руанди, такими ж як він, які пережили найгіршу з людських трагедій, було організовано скайп-зустріч. Під час довгої розмови вони ділились глибокими почуттями, застосовували тепінг разом і в результаті щиро здружилися. Хлопець із Ньютауна настільки надихнувся, що наступного дня повернувся до школи, аби виступити перед однокласниками та розповісти, чому важливо піклуватися про людей, які пережили ще гірші трагедії. Завершивши повне коло зцілення, він створив некомерційну

організацію, яка збирала гроші для навчання цих двох амбасадорів із Руанди в університеті. Кілька років потому він поїхав до Руанди, аби зустрітись із амбасадорами, які так сильно допомагали йому, поки він був глибоко горював через смерть свого брата.

Виклики в таборі для біженців

До кінця 2020 року 82,4 мільйона людей у всьому світі мали бути вимушено переміщені внаслідок переслідувань, конфліктів, насильства, порушення прав людини або інших подій, які серйозно загрожували їхній безпеці (Агентство ООН у справах біженців, 2021). За достовірними оцінками, приблизно кожен третій із цих людей страждали від хронічної депресії, тривоги або ПТСР (Турріні та ін., 2017), і всі вони зустрічались із значними проблемами психічного здоров'я.

Табір для біженців Морія в Греції був найбільшим у Європі, коли Гунілла Хамне та Ульф Сандстрем, співзасновники мережі Peaceful Heart (Мирне серце)⁶, були викликані до табору для того, аби надати допомогу проблемному 8-річному хлопчику, який «вийшов з-під контролю». Peaceful Heart Network⁶ розробила підхід до акупунктурного тепінгу під назвою Техніка Тепінгу при Травмах (з англ. - Trauma Tapping Technique (ТТТ), який базується на мінімальному використанні слів. Походячи від TFT і EFT, цей спрощений підхід добре підходить для загоєння ран від травм. Йому можна легко навчити тих, хто пережив катастрофу, і парапрофесіоналів, аби нести його у великі групи. На додаток до тепінгу, ТТТ використовує самозаспокійливу техніку під назвою «Havening» (Маючи) - інший підхід, в основі якого використовуються тепінг з метою запуску електрохімічних реакцій в тілі, які можуть зменшити ескалацію емоційних реакцій на спогад або тригер (Руден, 2019).

Хлопець у таборі Морія жорстоко повадився зі своїми рідними та іншими людьми у таборі: «кусав, кидав предмети та каміння, руйнував намети, мочився скрізь і рвав на собі одяг». Батько був дуже турботливим, терплячим і намагався керувати хлопчиком. Мати стала пасивною. Вся ця ситуація створювала хаос у сім'ї, і, коли люди були виснажені поведінкою хлопчика, дійшло до того, що сім'я ризикувала покинути табір, при цьому не маючи куди йти. Хамне та Сандстрем описують свій досвід:

Ми пішли до одного з наметів, аби трохи помалювати, провести акробатичні активності для того, щоб зблизитися, встановити контакт. Раптом хлопець почав нищити все в наметі, включаючи книги та іграшки, приносячи великі камені та кидаючи їх у всіх. Він зламав металеві ніжки столу і продемонстрував, що може використовувати їх, як зброю. Вимагав більше ручок, яку потім розламавав. Коли хлопець заспокоївся, ми продемонстрували наші вправи та техніки батьку та іншим членам сім'ї. Перекладач також брав участь. Ми бачили, що батько міг тримати хлопчика і обіймати його, і тому він міг би виконувати вправи тепінгу з хлопчиком.

Коли ми закінчили, то сказали батькові, що він повинен робити вправи тепінгу і використовувати техніку «Havening» якомога більше. Через кілька днів ми отримали повідомлення від перекладача: «Хочу повідомити вам чудову новину. Батько сказав мені, що він використовує тепінг із хлопчиком, і все йде надзвичайно добре! Батько був дуже щасливий, а хлопчик надзвичайно спокійний і милий». Перекладач обняв нас.

⁶<https://peacefulheart.se/>, перевірено 10 лютого 2022.

Разом із роботою з біженцями, мережа Peaceful Heart співпрацювали з місцевими працівниками та групами гуманітарних місій, проводячи сесії та тренінги ТТТ для 250 000 людей у 30 країнах, вирішуючи широкий спектр проблем, які виникали після катастрофи. У Непалі понад 900 осіб, які

пережили торнадо, пройшли індивідуальні або групові сеанси ТТТ. У найбільш жорстоких районах Бені в Демократичній Республіці Конго було проведено сесії із близько 3000 внутрішньо переміщеними особами, переважно молоддю та жінками. Після циклону Ідай у Зімбабве мережа змогла провести роботу з сотнею людей, чиї будинки були зруйновані. У найбільшому у світі таборі для біженців БідіБіді в Уганді мережа співпрацює з біженцями на постійній основі з допомогою місцевого пастора та змогли провести роботу із понад 2000 людей, починаючи з 2018 року. У Колумбії вони навчали соціальних працівників, які підтримують жертв торгівлі людьми. Окремі особи та групи можуть підключитися до їхніх послуг через <https://peacefulheart.se/>.

Пожежі у Каліфорнії

Крістін Міллер, клінічний психолог і мешканка Північної Каліфорнії, є членом гуманітарного комітету Асоціації комплексної енергетичної психології (Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP)). Вона використовувала «Ресурси стійкості» («Resources for Resilience»)⁷, розроблені ACEP, і підхід ТТТ, розроблений Peaceful Heart Network, для допомоги тим, хто постраждав від руйнівних пожеж, які рік за роком бушують у її громаді. Вона підмітила користь і ефективність цих «гнучких наборів невербальних навичок самостійного керування стресом і травмою». Вона почала з того, що «з'являлася у всіх можливих місцях, де збиралися люди, аби послухати їхні історії та поділитися своїми навичками». Доктор Міллер далі розмірковувала:

Хвиля за хвилиною, після початку роботи, я була приголомшена та усвідомила, що ніхто в моїй спільноті не мав навичок того, як заспокоїтися та подолати травму. І це була правда, незалежно від того, чи працювала я з пожежниками, службами першої допомоги, персоналом лікарні, психіатричними службами, консультантами, шкільним персоналом або Червоним Хрестом. Оскільки ці навички стають усе більш поширеними у нашої спільноті, шлях до відновлення стає більш зрозумілим. Коли виснажений медичний персонал, службовці, і пожежники повернулися з наших почорнілих безлісних пагорбів, ми зустрілися з ними, щоб допомогти їм справитися із своїм болем та стражданнями. Багато з них працювали по 70 і 80 днів поспіль, намагаючись контролювати лісові пожежі. Багато бачили безліч смертей, декому доводилося проїжджати повз тіла мертвих, щоб вивезти людей із міст, які були у вогні. Інші оточували людей своїми вантажівками, аби утримати полум'я, поки люди рятували своє життя.

Усі відчували безсилля, у той час коли вирували пожежі, руйнуючи всі плани ефективно гасити їх, як тоді, коли згоріло все місто Парадайз менш, ніж за 2 год.

Пожежник прийшов повністю роздавлений симптоми травматичного дистресу. Ми провели дві довгих ТТТ сесій. Я подзвонила йому через кілька місяців, і він сказав: «Зі мною все гаразд. Ці сесії дуже допомогли!»

Працівники комунального підприємства переживали втрату колег, у той же час їх звинувачували у заподіянні пожеж. В одному випадку, в цих жахливих умовах, ми змогли використати ТТТ у коридорі готелю і допомогти їм пропрацювати травму та позбавитися перенасиченням тягарем цієї травми перед тим, як вони приступили до розслідування смерті члена екіпажу.

Я зайшла до кімнати чоловіків у притулку Червоного Хреста всього за кілька годин після того, як вони втекли від пожежі (яка спричинила 86 смертей) у листопаді 2018 з нічим, лише

⁷<https://www.r4r.support>, перевірено 10 лютого 2022.

залишившись живими. Один чоловік був у бойовому режимі, сердито кричав, розмовляючи по мобільному телефону. Інший гоїдався вперед-назад, намагаючись прийти до тями. Інший був повністю відсутнім, він завмер та просто дивився. Інший чоловік виглядав більш розслабленим

та відкритим для взаємодії. Він розповідає жакливі колективні історії про те, що пережили чоловіки. Він почав робити дихальні вправи зі мною. Незабаром, один за одним, кожен із чоловіків приєднався. Потім ми змогли додати техніку тепінгу. Всім стало ліпше та їх нервова система була відрегульована приблизно за 20 хв. Невдовзі ця команда людей вийшли зі своєї «печери» і почали допомагати всім іншим. Оскільки вони всі були травмованими, як і інші люди, то стали такою собі заспокійливою силою в притулку.

Нещодавнім проєктом нашої спільноти був візит до медичного персоналу лікарні під час п'ятої лісової пожежі 2021 року. Це було під час сплеску COVID Delta. Я була із персоналом - ми відпрацьовували тепінг та дихали. Вони страждали через дні 18-годинних змін і численні смерті в лікарні. Люди були здивовані тим, як швидко вони змогли відновити свою нервову систему разом, навіть посередині часто фатальних ситуацій. Мене провів наглядач у сльозах після того, як медсестра, яка стала пацієнтом, піддалася техніці. Одним із важливих обов'язків цього супервайзера полягає у дотриманні правил, згідно з яким членам родини не дозволялося перебувати у COVID відділенні. Це правило пробуджувало її власне почуття горя кожного разу, оскільки вона не могла бути зі своїм чоловіком, коли він помер. Ми сиділи, займалися тепінгом і переживали горе разом. На її обличчя повернулася посмішка.

Кількох членів комітету АСЕР також викликали на місця великих лісових пожеж, аби вони надавали допомогу. Інші працювали з травмами, яких зазнали громади через пандемію. Деякі члени комітету реагували на масову стрілянину та інші трагедії. Комітет сам ініціював проєкт «Ветеран - ветерану» в Неваді, навчаючи лідерів ветеранської спільноти методам самопомоги енергетичної психології, аби вони могли у подальшому навчати інших ветеранів, як зменшити симптоми травми, пов'язаної з бойовими діями. Понад десяток груп тепер мають «Peer Support Leaders» («Лідерів підтримки»), які навчаються TFT за проєктом «Ветеран-ветерану», включно з Ветеранським Ресурсним Центром Змін (Veteran Transition Resource Center) в Лас-Вегасі, Програмою Фонду Елізабет Доул «Приховані герої» (Hidden Heroes), Лікарнею Обласного Управління у Справах Ветеранів, місцевими відділеннями Американського легіону, Ветеранами Іноземної Війни та Групами жінок-ветеранів.

Гуманітарний комітет АСЕР також створив проєкт «Ресурси стійкості», згаданий вище, який спрямований на полегшення страждань тих, хто зазнав наслідків насильства, травм і стихійних лих, навчаючи їх методам самопомоги. Ініціатива «Ресурси стійкості» включає безкоштовну навчальну програму першої емоційної допомоги та слайди для спільного використання, доступні за посиланням www.r4training.support. Також комітет, у співпраці з Peaceful Heart Network, створив серію відеороликів, покликаних допомогти професіоналам, які бажають займатися гуманітарною діяльністю. Комітет також співпрацював із Peaceful Heart Network у навчанні співробітників п'яти різних організацій, що об'єднують лікарів, психологів, психіатрів і соціальних працівників у використанні ТНТ для роботи з сирійськими біженцями. Цей тренінг був знятий на відео з перекладом на арабську мову. Комітет також співпрацює з проєктом LIGHT (Світло) над залученням 48 фасилітаторів, які працювали з більш ніж 400 особами - молоддю та сім'ями в Руанді.

Притулок у Руанді

У 2006 році Керолайн Сакай, Сюзанна Конноллі та Пол Оас провели дослідження лікування методами TFT із 50 сиротами з Руанди, які страждали від важких симптомів ПТСР (Сакай та ін., 2010). Результати значно перевищують результати будь-якого існуючого рецензованого дослідження односеансового лікування посттравматичного стресового розладу з поглядом швидкості, ступеня ефективності та відсотка суб'єктів, яким була надана допомога. Після одного сеансу 48 із 50 дітей, багато з яких були свідками вбивства їхніх батьків під час геноциду, більше не перебували в діапазоні посттравматичних стресових розладів на основі чек-листа, заповненого їхніми опікунами до та після лікування. Результат зберігався під час 1-річного

спостереження за тим самими показниками. У наступній розповіді доктор Сакаї описала досвід однієї з учасниць дослідження, 15-річної дівчини, якій було три роки під час геноциду 1994 року: *Вона ховалася разом зі своєю родиною та іншими односельцями в місцевій церкві, яку штурмували чоловіки з мачете та розпочали там різанину. Батько дівчини сказав їй та іншим дітям бігти і не озиратися ні за якої причини. Вона послухалася і бігла так швидко, як могла, але потім почула, що її батько «кричав, як божевільний». Дівчина пам'ятала, що сказав її батько, але його крики були настільки сильними, що вона повернулася назад і спостерігала із жахом, як група чоловіків із мачете вбиває його.*

Протягом наступних 12 років жодного дня не проходило без флешбеків, які повертали її до переживань та спогадів про цю сцену. Їй снилися жахіття з пам'яті. Під час сеансу лікування, я попросила її згадати ті моменти та повторювати за мною, коли я торкаюся вибраних акупунктурних точок, в той час, поки вона розповідала історії із своїх спогадів. Через кілька хвилин її сердечні ридання і депресивний стан раптово трансформувалися в посмішки. Коли я запитала її, що сталося, вона повідомила, що пригадала приємні моменти. Вперше змогла згадати, як її батько та сім'я грали разом. Вона сказала, що до того часу у неї не було спогадів про дитинство до геноциду.

Можливо, ми могли б зупинитися на цьому, але натомість я скерувала її повернутися до того, що сталося в церкві. Перекладач пристально дивився на мене, наче запитуючи: «Чому ти це повертаєш? Знову, коли вона стала почуватись добре?» Але я хотіла її повністю вилікувати. Дівчина знову почала плакати. Вона сказала, що бачить, як вбивають інших людей. Вона розуміла, що залишилася жива завдяки швидкій реакції батька, який відволікав увагу чоловіків, коли наказав дітям бігти.

Дівчина заплакала, коли знову пережила жахи, свідком яких вона стала, коли ховалася з іншою дитиною. Вони двоє були єдиними, хто вижив з усього свого села. І знову тепер дозволив очистити пам'ять та не переживати жахливі спогади знову.

Приблизно через 15 або 20 хвилин, пригадуючи сцени з її пам'яті одну за одною, дівчина почала посміхатись і розповідати про свою сім'ю. Її мама не дозволяла дітям їсти солодкі фрукти тому, що вони не були корисними для зубів. Але її батько потайки приносив їх додому в кишенях і, коли її мама не дивилася, він віддає їх дітям. Вона щиро сміялася, переказуючи це, і ми з перекладачем сміялися разом із нею.

Потім ми продовжили працювати над низкою додаткових сцен. Нарешті, коли її запитали: «Що ти відчуваєш тепер, коли згадуєш, що сталося в церкві», вона без сліз відповіла, що все ще пам'ятає, що сталося, але це вже не було таким яскравим. Тепер спогади зникали десь глибоко в пам'яті, як щось із далекого минулого. Тоді вона почала говорити про інші приємні спогади. Її пригнічений депресивний вигляд і поза більше не були помітними.

Протягом наступних днів дівчина описувала, як вперше у неї не було флешбеків чи кошмарів, і вона змогла добре спати. Вона виглядала життєрадісною і розповіла про те, як чудово було згадувати щасливі моменти про свою родину. Результати її тестів були вище межі показників посттравматичного стресу лише після одного сеансу лікування та залишилися сталими під час повторної оцінки через рік.

Потужний вплив окремих сеансів, проведеним із кожним із 50 підлітків, здивував дослідників. Їхній план дослідження включав три сеанси лікування, але через надзвичайну ситуацію в країні половина клінічного персоналу не змогла бути присутньою. Оскільки попередні тести вже були проведені, дослідники вирішили продовжити з однією сесією, яку вони змогли запропонувати, і сподівалися на краще. Згідно з моїми інтерв'ю з доктором Сакаї, результати та стабільний стан

дітей після 1-річного спостереження перевершили їхні сподівання.

Дослідження проводилося спільно з Комітетом Допомоги при Травмах (Trauma Relief Committee) та Фондом терапії поля думки (Thought Field Therapy Foundation), першої організації, яка систематично надсилає команди з надання допомоги при стихійних лихах, навчених технікам акупунктурного тепінгу, до проблемних місць по всьому світу. Понад 20 їхніх минулих проєктів, у тому числі розгорнені в Руанді, Гаїті, Мексиці, Уганді, Демократичній Республіці Конго, Новому Орлеані та Танзанії, описані на <http://www.tftfoundation.org/category/past-projects>. Перше клінічне випробування TFT з лікування людей, які неодноразово зазнавали травматичного досвіду (N = 31), показало значне зниження всіх підгруп симптомів посттравматичних стресових розладів (Фолкс, 2002), а чотири дослідження у ранніх проєктах Фонду продемонстрували швидкість і ефективність TFT у ситуаціях після катастрофи (Данненволд, 2014). Книга доктора Сакаї, 2014 рік, «Подолання труднощів: як використання енергетичного тепінгу може змінити ваш найгірший життєвий досвід – Початок посттравматичного зростання» є предметною та проникливою розповіддю про її багатий досвід.

Ураган Катріна

Ураган може завдати жахливих руйнувань за лічені хвилини. 29 серпня 2005 року ураган Катріна обрушився на Новий Орлеан та прилеглі території, спричинивши понад 1800 смертей і завдавши збитків на 125 мільярдів доларів. Команда з дванадцяти практиків TFT із восьми штатів була запрошена трьома медичними та соціальними організаціями Нового Орлеану, щоб провести лікування та навчання персоналу через 4 місяці після урагану Катріна. Ці медичні та соціальні працівники були як жертвами катастрофи, так і помічниками, тому була прийнята стратегія зробити їхнє лікування частиною навчання. Загалом 161 учасник пройшов лікування та навчання в шести різних місцях, де найбільша кількість - у армійському наметі в «Підрозділ MASH» благодійної лікарні в конференц-центрі Нового Орлеана. Письмові висновки та оцінки свого стану надали 87 учасників. З них 86 зазначали, що відчували позитивні зміни та/або усунення проблем, які вони відчували на той час. Дані, зібрані доктором Сакаї (яка також виконувала роботу в Руанді) від 22 учасників, яких вона лікувала, показали, що їхні скарги включали гнів, тривогу, депресію, заїдання тривоги, розчарування, провину потерпілого, біль, втрату контролю, потребу в покращенні продуктивності, невимовну перевтому, паніку, фізичний біль, образи, смуток, сором, стрес, травми та занепокоєння. Кожна проблемна область отримала оцінку від 0 до 10 SUD (суб'єктивні одиниці дистресу). У період перед лікуванням середній бал кожної з 51 проблемних зон, описаних 22 клієнтами, становив 8,14. Після лікування, яке зазвичай складалося з одного індивідуального сеансу тривалістю менше 15 хвилин (який відбувався після півгодинної груповою орієнтації), він знизився до 0,76, що є надзвичайно великим показником зниження.

Відразу після урагану, а також із внутрішньо переміщеними особами, окрім команди TFT, працювали й EFT-практики. Софія Кейер, яка має великий досвід роботи з акупунктурним тепінгом, розповіла мені про свій досвід роботи з жінкою, яка отримала психологічну травму не лише від урагану, а й від того, що була змушена жити в притулку, оскільки її будинок було зруйновано. Через місяць після Катріни вона була настільки пригнічена, що не могла нормально функціонувати, плачучи майже увесь час. Кейвер продовжив:

Коли я сів з нею, вона затулила рукою обличчя, ридаючи, без змоги говорити. Я обережно запитав дозволу взяти її за руку і подивитися, чи можу допомогти їй розслабитися. Вона погодилась, і я почав обережно постукувати по енергетичних точках на її руці. За кілька хвилин її сльози поступово зупинились. Вона все ще не могла говорити про те, що пережила, тому я просто продовжував тепінг і розмовляв з нею. Використовував спеціальну EFT техніку, яка може допомогти людині відчувати полегшення без потреби людини усно описувати події. Серед інших проблем було те, що вона чула постріли та крики щоночі в притулку. Поки вона

була не в змозі говорити більшість часу, я продовжував працювати з нею, спостерігаючи, як вона починала та переставала плакати. Через кілька хвилин, вона підняла голову та знайшла сили говорити. Після того вона посміхнулася. Пізніше того вечора я побачив її на зібранні тих, хто вижив. Її друзі, які спочатку просили мене допомогти їй, виглядали враженими, дивлячись, що вона знову була життєрадісною. Я завжди буду пам'ятати її посмішки та обійми вдячності.

Каєр відобразив допомогу тепінгу «навіть якщо це лише одина сесія, людина не залишиться в стані безвиході після. І це не засіб аби просто заспокоїти людину і залишити. Навпаки, людям надаються потужні інструменти, якими вони можуть регулярно користуватися під час кризи та після неї».

Ветерани бойових дій

Дізнавшись про перше РКД, яке демонструє ефективність протоколів тепінгу в лікуванні 49 ветеранів бойових дій (Черч та ін., 2013), я зв'язався з головним дослідником та запитав його, чи можу я поспілкуватись із деякими залученими терапевтами. Я хотів отримати уявлення про їх реальний досвід, відображений та узагальнений у статистиці. Один із терапевтів, Інґрід Дінтер, описала мені свою роботу з Кітом, солдатом-піхотинцем, який служив у дельті Меконгу під час війни у В'єтнамі. Він повідомив, що під час першого сеансу терапії з нею бачив «багато втрат з обох сторін». Понад три десятиліття потому його все ще мучили жахіття та спогади: «Іноді мені здається, що я бачу солдатів В'єтконгу за кущами та деревами». Його постійне безсоння, наповнене кошмарами, робило його втомленим і нездатним працювати протягом дня. У нього діагностували посттравматичний стресовий розлад, і він повідомив, що його групова та індивідуальна терапія, яку він проходив у Департаменті у справах ветеранів (VA), не допомогла.

Кіт отримав 6 годин сесій з Інґрід, під час яких він займався тепінгом акупунктурних точок та зосереджувався на травматичних спогадах про війну та інші психологічні стресори. Під час їхнього першого сеансу він повідомив, що з моменту завершення війни рідко спав довше 1-2 годин поспіль, в середньому щоночі бачив близько двох кошмарів. Під кінець сеансів він спав від 7 до 8 годин безперервно і не мав жахити. Він сказав, що інші симптоми: нав'язливі спогади, переляк та відчуття провини, також зменшилися. Інтерв'ю після 6 місяців та подальше тестування показали, що ці покращення збереглися.

На цей момент більше 21 тисячі ветеранів отримали безкоштовні або недорогі сеанси акупунктурного тепінгу від Вирішення питання стресу у ветеранів⁸ (Veterans Stress Solution). 10-хвилинний кліп, що містить короткі уривки інтерв'ю з чотирма ветеранами бойових дій до та після лікування методами енергетичної психології, а також фрагменти самого лікування, яке вони отримували, можна знайти на сайті www.vetcases.com.

Землетруси та повені

Землетрус 2010 року на Гаїті спричинив понад 200 000 смертей і збитків у вісім мільярдів доларів. Сімдесят сім людей, які вижили, оцінили по шкалі посттравматичного стресового

⁸<https://www.stresssolution.org/>

розладу за допомогою стандартизованого переліку симптомів. Як результат, сорок вісім людей перебували у клінічному діапазоні. Після двох днів навчання практик EFT, в ході повторного дослідження, жоден з учасників більше не перебував у клінічному діапазоні ($p < 0,001$). Показники післятестових симптомів та їх тяжкості зменшилися в середньому на 72%, коливаючись від 21% до 100% зниження (Гаррет та ін., 2012). Інша команда поїхала на Гаїті через 6 місяців після землетрусу, щоб провести навчання TFT. Окрім звітності про ефективність лікування тепінгом,

вони також обговорювали проблеми, які було необхідно подолати для успіху програми, а саме - обмежені ресурси служби охорони здоров'я та погана інфраструктура. (Робсон та Робсон, 2012).

Землетрус в Індонезії в 2006 році забрав життя більше шести тисяч людей і зруйнував 60 тисяч будинків. Техніка акупресури точок Р (Tapas Acupressure Technique R, TAT), енергетичному психологічному підходу, за якого акупресура утримується (а не задіюється тепінгом) під час вербального компоненту, була запропонована місцевим працівникам з надання психологічної допомоги - як результат, близько шести тисяч дорослих і дітей почали отримувати індивідуальне та групове лікування. Мексиканська асоціація кризової терапії використовувала TAT для навчання сотень працівників служби, яка працює з наслідками повеней та іншими стихійними лихами в Мексиці, Нікарагуа, Венесуелі та Колумбії. Ігнасіо Джареро, президент Асоціації, заявив на вебсайті TAT: «Діти та дорослі повідомили про значне зниження показників SUD на завершення протоколу... TAT - наша улюблена техніка зменшити страждання, тому що їй легко навчати та застосовувати» (°опубліковано 10 лютого 2022 р.).

ЕФЕКТИВНЕ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЕНЕРГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПОСЛУГИ

Після того як сталося стихійне лихо, часто ресурсів громади чи команд реагування на надзвичайні ситуації недостатньо. Коли сотні, тисячі або десятки тисяч людей постраждали, потреба у техніках, які будуть більш ефективними, ніж індивідуальні консультації, виникає з великою терміновістю. Мета-аналіз 10 методів лікування посттравматичного стресового розладу у дорослих виявив, що техніки за протоколами акупунктурного натискання, були економічно ефективнішим, ніж орієнтована на травму КПТ, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗЗС) та шість інших методів лікування, які бралися до порівняння. (Мавранезоулі та ін., 2020б). Причина такої економічної ефективності полягає в тому, що лікування методами енергетичної психології, як правило, працює дуже швидко, зменшуючи спричинене травмою гіперзбудження лімбічної системи. Вони також дуже гнучкі, оскільки їх можна застосовувати, як методи індивідуальної терапії, яку проводять професіонали або професійні консультанти на уроках і семінарах, чи онлайн як дистанційну терапію та/або проводити навчання як техніку самопомоги. Чотири підходи для більш ефективного надання послуг методами енергетичної психології, передбачають використання великих груп, консультантів, онлайн-ресурси, навчання місцевих спеціалістів та установ, аби виявляти довгострокові наслідки великих катастроф. Кожен із них описаний у цьому розділі.

Великі групи

Підходи енергетичної психології, які найбільш широко використовуються для роботи у випадках надзвичайних ситуацій (EFT, TAT, TFT, TTT), були застосовані в групових, а також індивідуальних форматах. Прості енергетичні техніки для самозаспокоєння можуть швидко зменшити симптоми гострого стресу та ефективно навчатися в групах. Оскільки немає необхідності вербалізувати свої травми, для того щоб відчутти користь від базових енергетичних психологічних процедур, учасники можуть отримати негайне полегшення без необхідності розкривати іншим членам групи конкретні спогади чи емоції.

°<https://tatlife.com/disaster-relief/>

Також був розроблений груповий підхід, який виводить учасників за межі першого рівня енергетичного психологічного втручання після катастрофи (негайна допомога/стабілізація), хоча все ще анонімно для більшості членів групи. Це означає, що кожна особа пригадує тривожний спогад чи емоцію та оцінює її від 0 до 10 SUD. Потім відбирається волонтер із групи для сеансу тепінгу під керівництвом практика, а решта групи спостерігає. У цей час членів групи інструктують стосовно того, як перемістити увагу з власних проблем на психологічний дистрес волонтера. Вони самостійно застосовують процедури, які використовують із волонтером, так, ніби проблема

волонтера є їх власною. У цей час волонтер може відчути цілеспрямовану підтримку групи, тоді як члени групи відчувають співчуття до волонтера. Вони також стають учасниками, практикуються та засвоюють процедуру тепінгу. Підхід також має несподіваний ефект. Коли учасники групи повертаються, щоб знову оцінити власну початкову проблему, даючи їй другу оцінку SUD, більшість із них виявляють, що ступінь емоційної інтенсивності чи дистресу зменшився.

Це явище широко поширене під назвою «переваги запозичень» (з англ. - «borrowing benefits»), із яким стикнулися та дослідили практики тепінгу. Внутрішньопредметний дизайн використовувався зі 102 учасниками, які відвідали будь-який із двох 3-денних семінарів «переваги запозичень», проведених ініціатором EFT, Гарі Крейгом (Ров, 2005). Учасникам було надано добре встановлений, стандартизований контрольний список симптомів за 1 місяць до семінару, безпосередньо перед, одразу після, через 1 місяць після та через 6 місяців після семінару. Не було виявлено істотної різниці в середніх результатах тестування за 1 місяць до семінару та безпосередньо перед семінаром. Однак після семінару було виявлено значуще зниження ($p < 0,0005$) глобального показника психологічного дистресу відповідно до контрольного списку, а також усіх дев'яти субшкал. Ці покращення зберігалися протягом 6 місяців спостереження. Більшість учасників не мали досвіду індивідуального лікування під час семінарів. Поки механізми такого позитивного «поширення» не встановлені, практики послідовно описують подібні знахідки (Черч та Хаус, 2018). Цінність використання такого ефекту після масової катастрофи, коли ті, хто вижив, пережили паралельний досвід, очевидна.

Наприклад, під час роботи доктора Лейдена в Руанді Організація, яка визначала, в яких селах і з якими групами вона зустрінеться, виділила їй шість днів для роботи з сотнею сиріт, які також були головами своїх домогосподарств. Їм було від 19 до 25 років. На момент геноциду їм було лише від 5 до 11 років, але після вони піклувалися про двох-шістьох інших сиріт, не маючи їжі, житла, освіти, засобів та коштів на проживання. Маючи 100 000 сиріт війни та сотні тисяч інших дітей, які осиротіли внаслідок смерті їхніх батьків від ВІЛ/СНІДу, уряд Руанди не мав ресурсів або можливостей піклуватися про них.

Оскільки індивідуальні консультації зі 100 людьми на протягом шести днів не зайшли б дуже далеко, Лейден вирішила зустрічатися з усією групою у кожен із шести днів. Вона все ще могла проводити сеанси один на один, але й могла посилити їхній вплив, працюючи з великою групою. Використовуючи модель запозичення переваг, кожен у групі перед сеансом один на один налаштовувався на власну сферу, яка найбільше хвилювала саме його та оцінював її на SUD, а потім слідував за тепінгом разом із особою, яка працювала з доктором Лейден, яка була передній частині кімнати, використовуючи формулювання, яке використала ця особа.

Перше індивідуальне заняття було з хлопцем 20 років, який з часів геноциду опікувався ще трьома сиротами. Він усе ще боровся з настирливими спогадами про геноцид 14 років тому. Юнак оцінив свої страждання як «вище 10» за шкалою SUD від 0 до 10. Він, доктор Лейден і вся група практикували тепінг на кожне із цих тверджень один за одним:

- Мій розум не відчуває в безпеці.
- Мої спогади ніколи не зникнуть.
- Мене тероризуватимуть ці спогади все життя.
- Я боюся спати через ці спогади.

Через 25 хвилин тепінгу хлопець повідомив, що оцінює свої страждання на рівні 2 за шкалою SUD. Він прокоментував: «Мій розум відчуває в безпеці тепер. Я знаю, що зараз у безпеці. З нетерпінням чекаю на можливість виспатись сьогодні». Тим часом доктор Лейден повідомила про відчутний прогрес у кімнаті. Було тихе відчуття миролюбності, якої не було до сесії. Як тільки вона перевірила стан решти групи, усі сто учасників повідомили, що вони на два або й більше рівнів SUD нижче за вихідний показник. Один за одним учасники повідомляли, що відчуваються

безпечніше у своєму тілі, ніж будь-коли після подій.

Протягом тижня молодий чоловік повідомив, що його відчуття спокою зберігалося вдома щовечора. Він міг спати спокійно. Інші, хто проводив сесії один на один, торкалися додаткових тем та разом із групою займалися тепінгом. Теми були зокрема такими:

- Безпорадність сироти.
- Безвихідь від відсутності можливості мати світле майбутнє, на яке ти чекаєш.
- Зцілення рани від згвалтування.
- Терор про повернення настирливих спогадів про те, як батьків і членів родини вбивають на їхніх очах.
- Біль від частого голодування.
- Тривога від неможливості забезпечити основні потреби молодших дітей, про яких вони дбали.

Під час сесій учасники звітували про те, як знову відчуття безпеки допомогло їм краще справлятися з труднощами, з якими вони стикаються щодня. Вони також навчили свої «сім'ї» тепінгу вдома, завдяки чому мали контроль над ситуацією та могли допомагати іншим членам родини, коли ті відчували стрес або травму. Доктор Лейден прокоментувала, що це було для неї «ще одним нагадуванням про те, що вона бачила уже сотні разів: силу тепінгу в перерегулюванні фізіологічної дисфункції, яка виникає, внаслідок отримання травми».

Непрофесійні консультанти

Оскільки можна знайти набагато більше волонтерів для надання допомоги при стихійних лихах, ніж підготовлених фахівців із питань психічного здоров'я, були зроблені спроби швидко та результативно навчити непрофесіоналів безпечно та ефективно надавати послуги емоційної підтримки, видаються багатообіцяючими. У дослідженні, опублікованому в Бюлетені Всесвітньої організації охорони здоров'я, було розглянуто 20 клінічних випробувань за участю 5612 учасників. Було досліджено результати різноманітних методів лікування, наданих консультантами-професіоналами, з акцентом на посттравматичному стресовому розладі, депресії, тривожності та вживанні алкоголю. В огляді було зроблено висновок, що «робота професійно підготовлених консультантів-неспеціалістів для надання допомоги у сфері психічного здоров'я в країнах із низьким і середнім рівнем доходу привело до значного покращення симптомів психічного здоров'я в різних ситуаціях» (Коноллі та ін., 2021, с. 572).

Аналіз практиків у дослідженні використання EFT у лікуванні ПТСР у ветеранів бойових дій проводив Стайн і Брукс (2011). З 59 волонтерів-практиків 26 були ліцензованими консультантами з питань психічного здоров'я (LMPs), а 33 були «професійними тренерами». Виходячи з критеріїв відбору початкового дослідження, усі ветерани мали показники, що перевищували межу посттравматичних стресових розладів за інвентаризацією посттравматичних стресових розладів, яка була стандартизована для ветеранів. Після шести сеансів 90% ветеранів, яких лікували LMP, більше не мали балів у діапазоні посттравматичних стресових розладів, на відміну від 83%, які проходили лікування у непрофесійних тренерів. Ця тенденція до кращих результатів із LMPs не досягла статистичної значущості, і автори дійшли висновку, що EFT, наданий непрофесійними тренерами, був «ефективною стратегією для вирішення проблеми посттравматичного стресового розладу в цій популяції» (с. 11).

Два клінічних випробування лікування TFT після геноциду у Руанді (Конноллі і Сакаї, 2011; Конноллі та ін., 2013) і звіт про використання TFT після землетрусу 2010 року на Гаїті (Робсон і Робсон, 2012) відзначилися не лише своєю ефективністю. Кожен із них також використовував непрофесійних консультантів для надання послуг.

У 2011 році Конноллі та Сакаї дослідили 145 тих, хто вижив після геноциду в Руанді. 28

громадських лідерів, які проводили лікування, пройшли два повних дні навчання з TFT, включаючи практику та практичний нагляд під час надання лікування. Учасники були випадковим чином розподілені до групи лікування з одним сеансом або до групи без лікування. Усі повідомили про симптоми ПТСР, які зберігалися більше десяти років після геноциду (що було одним із критеріїв відбору). Ці симптоми були значно зменшені ($p < 0,001$) у групі, яку лікували, але не у контрольній групі. Здобуті результати зберігалися протягом 2 років спостереження. Автори дослідження дійшли висновку: хоча бажано використовувати досвід професіоналів у лікуванні важкого ПТСР, можливість залучення лідерів громади до лікування співгромадян, які використовуватимуть ефективні, нерозмовні терапевтичні модальності, які не потребують років клінічних досліджень та навчання, значно покращує потенціал ресурсів охорони психічного здоров'я у громадах, зруйнованих великомасштабними травмами (стор. 171).

Конноллі та ін. (2013) дослідження було частковим повторенням роботи 2011 року, знову з використанням однієї сесії з залученими непрофесійними консультантами, які пройшли дводенний тренінг TFT для лікування симптомів травми, працюючи з людьми, які пережили геноцид у Руанді. Як і в попередньому дослідженні, зменшення симптомів було дуже значущим для групи, яка отримала лікування. Працюючи з 250 000 осіб, які зазнали катастроф у більш ніж 30 країнах, мережа Мирне серце (Peaceful Heart), мабуть, має найбільший досвід у використанні великих груп і непрофесійних консультантів для впровадження проведення сеансів тепінгу в районах, які постраждали від катастрофи. Вони пояснили мені, як їх охоплення так швидко збільшується: «На одному з наших тренінгів в африканському селі з самостійного застосування ТТТ були присутні 40 осіб. Ми попросили кожного учасника навчити 4 інших. Також попросили кожного з тих, кого вони навчають, навчити ще чотирьох. Протягом 2 місяців ТТТ поширився на кілька тисяч людей у цьому районі». Книгу Сандстрема і Хамне (2021) «Техніка тепінгу при травмі: Інструмент для лікування посттравматичних стресових розладів, зняття стресу та відновлення після емоційної травми» (2021), описує їхній підхід.

Цифрова доставка

Пандемія COVID-19 змусила багатьох психотерапевтів удосконалювати способи надання своїх послуг онлайн. Накопичуються докази, які свідчать про те, що надання послуг психічного здоров'я може бути ефективним. Недавній мета-аналіз виявив, що за деяких обставин когнітивно-поведінкова терапія онлайн була більш ефективною, ніж особисті сеанси (Луо та ін., 2020). Протоколи акупунктурного натискання добре підходять для онлайн-лікування, і онлайн- методи проведення сеансів використовується з цим підходом вже більше десяти років (Черч, 2012). Черч перерахував численні переваги онлайн-ресурсів для лікування та самопомоги: більше охоплення, доступ користувачів до цілодобової підтримки, анонімність та нижчі витрати. Він також обговорив потенційні недоліки: можливість абреакцій або повторної травми без можливості негайного отримати допомогу, некоректне самолікування при важких діагнозах, таких як шизофренія чи біполярний розлад, а також відсутність контролю якості або нечітка підзвітність для розробників і постачальників онлайн-послуг.

Перше систематичне дослідження цифрового лікування методами енергетичної психології показало, що 8-тижнева онлайн-програма EFT значно зменшила біль, тривогу та депресію, покращила життєздатність, соціальні функції і психічного здоров'я у 26 жінок із діагнозом фіброміалгія (Браттберг, 2008). Більшість із понад 21 000 сеансів тепінгу, які надає Veterans Stress Solution (див. текстову виноску 8), були онлайн. Програма Гуманітарного комітету АСЕР «Ресурси стійкості» публікує різноманітні онлайн-інструменти, які можуть допомогти «полегшити страждання, навчаючи методам самопомоги тих, хто зазнав наслідків насильства, травми та стихійних лих» (див. текстову примітку 7). Додаток для мобільних телефонів, який допомагає користувачам застосовувати протоколи акупунктурного тепінгу при тривозі та стресі тестували у великомасштабному дослідженні, в якому взяли участь 270 461 користувачів додатку, і виявили

дуже значуще ($p < 0,001$) зменшення симптомів (Черч та ін., 2020).

Онлайн-формат може не тільки зробити послуги більш доступними, він також може сприяти проводити сеанси для великих груп. У неофіційному опитуванні члени гуманітарного комітету АСЕР повідомили про часте використання групових сеансів у Зум (Zoom) або уроків телемедицини. У РКД, яке досліджувало результати лікування EFT при стресі, тривозі та виснаженні під час пандемії, 72 медсестри були рандомізовані в групу тепінгу або контрольну групу без лікування (Дінсер і Інангіл, 2021). На підставі одного групового онлайн-сеансу EFT зі зниження рівня стресу, тривоги та показників вигорання досягло високих рівнів статистичної значущості ($p < 0,001$). Контрольна група не показала статистично значущих змін за цими показниками.

Навчання місцевих спеціалістів та установ

Одна велика катастрофа може назавжди змінити спільноту. Хоча бригади з надання допомоги при стихійних лихах, які приїжджають з інших регіонів, можуть принести незамінні ресурси, вони перебувають на місцях відносно недовго. Команди спеціалістів надання допомоги методами енергетичної психології під час стихійних лих від Ньютауна до Паркленду та Руанди і до громад аборигенів в Австралії розвивали способи навчання та розширення можливостей місцевих лідерів та постраждалих від стихійних лих для підвищення довгострокової стійкості громад. Перед своїм від'їздом команди допомоги дедалі частіше проводили тренінги з протоколів тепінгу акупунктурних точок для місцевих спеціалістів із психічного здоров'я та агентств, які обслуговуватимуть довгострокові потреби своїх громад у майбутньому. Наприклад, після стрілянини в середній школі в Паркленді, штат Флорида, 2,2-мільйонна громаді, яка є частиною округу Бровард та яка сильно постраждала, зараз навчені фахівці надають послуги EFT у 20 агентствах округу. Це стало можливим завдяки визнанню урядовими установами, а також приватними фондами, в тому числі місцевою Радою із захисту дітей і Нью-Йоркським фондом страхування життя, необхідності масштабувати та тиражувати терапію тепінгом, щоб вона була більш доступною.

Тенденції в наданні послуг

Ґрунтуючись на моїх інтерв'ю з лікарями-практиками, які включали тейпінг акупунктурних точок під час надання допомоги при стихійних лихах, виділилися ці чотири тенденції для посилення впливу втручань енергетичної психології. Підтримка перших двох тенденцій (робота з великими групами та використання ретельно відібраних членів спільноти, щоб їх можна було навчити методу, а потім навчити цьому інших постраждалих під наглядом групи реагування) була тенденцією до спрощення протоколів тепінгу. Це дозволяє легко та широко застосовувати протоколи тепінгу для негайного полегшення та стабілізації. Основним способом досягнення цього була можливість зосередитися на відчуттях (за Ґендлін, 1982), травматичних спогадах чи інших тривожних емоціях під час тепінгу, а не спиратися на словесні описи або сформульовані фрази. Третя тенденція використання цифрових технологій, з'являється як для широкого поширення та доступності найкращих інструкцій для боротьби з психологічними наслідками катастрофи, а також для дистанційного проведення індивідуальних сеансів лікування з окремими особами та групами. Усі три ці розробки можуть бути використані в четвертій тенденції, яка полягає у наданні можливостей місцевій громаді для вирішення поточних проблем психічного здоров'я та розвитку більшої стійкості після пережитого трагедії.

НАВЧАННЯ

Навчання та сертифікація з різних видів енергетичної психології доступні в багатьох організаціях. Серед найбільших і найповажніших – Асоціація комплексної енергетичної психології¹⁰, EFT Всесвіт (EFT Universe)¹¹, Терапія Поля Думки (Thought Field Therapy)¹², Міжнародна організація

EFT (EFT International)¹³ та Доказові EFT тренінги¹⁴ (Evidence Based EFT Training). Крім основних навичок, необхідних для адресації психологічної проблеми з використанням протоколів акупунктурного тепінгу, навчання для служб реагування на стихійні лиха доступне в таких організаціях: Червоний Хрест¹⁵, Академія травматології Зеленого Хреста¹⁶ і Міжнародний інститут травматології¹⁷. За цим посиланням доступні онлайн та офлайн тренінги: <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/dmh-training/disaster-mental-health-training>.

Є більше десятка доступних книг для вивчення питань будь-якого лиха. Три моїх улюблених вже згадані перед тим - «Втручання після масового насильства та катастроф (Following Mass Violence and Disasters)» (Рітчі та ін., 2007), «Тіло веде відлік» (The Body Keeps the Score) (ван дер Колк, 2014) та «Найгірше позаду: що сказати коли кожен момент має значення (The Worst Is Over: What to Say When Every Moment Counts)» (Акоста і Прагер, 2014).

МАЙБУТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Потрібні додаткові систематичні дослідження, оскільки все більше команд із надання допомоги при стихійних лихах використовують протоколи енергетичної психології. Серед тем, які потребують подальшого дослідження: а) Чи є втручання енергетичної психології відразу після катастрофи ефективнішими, ніж інші способи запобігання посттравматичним симптомам у довгостроковій перспективі? б) Які стратегії енергетичної психології є найбільш ефективними на кожному етапі відновлення після катастрофи? в) Які корективи необхідно внести залежно від типу катастрофи? г) Коли найкраще використовувати або не використовувати опору на вербальні компоненти протоколів енергетичної психології? ґ) Яким чином можна розробити ефективні підходи до надання послуг, такі як використання великих груп і цифрових технологій, щоб посилити, а не послабити ефект методу?

ВИСНОВОК

Збільшення випадків природних та антропогенних катастроф призвели до критичної нестачі ресурсів психічного здоров'я для усунення емоційних наслідків і порушення функціонування мільйонів людей, які пережили катастрофічні події в усьому світі. Застосування втручання енергетичної психології після катастроф у більш ніж 30 країнах були багатообіцяючими, а такі засоби як проведення терапії для великих груп, залучення непрофесійних консультантів, цифрових технологій та розширення можливостей громади виявились ефективними. Звіти тих, хто надає ці послуги, а також обмежена кількість емпіричних досліджень видаються переконливими, причому здатність техніки швидко полегшувати неврологічні наслідки травми виділяється як головна перевага.

¹⁰<https://www.energypsych.org/>

¹¹<https://eftuniverse.com/>

¹²<https://tfttapping.com/>

¹³<https://eftinternational.org/>

¹⁴<https://evidencebasedeft.com/>

¹⁵<https://www.redcross.org/take-a-class/disaster-training>

¹⁶<https://greencross.org/>

¹⁷<https://traumaonline.net/certified-clinical-trauma-professional-cctp/>

ІСТОРІЯ ТА ДОЗВОЛИ

Ця стаття є ретельним переглядом і оновленням, адаптації з автора 2008 року «Енергетична психологія в наданні допомоги при стихійних лихах», опубліковано в Травматологія (з англ. - Traumatology), 14(1), 124–137. Авторське право © 2008 Американської психологічної асоціації. Вибрані уривки відтворено з дозволу.

АВТОРСЬКИЙ ВНЕСОК

Автор самостійно проводив роботу над кожним етапом цієї праці.

ПОДЯКА

Автор хоче подякувати Лорі Лейден і Джону Фрідом за їхні безцінні поради щодо попередніх чернеток цього рукопису.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Акроста, Дж., і Прагер, С. І. (2014). Найгірше позаду: що сказати коли кожен момент має значення (Вид.). Долина Скоттс: CreateSpace.
- Американська психологічна асоціація (2017). Поради з клінічної практики для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих. Вашингтон: Американська психологічна асоціація.
- Бадур, К. Л., Блоніген, Д. М., Боден, М. Т., Фельднер, М. Т., і Бонн-Міллер, М. О. (2012). Поздовжнє випробування двонаправлених зв'язків між уникненням, подоланням та тяжкістю ПТСР під час і після лікування ПТСР. Повед. Рез. Тер. 50, 610–616. doi: 10.1016/j.brat.2012.06.006
- Бенглан, М., Фелікс, Л., і Діксон, К. (2019). Психічне здоров'я та програми психосоціальної підтримки дорослих у надзвичайних гуманітарних ситуаціях: систематичний огляд і мета-аналіз у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Бр. Мед. Я. Глоба. Здоров'я 4: e001484. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001484
- Берлау, Д. Дж., і Макго, Дж. Л. (2006). Посилення консолідації пам'яті вимірання: роль норадренергічної та ГАМКергічної систем у базолатеральній мигдалині. Нейробиол. Вчитися. Пам. 86, 123–132. doi: 10.1016/j.nlm.2005.12.008
- Боут, Е., Стюарт, Т., і Роллінг, К. (2014). Вплив EFT (Техніка Емоційної свободи) і Матричного Відбитку на цивільних, які пережили війну в Боснії: пілотне дослідження. Тепер. рез. психол. 5, 64–72. doi: 10.3844/crpsp.2014.64.72
- Братберг, Г. (2008). EFT (Техніка Емоційної Свободи) для осіб з фіброміалгією: рандомізоване дослідження. Інтегр. Мед. 7, 30–35.
- Брюін, К. Р. (2005). «Наслідки психологічних втручань» в Нейропсихологія ПТСР: біологічні, когнітивні та клінічні перспективи, Ред. Дж. Дж. Вестерлінг та К. Р. Бревін (Нью-Йорк, Нью-Йорк: Гілфорд), 271–291.
- Браун, Р. К., Вітт, А., Фегерт, Дж. М., Келлер, Ф., Рассенгофер, М., і Пленер, П. (2017). Психосоціальні інтервенції для дітей та підлітків після техногенних стихійних катастроф: мета-аналіз і систематичний огляд. Психол. Мед. 47, 1893–1905 pp. doi: 10.1017/S0033291717000496
- Брайант, Р. А., Літц, Б. Т. (2007). «Проміжні втручання» у Втручання після масового насильства та катастроф: Стратегії для роботи із психічним здоров'ям. Ред. Е. К. Рітчі, П. Дж. Вотсон та М. Дж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 155–173.
- Черч, Д. (2012). Впровадження застосування онлайн методів лікування депресії, тривоги, ПТСР і білю [Редакція]. Енергетична психол. 4, 9–12. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.DC
- Черч, Д. (2013). Клінічний EFT як доказова практика лікування психологічних і фізіологічних станів. Психологія 4, 645–654. зробити: 10.4236/psych.2013.48092
- Черч, Д., Хоук, К., Брукс, А., Туколехто, О., Рен, М., Дінтер, І. та ін. (2013). Психологічна травма у ветеранів, які використовують EFT (методи емоційної свободи): рандомізоване контрольоване дослідження. Я. Нерв. Мент. дис. 201, 153–160. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827f6351
- Черч, Д., Хаус, Д. (2018). Переваги запозичення: групове лікування з клінічними

техніками емоційної свободи пов'язане з одночасним зниженням посттравматичного стресового розладу, тривоги та симптомів депресії. Дж. Основ. і на Доказах Інтегр. Мед. 23: 2156587218756510. doi: 10.1177/2156587218756510

- Черч, Д., Степлтон, П., і Сабо, Д. (2020). EFT методи через мобільний додаток: перехресне дослідження самооцінки користувачів програми. JMIR Mhealth Uhealth 12, 869–877. doi: 10.2196/18545
- Клонд, М. (2016). Методи емоційної свободи для тривоги: систематичний огляд з мета-аналізом. Я. Нерв. Мент. дис. 204, 388–395. doi: 10.1097/NMD.0000000000000483
- Коулман, Л. (2006). Частота техногенних катастроф у 20 ст. J. Управління кризовими ситуаціями. 14, 3–11. doi: 10.1111/j.1468-5973.2006.00476.x
- Комітет з лікування посттравматичного стресового розладу (2008). Лікування Посттравматичного стресового розладу: оцінка доказів. Вашингтон: Інститут медицини НАНУ.
- Коннолі, С., і Сакаї, К. (2011). Коротке втручання при травмах з особами, які пережили геноцид у Руанді, використовують терапію поля думки. Міжн. Дж. Емерг. Мент. Здоров'я 13, 161–172.
- Коннолі, С. М., Ро-Сеповіц, Д., Сакаї, К., та Едвардс, Дж. (2013). Використання ресурсів спільноти для лікування ПТСР: рандомізоване контрольоване дослідження з використанням Терапії Поля Думки. Ффр. Ж. Травма. Стрес 3, 82–90. doi: 10.13140/RG.2.2.14793,44644
- Коннолі, С. М., Ванчу-Ороско, М., Ворнер, Дж., Сейді, П. А., Едвардс, Дж., Боат, Е., та ін. (2021). Втручання непрофесійних консультантів в психічне здоров'я: систематичний огляд та мета-аналіз. Бик. Всесвітній орган охорони здоров'я. 99, 572–582. doi: 10.2471/BLT.20,269050
- Девід Д., Крістеа І. та Хофманн С. Г. (2018). Чому когнітивно-поведінкова терапія є сучасним золотим стандартом психотерапії. Фронт. Психіатрія. 9:4. doi: 10.3389/fpsy.2018.00004
- ДеАнджеліс, Т. (2014). Що повинен знати кожен психолог про катастрофи: бути компетентним перед обличчям катастрофи та знати як діяти. Моніт. психол. 45, 62–65.
- Ді Рієнцо, Ф., Саруко, Е., Черч, Д., Даліго, С., Дельпуех, К., Гуррет, Дж. М. та ін. (2019). Нейропсихологічні кореляти енергетичної психологічної інтервенції фобії польоту: дослідження окремого випадку MEG. PsyArXiv [Препринт]. doi: 10.31234/osf.io/s3hce
- Дінсер, Б., Інангіл, Д. (2021). Вплив технік емоційної свободи на рівень стресу, тривоги та виснаження медсестер під час пандемії COVID-19: а рандомізоване контрольоване дослідження. Дослідить 17, 109–114. doi: 10.1016/j.explore.2020.11.012
- Дакворт, М. П. та Фоллетт, В. М. (ред.) (2011). Ретравматизація: Оцінка, Лікування та профілактика. Нью-Йорк: Роуследж.
- Данневолд, А. Л. (2014). Ефективність терапії полем думки після травматичних подій з високим рівнем травмування за шкалою. Теп. рез. психол. 5, 34–39. doi: 10.3844/crpsp.2014.34.39
- Дансмур, Дж. Е., Нів, Ю., Доу, Н., і Фелпс, Е. А. (2015). Переосмислення відмирання. Нейрон 88, 47–63. doi: 10.1016/j.neuron.2015.09.028
- Екстон-МакГіннесс, М. Т. Дж., Лі, Дж. Л. К., і Райхельт, А. С. (2015). Оновлення спогадів: роль помилок передбачення в повторній консолідації пам'яті. Поведінка. Мозк. Рес. 278, 375–384. doi: 10.1016/j.bbr.2014.10.011
- Фанг Дж., Джин З., Ван Ю., Лі К., Конг Дж., Ніксон Е. Е. та ін. (2009). Основні характеристики центральних ефектів голковколуювання: модуляції лібічна - паралімбічна-неокортикальна системи. Люд.Моз. Мап. 30, 1196–1206. doi: 10.1002/hbm.20583
- Фаррелл, Н. Р., Дікон, Б. Дж., Діксон, Л. Дж., і Лікель, Дж. Дж. (2013). Засновані на теорії навчальні стратегії для зміни занепокоєння практиків щодо впливу експозиційної

- терапії. Дж. Тривожний розлад. 27, 781–787. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.09.003
- Фей, Д. (2021). Почуватись у безпеці: Посібник, щоб організувати свій розум, тіло і серце, аби відчувати себе у безпеці у світі. Нью-Йорк: Морган Джеймс.
 - Файнштейн, Д. (2008). Енергетична психологія в ліквідації наслідків катастроф. Травматологія 14, 124 - 137. doi: 10.1177/1534765608315636
 - Файнштейн, Д. (2010). Швидке лікування ПТСР: чому експозиційний психологічний вплив разом із точковим тепінгом може бути ефективним. Психотерапія 47, 385–402. doi: 10.1037/a0021171
 - Файнштейн, Д. (2016). Опитування практиків енергетичної психології: хто вони, що вони роблять, кому допомагають. Енергетична психол. Теор. Рес. Лік. 8, 33–39. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.1.DF
 - Файнштейн, Д. (2019). Енергетична психологія: ефективність, швидкість, механізми. Дослід. 2019, 340–351. doi: 10.1016/j.explore.2018.11.003
 - Файнштейн, Д. (2021a). Сприйняття, рефлексії та вказівки щодо використання енергетичної психології: збірка понад 800 опитувань та інтерв'ю з лікарями. Енергетична психол. Теор. Рес. Лік. 13, 13–46. doi: 10.9769/EPJ.2021.13. 1.DF
 - Файнштейн, Д. (2021b). Шість емпірично підтверджених тверджень про енергетичну психологію: переконливі докази про суперечливу терапію. Пер. Розум Тіло. Мед. 35, 17–32.
 - Файнштейн, Д. (2022a). Енергетична психологія в ліквідації наслідків стихійних лих (виправлений уривок). Доступно онлайн за адресою: <https://2008-disaster-relief-paper-excerpts.EnergyPsychEd.com> (переглянуто 21 лютого 2022 р.).
 - Файнштейн, Д. (2022b). Енергія енергетичної психології. ОБМ Інтегр. Допов. Мед. 7:28. doi: 10.21926/obm.ict.2202015
 - Файнштейн, Д. (у пресі). Інтеграція ручної стимуляції точок акупунктури у психотерапію: систематичний огляд із клінічними рекомендаціями. Дж.Психотер. інтегр.
 - Фоа, Е. Б., і Макнеллі, Р. Дж. (1996). «Механізми зміни експозиційної терапії», у Сучасні дискусії щодо тривожних розладів, ред. Р. М. Релее (Нью-Йорк: Гілфорд), 329–343.
 - Фоа, І. Б., Стекеті, Дж., та ротбаум, В. О. (1989). Поведінкова/когнітивна концептуалізація посттравматичного стресового розладу. Поведінк. Тер. 20, 155–176. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80067-X
 - Фолкс, К. (2002). Терапія поля думки та відновлення після травми. Міжн. Дж. Емерг. Мент. Здоров'я 4, 99–103.
 - Галло, Ф. П. (2004). Енергетична психологія: дослідження на стику Енергії, Пізнання, Поведінки та Здоров'я, 2-е видання. Нью-Йорк: СРС Прес.
 - Гендлін, Е. Т. (1982). Фокусування, 2-е вид. Нью-Йорк: Бантам.
 - Джеронілла, Л., Майнуізер, Л., Моллон, П., МакВільямс, М., і Клонд, М. (2016). EFT (Техніка емоційної свободи) усуває посттравматичний стресовий розлад і симптоми психологічних розладів у ветеранів: рандомізоване контрольоване дослідження реплікації. Енергетична психол. Теор Рес. Лік. 8, 29–41. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.2.LG
 - Гордон, Дж. С., Стейплз, Дж. К., Бліта, А., Битікі, М., та Вілсон, А. Т. (2008). Лікування посттравматичного стресового розладу у косовських підлітків після війни, з використанням груп розум-тіло: рандомізоване контрольоване дослідження. Дж. Клін. Психіатрія 69, 1469–1476. doi: 10.4088/jcp.v69n0915
 - Геррет, Дж.-М., Кофур, К., Палмер-Гоффман, Дж., Черч, Д. (2012). пост-реабілітаційний період клінічного посттравматичного стресового розладу у гаїтянських семінаристів у наслідок землетрусу. Енерг. психол. 4, 33–40. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.2.JPH
 - Гамне, Дж., та Сандстрьом, У. (2021). Техніка тепінгу при травмі: інструмент для ПТСР, зняття стресу та відновлення після емоційної травми. Стокгольм: Спокійне Серце Видавн.
 - Хуей К. К.-С., Лю Дж., Марина О., Нападов В., Хаселгроув К., Квонг К. К. та ін. (2005).

Інтегрована реакція церебрально-мозочкового відділу та лімбічної системи людини на акупунктурні стимуляції на СТ 36, яке підтверджено фМРТ. *НейроІмідж* 27, 479–496. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.04.037

- Джайавікрем, Е., та Блекі, Л. Є. (2014). Посттравматичний ріст як позитивна зміна особистості: докази, дискусії та майбутні напрямки. *Євро. Дж. Перс.* 28, 312–331.
- Каплан, Дж. С., Толін, Д. Ф. (2011). Експозиційна терапія тривожних розладів: теоретичні механізми впливу та стратегії лікування. *Психіатр. Часи* 28, 33–37.
- Карачьоні Д., Тейлор, А., та Бьорд, Д. (Ред) (2021). *Демографія катастроф: Вплив на населення та місце.* Швейцарія: Спрінгер.
- Кін, Т. М. (1995). Роль експозиційної терапії в психологічному лікуванні ПТСР. *НСП Клін.* 3. 5, 1–6.
- Кеніг, Н., Стівер, С., Зебахер, Дж., фон Пріттвіц, К., Блім, Х., і Россі, С. (2019). Як терапевтичний тепінг може змінити нейронні кореляти емоційної просодії притривозі. *Мозк Наук.* 9:206. doi: 10.3390/brainsci9080206
- Лейхсенрінг, Ф., Аббасс, А., Хільзенрот, М. Дж., Люйтен, П., Мундер, Т., Рабунг, С. та ін. (2018). «Золоті стандарти», множинність і монокультури: необхідність у різноманітності психотерапії. *Фронт. Психіатрія* 9:159. doi: 10.3389/fpsy.2018.00159
- Лесковіц, Е. (2016). Інтегративна медицина ПТСР і ЧМТ: дві інновації підходу. *Мед. акупунктура.* 28, 81–183. doi: 10.1089/аси.2016.1168
- Левін, П. (1997). *Розбудити тигра: лікування травми.* Берклі: Північна Атлантика Книги.
- Луо К., Сенгер Н., Сінхал Н., Патрік К., Шамс І., Шахід Х. та ін. (2020). Порівняння методів надання когнітивно-поведінкової терапії онлайн та віч-на-віч. Терапія депресивних розладів: систематичний огляд і мета-аналіз. *Є Клінічна Медицина* 24:100442. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100442
- Ліфорд, К. (2022). Чи є медитація такою безпечною, як ми думаємо? *Психотер. Співпр.* 46, 11–13.
- Лайонс, Дж. А., і Кін, Т. М. (1989). Імплозивна терапія для лікування ПТСР, пов'язаного з бойовими діями. *Ж. Травма. Стрес* 2, 243–264. МакКей, Д., і Альфред, П. К. (2013). «Крос-культурний EFT» у клінічному EFT довіднику: повний ресурс для практиків, науковців, клініцистів та дослідників. Вип. 2, eds D. Church and S. Marohn (Каліфорнія: Преса про Енергетичну Психологію), 437–446. doi: 10.1111/jmft.12416
- Маквана, Н. (2019). Катастрофа та її вплив на психічне здоров'я: нарративний огляд. *Ж. Фам. Мед. прим. Догляд* 8, 3090–3095. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
- Марковіц, Дж. К., Петкова, Е., Нерія, Ю., Ван Метер, П. Е., Чжао, Ю., Хембрі, Е. та ін. (2015). Чи потрібна експозиція? Рандомізоване клінічне випробування міжособистісної психотерапії ПТСР. *Ем. Ж. Психіатрія* 172, 430–440. зробити: 10.1176/appi.ajp.2014.14070908
- Мавранезоулі, І., Мегнін-Віггарс, О., Далі, К., Діас, С., Стоктон, С., Мейсер-Стедман Р. та ін. (2020а). Психологічні та психосоціальні методи лікування дітей та молодих людей з посттравматичним стресовим розладом: мережа мета-аналіз. *Ж. Дитяча психол. Психіатрія* 61, 18–29. doi: 10.1111/jcpp.13094
- Мавранезоулі, І., Мегнін-Віггарс, О., Грей, Н., Бутані, Г., Ліч, Дж., Дейлі, Ч., та ін. (2020б). Економічна ефективність психологічного лікування посттравматичного стресового розладу в дорослих. *ПлоС Один* 15:e0232245. doi: 10.1371/journal.pone.0232245
- Макнеллі Р. Дж., Браянт Р. А. та Елерс А. (2003). Чи психологічне втручання на ранньому етапі сприяє відновленню від посттравматичного стресу? *Психол. Наук. Громадський Інтерес* 4, 45–79. doi: 10.1111/1529-1006.01421
- Моллон, П. (2008). *Психоаналітична енергетична психотерапія.* Лондон: Карнак.
- Моллон, П. (2013). «Безпека клієнта», у *Клінічний EFT Посібник Випуск 2*, ред. Д. Черч і С. Марох (Фултон: Преса про Енергетичну Психологію), 355–362.
- Монфілс, М. Х., Коуенсейдж, К. К., Кланн, Е., і Леду, Дж. Е. (2009). *Межі Вимирання та*

Повторної консолідації: ключ до постійного послаблення спогадів про страх. *Наука* 324, 951–955. doi: 10.1126/science.1167975

- Моріна, Н., Нікерсон, А., Малек, М., і Брайант, Р. (2017). Мета-аналіз лікування посттравматичного стресового розладу та депресії у дорослих, які постраждали від масового насильства в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. *Депресія. Тривога* 34, 679–691. doi: 10.1002/da.22618
- Надер, К. (2003). Сліди пам'яті незакріплені. *Тенденції Нейронау.* 26, 65–72. doi: 10.1016/S0166-2236(02)00042-5
- Нельмс, Дж., і Кастель, Д. (2016). Систематичний огляд і мета-аналіз рандомізованого та нерандомізованого випробування технік емоційної свободи (EFT) для лікування депресії. *Дослід.* 12, 416–426. doi: 10.1016/j.explore.2016.08.001
- Норріс, Ф., і Алеґрія, М. (2007). «Сприяння відновленню після катастрофи осіб та спільноти етнічних меншин», у *Втручання після масового насильства та катастрофи: Стратегії для практики психічного здоров'я*, ред. Е.К. Рітччі, П.Ж. Ватсон, та М. Ж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 319–342. doi: 10.1017/s1092852900019477
- Орнер, Р.Ж., Кент, А.Т., Префербаум Б. Ж., Рафаель, Б., та Ватсон, П.Ж. (2007). «Контекст надання негайного втручання після події» в *Втручання після масового насильства та катастроф: стратегії психічного здоров'я*, ред. Е.К. Рітччі, П.Ж. Ватсон, та М. Ж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 319–342. doi: 10.1017/s1092852900019477
- Ортнер, Н., Лейден, Л., і Льюїс, С. (n.d.). *Спільна робота із допомоги при травмах у Ньютауні. Проект. Ньютаун: Спільна робота із допомоги при травмах у Ньютауні*
- Пургато, М., Гасталдон, К., Папола, Д., ван Оммерен, М., Барбуї, К., та Тол, В. А. (2018). Психологічна терапія для лікування психічних розладів у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, які постраждали від гуманітарних криз. *Кочаран База даних Сист. Ред.* 7: CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2
- Куарантеллі, Е. Л. (2000). *Планування стихійних лих, управління надзвичайними ситуаціями та цивільний захист: історичний розвиток організованих заходів для планування і реагувати на катастрофи.* Ньюарк: катастрофа в Делаверському Університеті.
- Дослідницький центр. <https://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/673/PP301.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
- Рафаель Б. та Вудінг С. (2007). «Довгострокові заходи щодо психічного здоров'я для дорослих після катастроф і масового насильства», у *Втручання після мас. насильство та лиха: стратегії практики психічного здоров'я*, ред. Е. К. Рітччі, П. Ж. Ватсон, та М. Ж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 174–192.
- Рітччі, Е.К., Ватсон, П.Ж., and Фрідман, М.Ж. (Ред) (2007). *Втручання Після масового насильства та катастроф: стратегії психічного здоров'я.* Нью-Йорк: Гілфорд.
- Робсон, П., Робсон, Х. (2012). Виклики та можливості запровадження роботи згідно з методом терапії полем думки (TFT) після землетрусу на Гаїті. *Енергетична психол. J.* 4, 41–45. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.PR
- Роджерс, С., Сільвер, С. М. (2002). Чи є EMDR експозиційною терапією?: огляд протоколів травм. *Дж. Клін. психол.* 58, 43–59. doi: 10.1002/jclp.1128
- Ротбаум Б. О. та Фоа Е. Б. (1996/2007). «Когнітивно-поведінкова терапія для посттравматичного стресового розладу», у *Травматичний стрес: наслідки травматичного досвіду на розум, тіло та суспільство*, ред. Б. А. Ван дер Колк, А. К. МакФарлан, і Л. Вайсет (Нью-Йорк: Гілфорд), 491–509.
- Роу, Дж. Е. (2005). Вплив EFT на довгострокові психологічні симптоми. *графи. Клін. психол.* 2, 104–111.
- Руден, Р. А. (2019). Використання електропрепаратів для лікування розладів, спричинених травматичний стрес: теоретичні міркування з використанням

психосенсорної моделі. Дослідіть 15, 222–229. doi: 10.1016/j.explore.2018.05.005

- Рузек, Я. І. (2007). «Моделі раннього втручання після масового насильства та інших травм», у книзі «Втручання після масового насильства та катастроф: стратегії для практика психічного здоров'я, ред. Е. К. Рітчі, П. Ж. Ватсон та М. Ж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 16–34.
- Сакаї, К. С. (2014). Подолання труднощів: як використання енергії тепінгу змінює вас найгірший життєвий досвід – посібник для посттравматичного зростання. Санта Роза: Преса про Енергетичну Психол.
- Сакаї, К. С., Конноллі, С. М., та Оас, П. (2010). Лікування ПТСР в тих, хто пережив геноцид в Руанді, використовуючи терапію поля думки. Міжн. Дж. Емерг. Мент. Здоров'я 12, 41–50.
- Шиллер, Д., Монфілс, М.-Х., Райо, К. М., Джонсон, Д. К., Леду, Дж. Е., і Фелпс, Е. А. (2010). Запобігання поверненню страху у людей за допомогою реконсолідації механізмів оновлення. Природа 463, 49–53. doi: 10.1038/nature08637
- Шульц, П. (2009). Інтеграція енергетичної психології в лікування дорослих, які постраждали від сексуального насильства в дитинстві. Енергетична психол. Теор. Рес. Лік. 1, 15–22. doi: 10.9769/EPJ.2009.1.1.KS
- Шварц, Р. (2018). «Енергетична психологія, полівагальна теорія та лікування травми», в «Клінічне застосування полівагусної теорії: поява Полівагальних Терапій, ред. С. В. Поргес та Д. А. Дана (Нью-Йорк, Нью-Йорк: Нортон), 270–284.
- Сіл, К. Х., Магуен, С., Коен, Б., Гіма, К. С., Мецлер, Т. Дж., Рен, Л. та ін. (2010). Використання служб психічного здоров'я в Іраку та Афганістані для ветеранів у перший рік отримання нових діагнозів психічного здоров'я. Ж. Травма. стрес 23, 5–16. doi: 10.1002/jts.20493
- Себастьян, Б., і Нельмс, Дж. (2017). Ефективність методів Емоційної Свободи для лікування посттравматичного стресового розладу: мета-аналіз. Дослідіть 13, 16–25. doi: 10.1016/j.explore.2016.10.001
- Сейді, П., Джафф, Д., Конноллі, С. М., і Хоффарт, А. (2021). Застосування Когнітивно-Поведінкової терапії та Терапія Поля Думки в регіоні Курдистан в Іраку: ретроспективне дослідження серії випадків втручання у психічне здоров'я в умовах політичної нестабільності та збройних конфліктів. Досл. 17, 84–91. doi: 10.1016/j.explore.2020.06.003
- Селігман, М. Е. Р. (2002). «Позитивна психологія, позитивна профілактика і позитивна терапія», у «Довіднику з позитивної психології» під редакцією К. Р. Снайдера та С. Дж. Лопеза (Нью-Йорк: Преса Оксфордського Університету), 3–9.
- Степлтон, П. (2019). Наука про тепінг. Карлові Вари: Хай Хаус Інк.
- Степлтон, П., Бухан, К., Мітчелл, І., МакГрат, Дж., Гортон, П., і Картер, Б. (2019). Початкове дослідження нейронних змін у дорослих із надмірною вагою та тягою до їжі після використання Технік Емоційної Свободи. ОБМ Інтегр. Доповнюють. Мед. 4:14. doi: 10.21926/obm.icm.1901010
- Стінкамп, М. М., Літц, Б. Т., Хоге, К. В., та Мармар, К. Р. (2015). Психотерапія посттравматичних стресових розладів військового характеру: огляд рандомізованих клінічних досліджень. Ж. Ам. Мед. доц. 314, 489–500. doi: 10.1001/jama.2015.8370
- Стайн, П. К., Брукс, А. Дж. (2011). Ефективність EFT, яку надають тренери, на противагу ліцензованим терапевтам у випадках лікування ветеранів з ПТСР. Енергетична психол. Теор. Дос. Лік. 3, 11–17. doi: 10.9769/EPJ.2011.3.1.PKS.AJB
- Такакура, Н., і Ядзима, Х. (2009). Знеболюючий ефект натискання акупунктури голкою: подвійне перехресне дослідження. Відкрита Мед. 3, e54–e61.
- Турріні, Г., Пургато, М., Баллетт, Ф., Носе, М., Остуззі, Г., та Барбуї, К. (2017). Поширені психічні розлади у шукачів притулку та біженців: загальний огляд досліджень випадків та втручання. Міжн. Я. Мент. Система охорони здоров'я 11:51. doi: 10.1186/s13033-017-0156-0

- Агентство ООН у справах біженців (2021). Цифри з першого погляду. Женева: Агентство ООН у справах біженців.
- Управління ООН з координації гуманітарних питань (ОСНА) (2020). Людська ціна катастроф: огляд останніх 20 років р 2000-2019. Нью-Йорк: Управління ООН з координації гуманітарної діяльності справ.
- ван дер Колк, Б. А. (2014). Тіло веде рахунок: мозок, розум і тіло в зціленні травми. Нью-Йорк: Вікінг.
- ван Гіннекен, Н., Чін, В. Й., Лім, Ю. К., Усіф, А., Сінгх, Р., Шахмалак, У. та ін. (2021). Втручання працівників первинного рівня для догляду за людьми, які живуть з
- психічними розладами та дистресом у країнах із низьким та середнім рівнем доходу. Кочаран База даних Сис. Рев. 8: CD009149. doi: 10.1002/14651858.CD009149.pub3
- Уотсон, П. Дж., Браймер, М. Дж., і Бонанно, Г. А. (2011). Посткатастрофічний психологічний втручання після 11 вересня. Ам. психол. 66, 482–494. doi: 10.1037/a0024806
- Янг, Б. Х. (2007). «Негайне реагування на катастрофу: рекомендації для дорослих щодо першої психологічної допомоги», у Втручання після масового насильства та катастроф: Стратегії для роботи із психічним здоров'ям, ред. Е.К. Рітччі, П. Ж. Ватсон, and М.Ж. Фрідман (Нью-Йорк: Гілфорд), 134–154

Конфлікт інтересів: DF проводить тренінги, надає клінічні послуги та написав книги, пов'язані з підходом, який розглянутий у цьому рукописі.

Примітка видавця: усі твердження, викладені в цій статті, належать виключно авторам і не обов'язково представляють афілійовані організації або видавця, редакторів та рецензентів. Будь-який продукт, який можна оцінити в цій статті, або претензія, яку може зробити її автор, не гарантується чи схвалюється видавцем.

Авторське право © 2022 Файнштейн. Ця стаття у відкритому доступі, та розповсюджується під умовами ліцензії Creative Commons Attribution (CC BY). Використання, поширення або відтворення на інших форумах дозволено лише за умови вказання оригінального автора(ів) та власника(ів) авторських прав і оригінальної публікації в цьому журналі та цитується відповідно до прийнятої академічної практики. Використання, поширення або відтворення, яке не відповідає цим умовам, є забороненим.

Використання Енергетичної Психології після катастрофічних подій, Девід Фейнштейн
Стаття була опублікована в журналі *Межі в Психології* 25 квітня 2022 року. Перекладена українською мовою з дозволу автора Тетяною Дрончак. Переклад перевірено Кирищук Лесею.