

Psichologija – praktikai

VEIKSMINGI PSICHOLOGINĖS PAGALBOS BŪDAI PSICHTRAUMATOLOGIJOJE*

Evaldas Kazlauskas

Socialinių mokslų daktaras
Vilniaus universitetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius
Tel. +370 5 266 76 05
El. paštas: evaldas.kazlauskas@fsf.vu.lt

Straipsnyje analizuojamas psichologinės pagalbos būdų suaugusiems asmenims psichotraumatologijoje veiksmingumas. Įsigilinus į 1998–2012 m. paskelbtas metaanalizes, sisteminės apžvalgas, geros praktikos vadovus, daromos išvados, kad daugelis tyrimų patvirtina trumpalaikės į traumą orientuotos kognityviosios elgesio terapijos bei nujautrinimo akių judesiais ir perdirbimo (EMDR) terapijos veiksmingumą potrauminio streso sutrikimų turintiems asmenims. Tyrimų rezultatai rodo, kad asmenims iš karto po trauminio įvykio nerekomenduojama taikyti formalias psichosocialinės intervencijos procedūras, kaip antai psichologinis susirinkimas (angl. debriefing). Yra mokslinių įrodymų, kad trumpalaikė eklektinė terapija (BEPP), internetu teikiamos pagalbos ar virtualios realybės taikymo metodai gali veiksmingai padėti asmenims, kurie turi potrauminio streso sutrikimą. Straipsnyje aptariamos tyrimais paremtų psichologinės pagalbos metodų diegimo psichotraumatologijos praktikoje problemos.

Pagrindiniai žodžiai: psichologinė trauma, potrauminio streso sutrikimas, pagalbos veiksmingumas.

Psichotraumatologija – mokslas apie psichologinių traumų epidemiologiją, etiologiją ir terapiją – yra nauja tarpdisciplininė mokslo kryptis, kurios pradžia galima laikyti 1980 m., kai atsirado potrauminio streso sutrikimo diagnozė (American psychiatric association, 1980).

Potrauminio streso sutrikimas ir jo paplitimas. Potrauminio streso sutrikimas (PTSS) pasireiškia emocinėmis, kognityviomis, fiziologinėmis ir elgesio reakcijomis, kurios susijusios su traumišku įvykiu ir sutrikdo asmens funkcionavimą.

PTSS pasireiškimas nepriklauso nuo asmenybės ir gali būti bet kuriam asmeniui, patyrusiam traumiškų įvykių. PTSS sudaro kelios esminės požymių grupės: 1) įkyrus ir pasikartojantis įvykio išgyvenimas prisiminimų blyksniuose (angl. *flashback*), sapnuose arba košmaruose; 2) traumą primenančių įvykių ir situacijų vengimas, atsiskyrimas nuo kitų žmonių; 3) padidėjęs vegetacinės (autonominės) nervų sistemos sujudinimas, pasireiškiantis padidėjusiu dirglumu, sustiprėjusiu baimingumu ir nemiga. Tarp-tautinėje ligų klasifikacijoje TLK-10 (1997)

* Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. MIP-011/2012). This research was funded by a grant (No. MIP-011/2012) from the Research Council of Lithuania.

pateikiama, kad sutrikimas pasireiškia po latentinio laikotarpio, kuris gali svyruoti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių.

Epidemiologinė sveikatos studija ESE-MeD, vykdyta šešiose Vakarų Europos šalyse nuo 2001 iki 2003 m., kurioje dalyvavo 21 425 suaugusieji, atskleidė, kad per gyvenimą bent vieną trauminį įvykį patyrė 63,6 proc. asmenų (60,5 proc. moterų ir 67,0 proc. vyrų) (Darves-Bornoz et al., 2008). Epidemiologinio tyrimo, atlikto JAV, duomenimis, per gyvenimą PTSS patiria iki 6,7 proc. asmenų (Kessler et al., 2005). ESEMeD studijos duomenimis, potrauminio streso sutrikimo paplitimas per pastaruosius 12 mėnesių buvo 1,1 proc. Lietuvoje trauminės patirties ir potrauminio streso epidemiologinių studijų nėra atlikta, tačiau yra studijų, kuriose buvo įvertinama trauminė patirtis ir potrauminis stresas. Lietuvoje atlikto 179 jaunų asmenų tyrimo duomenimis, trauminės patirties paplitimas buvo 58,1 proc. (Kazlauskas ir kt., 2007). Reprerentatyvioje Lietuvos paauglių studijoje, kurioje dalyvavo 183 paaugliai, nustatyta, kad 80,2 proc. paauglių buvo patyrę bent vieną potencialiai traumuojančią įvykį, o PTSS paplitimas per visą gyvenimą buvo 6,1 proc. (Domanskaitė-Gota et al., 2009).

Nors PTSS paplitimo epidemiologinių studijų duomenys įvairiose valstybėse šiek tiek skiriasi, apibendrinant tyrimų rezultatus galima teigti, kad per visą gyvenimą potencialiai traumuojančius įvykius patiria 60–80 proc. asmenų, o potrauminio streso sutrikimą per praėjusius vienerius metus turi vidutiniškai vienas procentas Europos gyventojų. Kadangi Lietuvoje šiuo metu yra apie 3 mln. gyventojų, per visą gyvenimą nuo 1,8 mln. iki 2,4 mln. Lietuvos gyventojų yra patyrę potencialiai traumuojančių

stresorių, o per pastaruosius vienerius metus apie 30 000 asmenų Lietuvoje turėjo stipriai išreikštą klinikinio lygio potrauminio streso sutrikimo požymių. Neturime duomenų, kiek iš šių asmenų kreipiasi profesionalios pagalbos, tačiau psichikos sveikatos specialistams ir psichologams tenka atsakingai užduotis padėti asmenims, patyrusiems psichologines traumas.

Veiksmingų pagalbos būdų psichotraumatologijoje poreikis. Netinkamai suteikta arba nesuteikta pagalba turi padarinių ne tik asmeniui, bet ir šeimai, visuomenei. PTSS susijęs su socialinėmis problemomis, kaip antai šeimos problemos ar nedarbas, pavyzdžiui, JAV yra nustatyta, kad PTSS diagnozė nedarbo riziką karo veteranams padidina tris kartus (Smith et al., 2005). Lietuvoje 1979–1989 m. atlikto 174 Afganistano karo veteranų tyrimu nustatyta, kad jų nedarbo lygis buvo daugiau kaip dešimt kartų didesnis (27,9 proc. karo veteranų grupėje ir 2,2 proc. to paties amžiaus vyrų palyginamojoje grupėje) (Domanskaitė-Gota et al., 2006). Potrauminis stresas gali būti reikšmingai susijęs su sveikatos problemomis. Lietuvoje atliktoje didelės apimties sovietų politinių represijų psichologinių padarinių studijoje, kurioje dalyvavo 1 359 asmenys, patyrę sunkių psichologinių traumų dėl sovietų valdžios persekiojimo ir represijų, nustatyta, kad subjektyviai vertinama sveikatos būklė yra prastesnė negu palyginamosios grupės ir yra susijusi su trauminio streso reakcijomis (Kazlauskas, 2006).

Patyrusiems traumas asmenims taikoma egzistencinė, psichodinaminė, kognityvioji elgesio psichoterapija, psichofarmakoterapija. Praktikoje dar taikoma grupinė terapija, įvairios kūrybinės terapijos (pvz.,

meno, muzikos), šeimos terapija, hipnozė, joga ir t. t. Psichologijos mokslui ir praktikai nuolat plečiantis, šalia tradicinių ir įsitvirtinusių psichoterapijos paradigmu atsiranda daugybė naujų pagalbos metodų traumas patyrusiems asmenims (Cukor et al., 2009), kaip antai virtualios realybės ar internetu paremtos terapijos (Paul et al., 2012). Esant tokiai skirtingų pagalbos formų įvairovei tiek klientams, tiek specialistams kyla klausimas, „kiek tradiciniai ar nauji metodai veiksmingai padeda klientams?“ Šis klausimas yra aktualus psichologams ir dėl etinių priežasčių. Juk psichologo profesinės etikos standartai, kuriuose pabrėžiama kompetencija ir nuolatinis tobulinimasis, aukštų profesinės veiklos standartų siekimas, atsakomybė už savo veiklos rezultatus, pagarba klientui (European federation of psychologists associations, 2005) įpareigoja remtis naujausiomis žiniomis ir užtikrinti, kad klientui bus suteikta geriausia pagalba.

Kokia psichologinių traumų pagalba veiksminga: tyrimų rezultatai

1998–2010 m. pasirodė ne mažiau kaip septynios metaanalizės studijos, kuriose paskelbti susisteminti duomenys apie psichotraumatologijoje žinomus veiksmingus pagalbos būdus suaugusiems asmenims. Toliau straipsnyje analizuodami metodų veiksmingumą remsimės šiomis studijomis. Taip pat remsimės autoritetinių organizacijų sudarytais gerosios praktikos vadovais, pavyzdžiui, Nacionalinio sveikatos ir klinikinės kompetencijos instituto (NICE), kuris nustato sveikatos priežiūros standartus Anglijoje, 2005 m. pateiktu vaikų ir suaugusiųjų potrauminio sutrikimo terapijos praktikos vadovu (National institute of clinical excellence, 2005; <http://www.nice.org>.

uk/). Apžvelgdami pagalbos būdus remiamės Tarptautinės trauminio streso studijų draugijos (ISTSS, www.istss.org) 2009 m. paskelbtu praktikos vadovu, kuri sudarė dr. Edna B. Foa su kolegomis. ISTSS vadove apibendrinta informacija apie šiuo metu pasaulyje naudojamus trauminio streso terapijos būdus ir pateikiama informacija apie jų veiksmingumą (Foa et al., 2009). Toliau straipsnyje apžvelgsime gerosios praktikos vadovuose ir metaanalizėse paskelbtus duomenis apie trauminio streso pagalbos metodų veiksmingumą.

Pagalba asmenims iš karto po trauminio įvykio. 1983 m. Jeffrey T. Mitchell (JAV) pasiūlė kritinio įvykio streso valdymo susirinkimo (CSID) (angl. *critical stress incident debriefing*) procedūrą pagalbos tarnybų darbuotojams, kurie darbe susiduria su stresu. Metodo autoriai J. T. Mitchell ir G. S. Everly teigia, kad CSID niekada nebuvo siūlomas kaip psichoterapija ar psichoterapijos alternatyva (Mitchell and Everly, 2000) ir turėtų būti taikomas platesniame streso valdymo sistemos kontekste. Tačiau profesionalai, besidomintys traumų ir krizių psichologija, entuziastingai ėmė naudoti šią procedūrą kaip patrauklų ir padedantį atskirą vienos sesijos susirinkimo metodą (Rose et al., 2003). Per dešimtmetį CSID arba analogiški vienos sesijos psichologiniai susirinkimai (PD) (angl. *debriefing*) plačiai paplito kaip pagalbos asmenims po traumuojančio įvykio praktika. CSID ar PD dažniausiai organizuojami per pirmas tris paras po įvykio. Tyrimai parodė, kad išgyvenusieji trauminius įvykius labai pozityviai vertina šiuos susitikimus (nuo 52 proc. iki 94,4 proc. juos manė esant naudingus) (Rose et al., 2003), tačiau nuodugnesni tokių susirinkimų padarinių tyrimai paro-

dė, kad psichologiniai susirinkimai neturi pozityvaus ilgalaikio efekto (Rose et al., 2002; van Emmerik et al., 2002).

Didžiosios Britanijos mokslininkas S. C. Rose su kolegomis (2003) atliko sisteminę 11 atsitiktinai parinktų kontroliuojamų studijų (RCT), kai klientai buvo atsitiktinai paskirstomi į poveikio ir palyginamąją (-ąsias) grupes ir analizuotas vienos sesijos psichologinių susirinkimų (SCID ir PD) po traumos praėjus iki vieno mėnesio veiksmingumas, analizę. Ši studija atskleidė, kad nėra pakankamai įrodymų, jog vienos sesijos susirinkimai pagerina traumas patyrusių asmenų savijautą, o dviejose studijose asmenų, kuriems taikytas šis metodas, savijauta po 13 mėnesių ir 3 metų pablogėjo, todėl autoriai daro išvadą, kad SCID ar PD nerekomenduojama taikyti traumas patyrusiems asmenims. Nyderlandų mokslininko A. A. P. van Emmerik ir kolegų (2002) prestižiniame mokslo žurnale „Lancet“ paskelbta metaanalizė taip pat parodė, kad psichologinis susirinkimas po traumos nepadeda žmonėms įveikti patirtų traumų, o asmenims, kurie nedalyvavo tokiuose susirinkimuose iš karto po traumos, vėliau, atliekant psichologinį įvertinimą, nustatoma mažiau sutrikimų (van Emmerik et al., 2002).

Atsižvelgiant į šių tyrimų duomenis, gerosios praktikos vadovuose, pavyzdžiui, NICE vadove (National institute of clinical excellence, 2005), ISTSS vadove (Foa et al., 2009), nurodyta, kad psichologinių susirinkimų procedūros neturi būti taikomos. Iš karto po traumos yra rekomenduojama stebėti išgyvenusių, suteikti praktinę ir informacinę pagalbą. Teikiant pagalbą iš karto po įvykio reikia atsižvelgti į tai, kad asmenų įveikos būdai skiriasi, svarbu

užtikrinti išgyvenusių saugumą, tačiau formalios intervencijos, kaip antai SCID ar PD, nerekomenduojamos. Šiuo metu nėra įrodymų, kad būtų veiksmingos alternatyvios SCID ar PD psichosocialinės intervencijos, sakysime, Nacionalinio PTSS instituto (JAV) sukurta „pirmoji psichologinė pagalba“ (PFA)¹.

Potrauminio streso sutrikimo terapijų veiksmingumas. M. L. van Etten ir S. Taylor 1998 m. publikavo pirmąją psichotraumatologijos srities metaanalizę, kurioje aiškinosi įvairių PTSS terapijų veiksmingumą. Išanalizavę 61 studiją, kuriose buvo taikomos tiek psichoterapijos, tiek medikamentinės terapijos, autoriai padarė išvadą, kad, palyginti su farmakoterapija, taikant psichologines terapijas buvo daug mažiau gydymo nutraukimo atvejų (32 proc. taikant medikamentus ir 14 proc. psichoterapiją). Lyginant su kontrolinėmis grupėmis ir medikamentiniu gydymu, psichologinės terapijos buvo veiksmingesnės. Veiksmingiausias buvo biheivioristinė terapija ir nujautrinimo akių judesiais ir perdirbimo (EMDR, angl. *eye movement desensitization and reprocessing*) terapija (van Etten and Taylor, 1998).

R. Bradley su kolegomis (2005 m.) analizavo nuo 1980 iki 2003 m. publikuotas 26 PTSS psichoterapijos veiksmingumo studijas ir daro išvadą, kad jų atlikta metaanalizė patvirtino trumpalaikių PTSS terapijų, kaip antai kognityvioji elgesio terapija ar EMDR, veiksmingumą, jas taikant pagerėja didžiąjai daliai asmenų. Vidutiniškai 67 proc. asmenų, kuriems taikyti šie pagalbos metodai ir buvo pabaigta terapija, nebeturėjo potrauminio streso sutrikimo (Bradley et

¹ Čia pateikta nuoroda, kur galima susipažinti su PFA vadovu ir priedais: <http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>

al., 2005). Vokietijos psichotraumatologai G. H. Seidler ir F. E. Wagner 2006 m. metaanalizėje palygino ankstesnėse analizėse veiksmingais pagalbos būdais paskelbtų EMDR terapijos ir į traumą orientuotos kognityviosios elgesio terapijos (TF-CBT, angl. *trauma focused cognitive behavioral therapy*) veiksmingumą. Autoriams pavyko rasti nuo 1989 iki 2005 m. publikuotas aštuonias studijas, kuriose lyginamas EMDR ir TF-CBT veiksmingumas, tačiau pasirodė, kad šie pagalbos būdai yra panašiai veiksmingi (Seidler and Wagner, 2006).

Didžiosios Britanijos mokslininkai J. Bisson ir M. Andrew (2007) analizavo 33 atsitiktinai parinktas kontroliuojamas (RCT) suaugusiųjų PTSS terapijos studijas, kuriose aprašytas TF-CBT, psichodinaminės psichoterapijos, streso valdymo, palaikomosios terapijos, nedirektyvaus konsultavimo, hipnoterapijos, EMDR ir grupinės TF-CBT taikymas. Autoriai daro išvadą, kad TF-CBT, EMDR, streso valdymas ir grupinė TF-CBT yra veiksmingi terapijos metodai. Kiti terapijos būdai nebuvo veiksmingi ir reikšmingai nesumažino PTSS simptomų (Bisson and Andrew, 2007).

Kitoje J. Bisson su kolegomis (2007) publikuotoje lėtinio potrauminio streso sutrikimo (PTSS trukmė ilgesnė kaip trys mėnesiai) terapijų metaanalizėje buvo išanalizuotos 38 RCT studijos, atitikusios aukštus kokybės kriterijus. Analizės rezultatai patvirtino, kad, palyginti su tuo, ko tikėtasi, arba įprastine pagalba, veiksmingi pagalbos metodai yra TF-CBT, EMDR terapija, streso valdymas ir grupinė kognityvioji elgesio terapija. Autoriai vėl padarė išvadą, kad traumą patyrusiems asmenims rekomenduojama į traumą orientuota terapija (EMDR arba TF-CBT) (Bisson et al., 2007).

N. P. Roberts su kolegomis 2009 m. paskelbė studiją, kurioje analizavo 25 publikuotas ir nepublikuotas studijas apie daugiau kaip vienos sesijos psichosocialinių intervencijų per pirmus tris mėnesius po traumos veiksmingumą. Tyrimas parodė, kad TF-CBT yra veiksmingesnė palyginti su palaikomoju konsultavimu ir laukiamųjų sąrašais, todėl daroma išvada, kad asmenims, kuriems per pirmus tris mėnesius pasireiškia klinikinio lygio potrauminio streso sutrikimas, rekomenduojama TF-CBT (Roberts et al., 2010). 2010 m. N. P. Roberts su kolegomis publikavo dar vieną apžvalgą, kurioje analizavo 15 RCT intervencijų studijų, pradėtų per pirmus tris mėnesius po trauminio įvykio. Studijos parodė, kad TF-CBT buvo veiksmingesnė už palaikomąjį konsultavimą ir, vertinant po pusmečio, palyginti su palaikomoju konsultavimu, šie efektai vis dar buvo reikšmingi (Roberts et al., 2010).

M. Cloitre 2009-aisiais paskelbė metaanalizę ir kritinę apžvalgą, kurioje pristatė veiksmingiausius psichotraumatologijos pagalbos metodus ir iškėlė aktualius šios srities klausimus bei tolesnių tyrimų gaires. M. Cloitre (2009) rašo, kad yra bent 40 RCT studijų, patvirtinančių kognityviosios elgesio terapijos metodų veiksmingumą psichotraumatologijoje, todėl svarbu analizuoti ir kitų metodų veiksmingumą bei kelti sudėtingesnius klausimus kaip klientams suteikti tinkamiausią pagalbą. Nerimo valdymas ir problemų sprendimas, apimantis psichoedukaciją ir relaksaciją, yra dažna traumų psichologijos pagalbos dalis. Mokslinėse studijose šie metodai dažniau taikomi palyginamosiose grupėse. M. Cloitre (2009) analizė parodė, kad, palyginus PTSS simptomus prieš ir po terapijos,

nerimo valdymo ar relaksacijos grupėse pastebimas PTSS simptomų sumažėjimas, tačiau šie pokyčiai nėra reikšmingi ir daug mažesni, palyginti su į traumą orientuotais kognityviosios elgesio terapijos metodais (Cloitre, 2009). M. Cloitre analizė patvirtino EMDR veiksmingumą. Įdomu, kad M. Cloitre domisi ir kitose metaanalizėse mažai analizuotų naujųjų pagalbos metodų veiksmingumu. Ši studija parodė, kad virtualios realybės taikymas PTSS turintiems asmenims, intervencijos, internetu ar trumpalaikė eklektinė terapija (BEPP) yra teikiančios vilčių ir jų veiksmingumas, nustatomas kontroliuojamose studijose, yra gana geras (Cloitre, 2009).

PTSS ir gretutiniai sutrikimai. Apie 80 proc. asmenų, kuriems diagnozuojamas potrauminio streso sutrikimas, turi gretutinių sutrikimų (Nojavits et al., 2009), tačiau tik pastaruosius penkerius metus domimasi PTSS ir gretutinių sutrikimų terapijos problematika (Cloitre, 2009; Foa et al., 2009). Metodologiškai yra keletas būdų padėti asmeniui, kuriam yra daugiau nei vienas sutrikimas: 1) integruota pagalba, kai vienas specialistas ar institucija, atsižvelgiant į problemų tarpusavio sąsajas, sprendžia kelias problemas vienu metu; 2) pirma sprendžiama viena problema, o paskui kita; 3) pagalbą teikia ir problemas lygia greta sprendžia daugiau nei vienas paslaugų teikėjas; 4) pasirenkama spręsti vieną problemą (Nojavits et al., 2009). Nors profesionalai būtų labiau linkę pritarti pirmam variantui, šiuo metu dar nėra pakankamai tyrimais patvirtintų įrodymų, kad tai – veiksmingiausias būdas. Tyrimai rodo, kad yra situacijų, kai pirma taikoma PTSS terapija gali turėti teigiamą įtaką gretutiniams sutrikimams (pvz., PTSS ir depresijos atveju). Taip pat kuriami

integruoti pagalbos metodai asmenims, kurie turi gretutinių sutrikimų, pavyzdžiui, PTSS ir priklausomybių. Būtent PTSS ir priklausomybių terapijos problemos yra plačiausiai tyrinėtoms ir šiuo metu jau yra ne mažiau kaip 12 studijų, patvirtinančių PTSS ir priklausomybės terapijos derinimo, kai abi problemos sprendžiamos vienu metu, veiksmingumą (Nojavits et al., 2009).

Veiksmingi pagalbos būdai psichotraumatologijoje

Toliau straipsnyje trumpai pristatomi psichologinės pagalbos būdai, kurie, remiantis tyrimų rezultatais, yra veiksmingiausi ir perspektyvūs psichotraumatologijoje.

Į traumą orientuota kognityvioji elgesio terapija. Remiantis kognityviaja elgesio paradigma sukurta daug įvairių požiūrių ir traumų terapijos metodų (Cahill et al., 2009; Follette and Ruzek, 2006), tačiau daugiausia tyrimų atlikta vertinant ekspozicinės (angl. *exposure*) terapijos ir į traumą orientuotos kognityviosios terapijos veiksmingumą. *Ekspozicinės terapijos* metu vyksta intensyvus kliento sąlytis su traumiiniu patyrimu vaizduotėje arba natūraliomis sąlygomis (*in vivo*). Taikant ekspozicinę terapiją dažnai naudojama psichoedukacija ir relaksacijos mokymas. Plačiausiai žinomas šio metodo variantas yra ilgalaikės ekspozicijos terapija (PE) (angl. *prolonged exposure*), 1989 m. sukurta E. B. Foa ir B. O. Rothbaum (Riggs et al., 2006; Cahill et al., 2009). PE taikoma individualiai ir su klientu susitinkama nuo 9 iki 12 kartų, kiekvienas susitikimas trunka 90 min. PE metodą sudaro keturios procedūros: 1) psichoedukacija apie traumą ir potrauminio streso reakcijas; 2) mokymas kvėpuoti; 3) su trauma susijusių situacijų,

kurių klientas vengia, ekspozicija *in vivo*; 4) ekspozicija vaizduotėje, kurios metu kliento nuolat prašoma pasakoti apie trauminio įvykio prisiminimus (Riggs et al., 2006). Kiekvieno susitikimo pabaigoje, po sąlyčio su trauma vaizduotėje procedūros, aptariami kliento jausmai ir mintys. Kiekvienas susitikimas baigiasi namų užduočių paskyrimu, jų metu klientas *in vivo* atlieka pratimus ir klausosi ekspozicijos vaizduotėje sesijos garso įrašo (Riggs et al., 2006).

Kognityvioji terapija (KT) buvo sukurta A. T. Beck su kolegomis XX a. aštuntame dešimtmetyje. KT remiasi A. T. Beck teorija, teigiančia, kad asmens savijautą nulemia įvykio interpretacijos, o ne patys įvykiai. Susijusios su įvykiu negatyvios, klaidingos ir žlugdančios mintys turi įtakos neigiamoms emocijoms. Kognityviosios terapijos metu siekiama padėti klientui atpažinti ir pakeisti šias neigiamas mintis (Cahill et al., 2009). A. Ehlers ir D. M. Clark (2000) pateikė potrauminio streso kognityviają teoriją. Teikiant pagalbą traumą patyrusiems asmenims pastebima, kad išgyvenusieji turi daug nerimo ir baimingai reaguoja į situacijas, nebekeliančias grėsmės (Ehlers and Clark, 2000). Todėl dirbant su traumą patyrusiais asmenimis kognityviosios terapijos metu daug dėmesio skiriama šių asmenų mintims, susijusioms su saugumu / pavoju, pasitikėjimu kitais, požiūriu į save ir siekiama jas pakeisti adaptyvesnėmis (Ehlers and Clark, 2000).

Potrauminio streso sutrikimą turintiems asmenims rekomenduojama 8–12 kognityviosios elgesio terapijos susitikimų (National institute of clinical excellence, 2005). Tyrimai patvirtina, kad kognityviosios elgesio terapijos metodai (PE ir KT) veiksmingai padeda asmenims, patyrusiems sek-

sualinį smurtą, fizinę ir seksualinę prievartą vaikystėje, teroro aktus, žemės drebėjimus, taip pat karo veteranams, pabėgėliams ir kt. Daug kontroliuojamų studijų patvirtino į traumą orientuotų kognityviosios terapijos metodų veiksmingumą (ypač PE ir KT) (Follette and Ruzek, 2006; Cahill et al., 2009; Cloitre, 2009; Bradley et al., 2005; Bisson and Andrew, 2007; Bisson et al., 2007). Šie metodai yra rekomenduojami ISTSS, NICE ir kituose gerosios praktikos vadovuose (Foa et al., 2009; National institute of clinical excellence, 2005).

Nujautrinimo akių judesiais ir perdirbimo (EMDR) terapija yra F. Shapiro (JAV) 1987 m. sukurtas psichologinės pagalbos būdas, skirtas potrauminio streso sutrikimo terapijai (Shapiro, 2001). EMDR terapiją sudaro aštuoni etapai. Taikant EMDR terapiją kliento prašoma sukaupti dėmesį į trauminio įvykio vaizdinį ir susijusias emocijas, mintis, ir tuo metu trumpomis serijomis vyksta bilateralinė stimuliacija. Dažniausiai arti kliento veido, priešais akis į vieną ir kitą pusę judinamas pirštas, prašant akimis sekti piršto judėjimą. Akių judesiai yra specifinis, išskiriantis šį pagalbos būdą iš kitų, aspektas. Abiejų pusrutulių stimuliacija galima ne tik akių judesiais, bet gali būti ir taktilinė arba klausos. Svarbi EMDR dalis yra ne tik orientacija į neigiamas emocijas ar mintis, bet ir pozityvių kognicijų diegimas klientui. EMDR terapija yra trumpalaikė, tačiau jos trukmė nėra griežtai reglamentuojama ir gali būti nuo trijų iki 10 ar daugiau sesijų, atsižvelgiant į klientą. EMDR veiksmingai padeda įvairius trauminius įvykius patyrusiems asmenims: karo veteranams, tarpasmeninį smurtą patyrusiems moterims, taip pat įvairias traumas patyrusiems vyrams ir

moterims (Shapiro, 2001; Cloitre, 2009). EMDR yra vienas geriausiai ištirtų psichotraumatologijos pagalbos būdų (Shapiro, 2001). Daugelyje kontroliuojamų tyrimų įrodomas EMDR veiksmingumas (van Etten and Taylor, 1998; Bradley et al., 2005; National institute of clinical excellence, 2005; Bisson and Andrew, 2007; Bisson et al., 2007; Cloitre, 2009; Shapiro, 2001). Nors psichotraumatologijoje dar vyksta diskusijos dėl šio metodo teorinio pagrindimo, EMDR yra labai plačiai naudojamas pasaulyje. Nuo 2007 m. publikuojamas mokslo žurnalas „Journal of EMDR practice and research“. Pastaruoju metu pradėti bandymai EMDR taikyti ne tik PTSS, bet ir kitų sutrikimų terapijai. Psichologai ar kiti specialistai, norintys taikyti EMDR, turi baigti EMDR draugijos (www.emdria.org) patvirtintą mokymo programą ir įgyti sertifikatą.

Trumpalaikė eklektinė potrauminio streso terapija (BEPP) yra integracinis PTSS pagalbos metodas, apimantis įvairių psichoterapinių mokyklų technikas. Metodą sukūrė B. P. R. Gersons (Gersons et al., 2000). BEPP yra trumpas, į problemą orientuotas metodas, kuris susideda iš šešiolikos 45–60 min. sesijų. BEPP sudaro penki pagrindiniai etapai: 1) psichoedukacija, 2) ekspozicinės technikos, kurios metu pasitelkus vaizduotę taikomas sąlytis su trauma, 3) rašymo užduotys ir darbas su traumos užuominomis, 4) įprasminimas ir integravimas, 5) atsisveikinimo ritualas. BEPP veiksmingai padeda policijos pareigūnams, taip pat įvairias traumas patyrusiems vyrams bei moterims.

BEPP veiksmingumas buvo pagrįstas keliose RCT studijose (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005; Nijdam et al., 2012).

Metodas buvo įtrauktas į metaanalizes (pvz., Bradley et al., 2005), tačiau kai kurie autoriai dėl BEPP sąsajų su CBT metaanalizėse ir gerosios praktikos vadovuose BEPP priskyrė TF-CBT kategorijai (Bisson and Andrew, 2007). M. Cloitre metaanalizėje BEPP priskyrė inovatyvių metodų grupei (Cloitre, 2009). BEPP yra įtrauktas į NICE vadovą (2005) kaip rekomenduojamas pagalbos metodas psichotraumatologijoje. Psichologai ar kiti specialistai, norintys taikyti BEPP, turi baigti metodo autorių patvirtintą mokymo programą (www.traumatreatment.eu) ir įgyti sertifikatą.

Technologijomis besiremiantys pagalbos metodai. Pastaruosius dešimt metų vis daugiau profesionalios psichologinės pagalbos teikiama internetu ar taikant kitas šiuolaikines informacines technologijas (Paul et al., 2012). Taip pat daugėja psichologinės pagalbos metodų, kai teikiant pagalbą panaudojamos interneto galimybės, veiksmingumo tyrimų (Paul et al., 2012; Cloitre, 2009; Amstadter et al., 2009). Internetu teikiama psichologinė pagalba trauminius įvykius patyrusiems asmenims gali būti patraukli, sumažinti stigmatizavimo pavojų, nes internete galima užtikrinti anonimiškumą, internetu galima teikti pagalbą geografiškai įvairiose vietovėse, taip pat ir kaimo, kuriose psichikos sveikatos paslaugos gali būti nepakankamai išvystytos (Amstadter et al., 2009). Pagalba taikant informacines technologijas apima psichoedukacines programas, interneto erdvei pritaikomus tradicinius metodus (pvz., kognityviosios elgesio terapijos), kuriami nauji pagalbos būdai. Pagal pobūdį pagalba gali būti sinchroninė, kai videokonferencijų ar tekstinių pokalbių metu yra tiesiogiai bendraujama su klientu, ir asinchroninė, kai

klientui pateikiamos rašymo ar kitokios užduotys ir profesionalas (arba specializuota programa) reaguoja tam tikrais intervalais ir perduoda klientui žinutę, priminimą ar laišką.

Vienas iš pagalbos panaudojant interneto galimybes psichotraumatologijoje pavyzdžių yra A. Lange ir kolegų (2003) sukurtas metodas, kurį taikant traumas patyrę asmenys per penkias savaites turi atlikti dešimt rašymo užduočių. Teikiantys pagalbą psichologai perskaito kliento tekstus, suteikia grįžtamąjį ryšį ir nurodo kitas užduotis. Panašus pagalbos metodas yra B. Wagner ir A. A. Maercker (2007) taikytas komplikuoatą gedulą patiriantiems asmenims, kai internetu buvo pateikiamos rašymo užduotys. A. Lange bei B. Wagner ir A. A. Maercker sukurtus metodus taiko profesionalai, tačiau yra ir kompiuterizuotų pagalbos metodų. Vienas tokios pagalbos metodų pavyzdžių yra B. T. Litz ir kolegų sukurta DE-STRESS pagalbos programa (Litz et al., 2007). Šios intervencijos metu individai buvo mokomi įveikos strategijų ir reakcijų į traumas užuominas, taikant kognityvius elgesio terapijos metodus. Psichotraumatologijoje vis dažniau naudojamos virtualios realybės pagalbos programos (Cukor et al., 2009; Paul et al., 2012), kurių metu klientui pateikiami trauminės situacijos vaizdai, kartais lydimi garsų bei kvapu, ir kt.

Tyrimais patvirtintas videokonferencijų, internetu paremtų terapijos metodų ir virtualios realybės veiksmingumas karo veteranams, kaimo vietovių gyventojams, įvairias traumas patyrusių vyrų ir moterų imtims (Paul et al., 2012; Cloitre, 2009; Amstadter et al., 2009). Šie metodai yra perspektyvūs ir ateityje galima prognozuoti

dar didesnę informacinių technologijų taikymą psichotraumatologijoje.

Veiksmingos psichologinės pagalbos taikymo praktikoje sunkumai

Nors moksliniai psichologinės pagalbos veiksmingumo tyrimai patvirtina įvairių metodų veiksmingumą, tyrimais paremtų metodų taikymas psichologo praktikoje dar nėra labai paplitęs ne tik Lietuvoje, bet ir JAV ar kitos šalyse (Frueh et al., 2012; Kazdin, 2008). Tyrimai atskleidžia, kad psichikos sveikatos specialistai, taikydami pagalbos metodus, dažnai nesiremia naujausiomis mokslinėmis žiniomis apie pagalbos būdus ir yra neatitikimas tarp mokslinių laimėjimų ir realios psichologo praktikos. Net ir tie specialistai, kurie pritaria tam, kad praktikoje daugiau reikėtų remtis naujausių tyrimų duomenimis, dažnai veiksmingiausių pagalbos metodų netaiko (Gray et al., 2007).

Yra daug priežasčių, kodėl mokslo laimėjimai lėtai diegiami psichologo praktikoje. Viena jų yra psichologų praktikų neigiamos nuostatos ir pasipriešinimas. Praktikams psichologinių terapijų vadovai, kuriuose aprašytos konkrečios procedūros ir metodai, dažnai sukelia abejonių, ar tai nepakenks terapiniam santykiui su klientu. Neretai manoma, kad universitetų moksliniuose centruose sukurtos psichologinės terapijos konkretiems sutrikimams nelabai atitinka realaus gyvenimo praktiką, kurioje susiduriame su sudėtingomis daugialypėmis problemomis. Specialistai dažnai kritikuoja mokslinių tyrimų rezultatus, manydami, kad jie redukuoja sudėtingus psichikos procesus ir problemų daugialypiškumą į paprastas kiekybiškai išmatuojamas problemas, o to nebūna kasdienėje klinikinėje praktikoje.

Psichoterapeutai, baigę psichoterapijos, pavyzdžiui, egzistencinės ar psichodinaminės, studijas gali skeptiškai žiūrėti į psichotraumatologinių tyrimų rezultatus, kuriais pagrindžiamas į traumą orientuotos trumpalaikių kognityviosios elgesio terapijos metodų ir nujautrinimo akių judesiais ir perdirbimo (EMDR) terapijos veiksmingumas. Nemaža dalis šios kritikos yra pagrįsta. Kai kurių psichoterapijos mokyklų veiksmingumą sunku tyrinėti, nes jų taikymas nėra struktūruotas ir terapijos tikslas nėra pašalinti simptomą ar spręsti problemą, kaip yra kognityviojoje elgesio terapijoje. Kad psichodinaminės, egzistencinės ar kitų potrauminio streso terapijų veiksmingumo tyrimų trūksta, neįrodo, jog remiantis šiomis paradigmomis teikiama psichologinė pagalba traumas patyrusiems asmenims yra neveiksminga.

Sunkumai taikant naujus metodus praktikoje susiję ir su tuo, kad psichologams ir kitiems psichikos sveikatos specialistams būtina nuolat įgyti naujų žinių ir įgūdžių, kurių jie negavo universitetinių arba podiplominių studijų metu. Norėdami kelti kvalifikaciją ir mokytis naujausių psichotraumatologijos pagalbos metodų, specialistai neretai susiduria su sunkumais, nes tai yra nauja sritis ir dar nevyksta sistemingi naujausių metodų mokymai. Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, organizuojami traumų psichologijos seminarai, mokymai, konferencijos, tačiau, norint išmoktus metodus sėkmingai taikyti praktikoje, yra būtinos ir nuolatinės supervizijos, kurios užtikrintų, kad specialistas gali taikyti metodą praktikoje savarankiškai.

* * *

Psichotraumatologijos tyrimuose dalyvauja labai įvairias traumas patyrę asmenys, pavyzdžiui, seksualinio smurto aukos, patyrę traumas vaikystėje, teroro aktų liudininkai, karo veteranai, asmenys, patyrę eismo įvykius, smurtą, žemės drebėjimus ar kitas gamtines katastrofas, ir kt. Tyrimo dalyvių įvairovė leidžia daryti platesnius apibendrinimus apie veiksmingumo studijose taikytų metodų diegimą praktikoje, tačiau reikia pasakyti, kad tyrimuose nelabai atsižvelgiama į individualius skirtumus, su kuriais susiduriama kasdienėje psichologo praktikoje. Mes nemažai žinome apie tai, kokie metodai veiksmingiausi, tačiau iki šiol mokslas negali pasakyti praktikams, kokie metodai konkreitiems asmenims yra tinkamiausi (Cloitre, 2009; Foa et al., 2009). Ir praktikams, ir mokslininkams tyrimų rezultatus reikia vertinti kritiškai, o praktikams tenka patiems prisiimti atsakomybę už sprendimą, kas tinka ir kas bus taikoma konkrečiam klientui. Kita vertus, naujausi tyrimai neginėjamai patvirtina, kad potrauminį sutrikimą turintiems asmenims būtent į traumą orientuota psichologinė pagalba yra veiksmingiausia, todėl psichikos sveikatos specialistai turėtų į tai atsižvelgti dirbdami praktinį darbą.

Išvados

1. Siekiant užtikrinti kokybišką psichologinę pagalbą traumas patyrusiems asmenims, reikia remtis mokslinių tyrimų rezultatais ir plėtoti įrodymais paremtą praktiką.
2. Trauminius įvykius patyrusiems asmenims iš karto po įvykio nerekomenduojama taikyti formalias psichosocialinės intervencijos procedūras, kaip antai

psichologinis susirinkimas (angl. *debriefing*). Po sukrečiančių įvykių svarbu yra užtikrinti išgyvenusiųjų saugumą ir suteikti būtiną medicininę, praktinę, socialinę, teisinę ir kitokią pagalbą. Pirmas keturias savaites rekomenduojama stebėti traumas patyrusius asmenis. Jei potrauminio streso požymiai nėra labai išreikšti, psichologinės pagalbos metodus taikyti nerekomenduojama.

3. Asmenims, kurie turi klinikinio lygio potrauminio streso sutrikimą, veiksmingiausi pagalbos būdai yra trumpalaikė (iki 12 susitikimų) į traumą orientuota kognityvioji elgesio terapija ir nujautrinimo akių judesiais ir perdurbimo (EMDR) terapija. Nerekomenduojama taikyti palaikomąją terapiją ar palaikomąjį konsultavimą asmenims, turintiems potrauminio streso sutrikimą.
4. Psichologinės terapijos turėtų būti siūlomos pirmiau nei medikamentinis gydymas. Psichofarmakologija gali būti

skiriama tuomet, kai nėra galimybės klientui pasiūlyti tinkamų psichologinės pagalbos būdų arba klientams priimtinis medikamentinis gydymas.

5. Esant gretutinių sutrikimų, kai kartu su PTSS yra ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų: a) jeigu asmeniui yra depresija ir PTSS, taikant psichologines terapijas pirmenybė turėtų būti teikiama PTSS terapijai; b) jeigu asmeniui yra PTSS ir priklausomybės sutrikimas, abi problemos turi būti sprendžiamos kartu.
6. Yra mokslinių įrodymų, kad trumpalaikė eklektinė terapija (BEPP), internetu teikiamos pagalbos ar virtualios realybės taikymo metodai gali veiksmingai padėti asmenims, kurie turi potrauminio streso sutrikimą. Ateityje šie metodai gali būti į traumą orientuotos kognityviosios elgesio terapijos ar EMDR terapijos alternatyvos, tačiau reikia papildomų tyrimų, kurie pagrįstų šių metodų veiksmingumą įvairesnėse populiacijose.

LITERATŪRA

American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.). Washington, DC: Author, 1980.

Amstadter A. B., Broman-Fulks J., Zinzow H., Ruggiero K. J., Cercone J. Internet based interventions for traumatic stress-related mental health problems: A review and suggestion for future research // *Clinical Psychology Review*. 2009, vol. 29, p. 410–420.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, Issue 3.

Bisson J., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. Systematic review and meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder // *British Journal of Psychiatry*. 2007, vol. 190, p. 97–104.

Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy

for PTSD // *American Journal of Psychiatry*. 2005, vol., 162, p. 214–217.

Cahill S. P., Rothbaum B. O., Resick P. A., Follette V. M. Cognitive-behavioral therapy for adults // *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.) / Ed. by E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman. New York: Guilford Press, 2009. P. 139–222.

Cloitre M. Effective psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A review and critique // *CNS Spectrums*. 2009, vol. 14 (Suppl. 1), p. 32–43.

Cukor J., Spitalnick J., Difede J., Rizzo A., Rothbaum B. O. Emerging treatments of PTSD // *Clinical Psychology Review*. 2009, vol. 29, p. 715–726.

Darves-Bornoz J. M., Alonso J., de Girolamo G., Graaf R. D., Haro J. M., Kovess-Masfety V., Lepine J. P., Nachbaur G., Negre-Pages L., Vilagut G., Gasquet I. Main traumatic events in Europe: PTSD in

the European study of the epidemiology of mental disorders survey // *Journal of Traumatic Stress*. 2008, vol. 21, p. 455–462.

Domanskaitė-Gota V., Elklit A., Christianesen D. M. Victimization and PTSD in a Lithuanian national youth probability sample // *Nordic Psychology*. 2009, vol. 61, p. 66–81.

Domanskaitė-Gota V., Gailienė D., Kazlauskas E. Life-threatening experiences, posttraumatic stress disorder, and adaptation in Lithuanian men 17 years after military service in Afghanistan // *Psichologija*. Mokslo darbai. 2006, t. 34, p. 57–68.

Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of post-traumatic stress disorder // *Behavioral Research and Therapy*. 2000, vol. 43, p. 319–345.

European federation of psychologists associations (EFPA). Meta-code of ethics (2nd edition). 2005. Prieiga per internetą: <http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes> [žiūrėta 2013 m. sausio 10 d.].

Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J. (Eds.). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International society for traumatic stress studies (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2009.

Follette V. M., Ruzek J. I. (Eds.). Cognitive-behavioral therapies for trauma. (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2006.

Frueh B. C., Ford J. D., Elhai J. D., Grubaugh A. L. Evidence-based practice in adult mental health // *Handbook of evidence based practice in clinical psychology, Volume II: Adult disorders* / Ed. by P. Sturmey, M. Hersen. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, 2012. P. 3–14.

Gray M. J., Elhai J. D., Schmidt L. O. Trauma professionals' attitudes toward and utilization of evidence-based practices // *Behavior Modification*. 2007, vol. 31, p. 732–748.

Gersons B. P. R., Carlier I. V. E., Lamberts R. D., van der Kolk B. A. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with post-traumatic stress disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 2000, vol. 13, p. 333–347.

Kazdin A. E. Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care // *American Psychologist*. 2008, vol. 63, p. 146–159.

Kazlauskas E. Politinių represijų ilgalaikės psichologinės pasekmės. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2006.

Kazlauskas E., Šimėnaitė I., Gailienė D. Subjektyvus trauminio patyrimo ir potrauminio augimo bei

potrauminio streso sutrikimo sąsajos // *Psichologija*. Mokslo darbai. 2007, t. 35, p. 7–18.

Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., Walters E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication // *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, p. 593–602.

Lange A., Rietdijk D., Hudcovicova M., van de Ven J. P., Schrieken B., Emmelkamp P. M. Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003, vol. 71, p. 901–909.

Lindauer R. J., Gersons B. P., van Meijel E. P., Blom K., Carlier I. V., Vrijlandt I., Olf M. Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with post-traumatic stress disorder: Randomized clinical trial // *Journal of Traumatic Stress*. 2005, vol. 18, p. 205–212.

Litz B. T., Engel C. C., Bryant R. A., Papa A. A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder // *American Journal of Psychiatry*. 2007, vol. 164, p. 1676–1683.

Mitchell J. T., Everly G. S. Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: Evolution, effects and outcomes // *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence* / Ed. by B. Raphael, J. Wilson. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000. P. 71–91.

National institute of clinical excellence Clinical guideline 26: Posttraumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London, UK: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/cg26> [žiūrėta 2012 m. gruodžio 15 d.].

Nijdam M. J., Gersons B. P. R., Reitsma J. B., de Jongh A., Olf M. Brief eclectic psychotherapy versus eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: Randomized controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2012, vol. 200, p. 1–8.

Nojavits L. M., Rynkala D., Fack S. E., Bolton E., Muesser K. T., Brady K. T. Treatment of PTSD and comorbid disorders // *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / Ed. by E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman. New York: Guilford Press, 2009. P. 508–535.

Paul L. A., Hassija C. M., Clapp J. D. Technological advances in treatment of trauma: A review of

promising practices // *Behavior Modification*. 2012, vol. 20, p. 1–27.

Riggs D. S., Cahill S. P., Foa E. B. Prolonged exposure treatment of posttraumatic stress disorder // *Cognitive-behavioral Therapies for Trauma*. (2nd ed.) / Ed. by V. M. Follette, J. I. Ruzek. New York: Guilford Press, 2006. P. 65–96.

Roberts N. P., Kitchiner N. J., Kenardy J., Bisson J. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010, Issue 3.

Rose S. C., Bisson J., Churchill R., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002, Issue 2.

Rose S., Bisson J., Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2003, vol. 72, p. 176–184.

Seidler G. H., Wagner F. E. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic

study // *Psychological Medicine*. 2006, vol. 36, p. 1515–1522.

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press, 2001.

Smith M. W., Schnurr P. P., Rosenheck R. A. Employment outcomes and PTSD symptom severity // *Mental Health Services Research*. 2005, vol. 7, p. 89–101.

Tarptautinė ligų klasifikacija. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina, 1997.

Van Emmerik A. A. P., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M., Emmelkamp P. M. G. Single session debriefing after psychological trauma: A meta analysis // *The Lancet*. 2002, vol. 360, p. 766–771.

van Etten M. L., Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1998, vol. 5, p. 126–144.

Wagner B., Maercker A. A 1.5 year follow-up of an internet-based intervention of complicated grief // *Journal of Traumatic Stress*. 2007, vol. 20, p. 625–629.

EFFECTIVE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS IN PSYCHOTRAUMATOLOGY

Evaldas Kazlauskas

S u m m a r y

The present article gives an overview of the psychological treatments of psychological trauma. The article is oriented towards practitioners who want to update their knowledge of the recent developments in psychotraumatology. The research findings, based on meta-analyses and good practice guidelines, are presented and the issues related to the implementation of evidence-based treatments are discussed.

The study has shown that the critical stress incident debriefing developed by J. T. Mitchell in 1983 (or psychological debriefing) is not recommended immediately after trauma. Metaanalysis (Rose et al., 2003; van Emmerik et al., 2002) revealed no positive long-term effects of debriefing immediately after trauma, with indications of negative outcomes in some studies. Practical guidelines of the International Society of Traumatic Stress Studies, as well as other guidelines do not recommend debriefing as a regular procedure for all survivors. Practical, social or legal assistance provided in an empathic way is recommended during the first month after the trauma.

Meta-analytical studies published since 1998 concerning the effectiveness of posttraumatic stress disorder treatments demonstrated the efficacy of trauma-focused cognitive-behavioral therapies (TF-CBT) and eye movement reprocessing and desensitization therapy (EMDR). Evidence from studies on the effects of a brief eclectic psychotherapy for posttraumatic stress disorder (BEPP), developed by B. Gersons, internet-based treatments, and virtual reality are promising, and these treatments in the future are possible effective alternatives for TF-CBT and EMDR in evidence-based practice. Psychological treatments should be the first option for the treatment of PTSD, with medication used only when the appropriate psychological treatments are unavailable or the client prefers medication over psychosocial treatment.

While a number of RCT studies have shown the efficacy of TF-CBT and EMDR treatment for PTSD, there is still a gap between research and everyday clinical practice. From the practitioner's point of view, transfer of manual-based methods from RCT efficacy

studies to daily practice is not easy. Clinicians are facing complicated cases, and comorbid disorders are widely prevalent with PTSD. We must also be aware that with the new treatments developed, training of these methods and particularly the availability of systematic supervisions are not always easily accessible; this slows down the dissemination and implementation

of evidence-based treatments. Clinicians have to take their own responsibility for selecting what is best for a particular client; however, practitioners also need to make decisions based on what science shows to be the most effective treatment.

Key words: psychological trauma, posttraumatic stress disorder, effectiveness of treatment.

Iteikta 2013 01 10