

**Посібник з MDMA-асистованої психотерапії для лікування посттравматичного  
стресового розладу**

Michael C. Mithoefer (Майкл Си Мітхофер), доктор медичних наук

**ПОПЕРЕДНІ ВЕРСІЇ**

Версія 1: 30 травня 2005 р

Версія 2: 24 листопада 2008 р

Версія 3: 23 жовтня 2010 р

Версія 4: 16 січня 2011

Версія 5: 30 листопада 2011 р

Версія 6: 04 січня 2013

Версія 7: 31 березня 2015 р

**ПОТОЧНА ВЕРСІЯ**

**Версія 8.1: 22 травня 2017 р**

**СПОНСОР**

Мультидисциплінарна асоціація психоделічних досліджень (MAPS)

1115 Mission Street

Santa Cruz, CA 95060

**СПОНСОР ДИЗАЙНУ**

Емі Емерсон

Виконавчий директор

MAPS Public Benefit Corporation

**ВИКОРИСТАННЯ ПОСІБНИКА**

Зацікавлені сторони, які бажають скопіювати будь-яку частину цієї публікації, заохочуються зробити це, але просимо вказати посилання на MAPS і вказати нашу адресу:

MAPS

1115 Mission Street

Santa Cruz, CA 95060

Телефон: 831-429-6362

Web: [www.maps.org](http://www.maps.org)

**СПІВРОБІТНИКИ**

Annie Mithoefer, B.S.N., Lisa Jerome, Ph.D., June Ruse, Psy.D., Rick Doblin, Ph.D., Elizabeth Gibson, M.S., Marcela Ot'alora G., L.P.C., Evan Sola, Psy.D. candidate

**ПЕРЕКЛАДАЧІ**

Анастасія Каракулевич

## **Зміст**

### **1.0 Вступ**

- 1.1 МДМА для ПТСР
- 1.2 Терапевтичний підхід
- 1.3 Цілі цього посібника
- 1.4 Елементи терапевтичного методу
- 1.5 Емпатична присутність і слухання, недирективне спілкування та внутрішній зцілювальний інтелект
  - 1.5.1 Подальше обговорення емпатичної присутності та слухання
  - 1.5.2 Подальше обговорення недирективного підходу
  - 1.5.3 Подальше обговорення внутрішнього зцілювального інтелекту
- 1.6 Дотримання терапевтичного підходу

### **2.0 Фундамент для терапевта**

- 2.1 Основні знання терапевта
- 2.2 Спеціалізовані навички терапевта

### **3.0 Підтримка процесу учасника**

- 3.1 Підготовка фізичного сетінгу
  - 3.1.1 Подальше обговорення типу та розміщення меблів
- 3.2 Підготовка соціальної підтримки
- 3.3 Планування терапевтичного використання музики
- 3.4 Підтримка соматичних проявів травми
- 3.5 Використання дихання
- 3.6 Підтримка трансперсонального досвіду
- 3.7 Підтримка множинності

### **4.0 Проведення підготовчих сесій**

- 4.1 Передумови та протипоказання
- 4.2 Зобов'язання, необхідні від терапевтів та учасника
- 4.3 Створення терапевтичного альянсу
- 4.4 Збір інформації
- 4.5 Застосування заходів, пов'язаних з вживанням
- 4.6 Підготовчі заняття після завершення скринінгу
- 4.7 Підготовка безпосередньо перед експериментальним сеансом із застосуванням МДМА

### **5.0 Проведення сеансів МДМА-асистованої психотерапії**

- 5.1 Роль терапевта під час МДМА-асистованої психотерапії
- 5.2 Початок МДМА-асистованої психотерапії
- 5.3 Період пікового ефекту МДМА
- 5.4 Подальша частина сеансу МДМА-асистованої психотерапії
- 5.5 Завершення сеансу МДМА-асистованої психотерапії
- 5.6 Подальші експериментальні сеанси МДМА-асистованої психотерапії

### **6.0 Проведення інтегративних подальших сеансів**

- 6.1 Роль терапевта під час інтегративних подальших сеансів

- 6.2 Інтегративні подальші сеанси
- 6.3 Зосереджена робота з тілом під час інтеграції
- 6.4 Поточна інтеграція
- 6.5 Зустріч під час довгострокового подальшого сеансу

## **7.0 Самопідкування для терапевта**

### **8.0 Посилання**

## **9.0 Додаток А: Порівняння терапевтичних підходів до лікування посттравматичних стресових розладів**

- 9.1 Порівняння внутрішньосімейної системної терапії (IFS) і МДМА-асистованої психотерапії
- 9.2 Порівняння соматичної обробки та МДМА-асистованої психотерапії

## **10.0 Додаток В: Рекомендований список для читання**

### **11.0 Додаток С: Порівняння терапевтичних методів лікування ПТСР**

- 11.1 Порівняння терапевтичних підходів до ПТСР
- 11.2 Стаття з обговоренням елементів МДМА-асистованої психотерапії та інших методів

Елемент 1: Створення безпечної та сприятливої терапевтичної обстановки та сприятливого до зцілення мислення

Елемент 2: Тренінг з управління тривожністю (АМТ) / Тренінг з подолання стресу (SIT)

Елемент 3: Експозиційна терапія

Елемент 4: Когнітивна реструктуризація

Елемент 5: Перенесення та контрперенесення

Елемент 6: Робота з множинністю психіки

Елемент 7: Соматичні прояви травми

## **1.0 Вступ**

Багатопрофільна асоціація психоделічних досліджень (The Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, надалі - MAPS) спонсорує клінічні випробування вивчення потенційних ризиків та переваг 3,4-метилендіоксиметамфетамін (МДМА)-асистованої психотерапії в учасників, що мають хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей посібник надає дослідникам метод МДМА-асистованої психотерапії, який можна використовувати як модель проведення цих випробувань і призначений лише для використання з суб'єктами затвердженого клінічного випробування, які надали свою інформовану згоду. Посібник призначений для дослідників, які вже мають підготовку, компетентність та атестацію як психотерапевти, і тих, хто відповідає за знання і працює у межах власної компетенції та нормативних вимог свого місцезнаходження.

### **1.1 Застосування МДМА при ПТСР**

ПТСР є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка спричиняє значні страждання та суттєво впливає на витрати на охорону здоров'я [1]. Складний біопсихосоціальний стан, ПТСР характеризується поєднанням трьох типів симптомів:

1. Симптоми гіперзбудження, такі як підвищена пильність, тривожність і порушення сну
2. Нав'язливе повторне переживання травматичного досвіду, наприклад, нав'язливі спогади, нічні кошмари або флешбеки
3. Симптоми уникнення, включаючи емоційне оніміння та усунення

ПТСР - це розлад, щодо якого все ще залишається багато запитань, пов'язаних з психологічним та фармакологічним втручанням, і для лікування якого на сьогоднішній день існує лише два схожих за дією препарати, схвалені Управлінням з продовольства та медикаментів (Food and Drug Administration, FDA) [2]. Переважним фармакологічним підходом до лікування ПТСР є пошук препаратів, які намагаються безпосередньо зменшити симптоми та/або зменшити несприятливий вплив травми та хронічного стресу на мозок. Найбільш широко визнаними методами психотерапії ПТСР є пролонгована експозиція, когнітивна переробка, десенсибілізація та репроцесинг за допомогою рухів очей (EMDR), а також психодинамічна психотерапія [1]. Існує низка інших підходів, які використовуються в клінічній практиці та/або дослідницьких випробуваннях. До них належать внутрішньосімейна системна терапія (IFS) [3], сенсомоторна психотерапія [4], соматичний досвід [5], віртуальна реальність [6,7] та інші. Більшість з цих методів лікування вимагають впливу на пов'язані з травмою сигнали, спогади або думки.

Інший підхід, такий як психотерапія за допомогою МДМА, що вивчається в цих клінічних дослідженнях, передбачає розробку препаратів, які каталізують терапевтичний процес при застосуванні в поєднанні з психотерапією. У цьому методі лікування біологічні та психотерапевтичні підходи застосовуються синергічно, щоб полегшити переробку травми, тим самим зменшуючи або послаблюючи хронічну гіперзбудливість і стресові реакції на тригери, а не намагаючись безпосередньо придушити симптоми, що виникають в результаті цих реакцій.

ПТСР передбачає дефіцит згасання зумовленого страху. Як наслідок, комбіноване лікування МДМА та психотерапією може бути особливо корисним для лікування ПТСР, оскільки МДМА може послабити реакцію страху та зменшити захисні реакції, не блокуючи доступ до спогадів і не перешкоджаючи глибокому та справжньому переживанню емоцій [8].

Хоча конкретні механізми, що беруть участь у цьому процесі, до кінця не вивчені, відомо, що МДМА значно знижує активність лівої амігдала [9, 10]. Дослідження на здорових добровольцях припускають, що МДМА змінює розпізнавання та реакцію на вираження емоцій на обличчі таким чином, що сприяє кращому взаєморозумінню [11, 12], наприклад, полегшує розпізнавання виразу обличчя з позитивними емоціями та ускладнює виявлення негативних емоцій. Ця дія сумісна з описаними ефектами МДМА, такими як зменшення

страху або захисної реакції, і контрастує зі стимуляцією мигдалини, що спостерігається на тваринних моделях зумовленого страху, стану, схожого на ПТСР [13, 14]. Сучасні дослідження МДМА-асистованої психотерапії припускають, що це зниження викликаного стресом активації мигдалини може бути посилене взаємодією з терапевтами під час та після досвіду вживання МДМА.

## 1.2 Терапевтичний підхід

Фундамент цього терапевтичного підходу заклали Стен і Крістіна Гроф, Лео Зефф, Джордж Грір і Река Толберт, Ральф Мецнер та багато інших [8, 15-18]. Основна передумова цього підходу до лікування полягає в тому, що терапевтичний ефект зумовлений не просто фізіологічною дією ліків, а, скоріше, є результатом взаємодії між впливом препарату, терапевтичною обстановкою та мисленням учасника і терапевтів. МДМА викликає відчуття, яке, як видається, тимчасово зменшує страх [15], збільшує спектр позитивних емоцій по відношенню до себе та інших, а також підвищує міжособистісну довіру, не затуманюючи при цьому сенсорику та не перешкоджаючи доступу до емоцій. МДМА може каталізувати терапевтичну обробку, дозволяючи учасникам залишатися емоційно залученими під час перегляду травматичного досвіду, не піддаючись тривозі або іншим болючим емоціям. Часто учасники можуть переживати і висловлювати страх, гнів і горе в рамках терапевтичного процесу з меншою ймовірністю того, що вони будуть переповнені цими емоціями або уникатимуть їх за допомогою дисоціації або емоційного оніміння. Крім того, МДМА може сприяти підвищеному стану емпатичного взаєморозуміння, що полегшує терапевтичний процес [19] і дозволяє отримати корекційний досвід безпечної прив'язаності та співпраці з терапевтом. У певний момент під час проходження досвіду з МДМА часто виникають почуття емпатії, любові та глибокої вдячності, що супроводжуються більш чітким баченням травми як минулої події та підвищеним усвідомленням підтримки та безпеки, які існують у теперішньому часі. Учасники досліджень зазначають, що можливість успішно переживати болючі емоції під час психотерапії з використанням МДМА дала їм шаблон для відчуття та вираження болю, що змінило їхнє ставлення до своїх емоцій.

МДМА також може забезпечити доступ до значущих духовних переживань та інших трансперсональних переживань, зняття напруги в тілі та відчуття зцілення на невербальному рівні, які не до кінця зрозумілі, але вважаються важливими для багатьох учасників.

Успішне використання МДМА в терапії залежить від "чутливості та таланту терапевта, який його застосовує" [20]. Терапевти працюють з учасником, щоб створити відчуття безпеки, довіри та відкритості, а також підкреслити цінність довіри до мудрості учасника та його здатності зцілювати рани від травми. Грір і Толберт припускають, що "відносини повинні бути орієнтовані на загальне зцілення клієнта, який має відчувати себе досить безпечно в присутності терапевта, щоб повністю відкритися для нового і складного досвіду" [15]. Створення цих умов вимагає від терапевтів ретельного визначення параметрів лікування та підготовки учасника перед кожним сеансом з МДМА, а також надання відповідної підтримки після сеансу для успішної інтеграції отриманого досвіду.

### 1.3 Цілі цього посібника

Цей посібник надає дослідникам переважно недирижуваний метод MDMA-асистованої психотерапії, який можна використовувати при проведенні наукового дослідження (див. протокол дослідження) з метою розробки та апробації експериментальної форми психотерапії за допомогою медикаментозних препаратів. У цьому посібнику терапевти також називаються "дослідниками", а люди, які беруть участь в експериментальних психотерапевтичних сесіях, називаються "учасниками" або "суб'єктами", а не "пацієнтами". У цьому посібнику цитати учасників дослідження надруковані курсивом. Цей посібник призначений для використання разом із затвердженим протоколом дослідження - окремим документом, що описує дизайн дослідження. Зазвичай план дослідження включає кілька експериментальних сесій із супутніми підготовчими сесіями та інтегративними сесіями, а також підготовчими сесіями. Немедикаментозні сеанси тривають від 60 до 90 хвилин, а сеанси терапії за допомогою MDMA - від 6 до 8 годин взаємодії з командою з двох спів-терапевтів, як правило, жінки та чоловіка.

Конкретними цілями цього посібника є

- Окреслити основні елементи методу MDMA-асистованої психотерапії, що використовується в дослідженнях з лікування ПТСР, спонсорованих MAPS.
- Навчити терапевтів фазам та крокам, пов'язаним з проведенням MDMA-асистованої психотерапії для лікування ПТСР.

Цей посібник має бути використаний як основа для проведення контрольованих клінічних досліджень, необхідних для стандартизації та валідації MDMA-асистованої психотерапії як підходу до лікування ПТСР. За задумом, терапія:

- Включає основні елементи, описані в цьому посібнику, а також заходи щодо дотримання режиму лікування.
- Уникає взаємодій, які заборонені цим посібником та заходами щодо дотримання режиму лікування.
- Дозволяє окремим командам терапевтів включати терапевтичні втручання на основі власної підготовки, досвіду, інтуїції та клінічного судження, за умови, що ці втручання сумісні з суттю методу та відповідають досвіду учасника, який розгортається в процесі терапії.

### 1.4 Елементи терапевтичного методу

Елементи цього терапевтичного методу ґрунтуються на досвіді та підготовці терапевтів, а також включають специфічні концепції, які будуть використовуватися всіма терапевтичними командами. Цей підхід має на меті встановити стандартизований підхід до лікування і водночас надати творчу свободу окремим командам терапевтів для застосування їхньої власної інтуїції та підготовки. Нижче наведено основні елементи та важливі концепції, які будуть обговорюватися в цьому посібнику:

1. **Безпека та благополуччя** учасника завжди є пріоритетними перед будь-якими науковими цілями дослідження.
2. Необхідний кваліфікований терапевт з відповідною **підготовкою та досвідом**, що має відношення до методів, описаних у цьому посібнику.
3. Важливим є забезпечення адекватної **підготовки учасника та його орієнтації** на терапію.
4. Важливим є створення відповідного **сету, сетингу та системи підтримки** під час МДМА-асистованих сеансів та подальших сеансів.
5. Важливим є розвиток **терапевтичного альянсу та довіри** протягом терапії.
6. **Недирективний підхід до терапії**, заснований на **емпатичному взаєморозумінні та емпатичній присутності**, повинен використовуватися для підтримки власного досвіду учасника, що розгортається, та його власного процесу зцілення. Недирективний підхід акцентований на запрошенні, а не вказівках.
7. Важливо заохочувати учасника довіряти своєму **внутрішньому зцілювальному інтелекту**, який є вродженою здатністю людини загоювати рани від травми. Важливо підкреслити той факт, що учасник є джерелом власного зцілення. МДМА та терапевти можуть полегшити доступ до глибокого процесу зцілення, але вони не є джерелом цього процесу.
8. **Втручання** у формі керівництва або перенаправлення, коли це доречно, може бути використано для полегшення процесу зцілення учасника. Терапевти повинні дотримуватися балансу між своїми обов'язками фасилітатора і ненав'язливого емпатичного свідка.
9. Терапія повинна сприяти **опрацюванню травми**, а не уникненню травматичних спогадів; однак це слід робити з повагою до захисних механізмів, які в різних моделях терапії називають "опором", "обороною", "захисном" тощо. Терапевти повинні сприяти усвідомленню та цікавості до будь-якого очевидного опору, що виникає, а не просто намагатися його подолати.
10. Терапевти прагнуть **максимізувати переваги внутрішнього досвіду, каталізованого МДМА**, водночас **гарантуючи, що учасник перебуває в безпеці і не буде ретравмований** внутрішніми конфліктами, які можуть виникнути.
11. Повинні бути доступні терапевтичні техніки для **подолання соматичних проявів травми**, що виникають. Вони можуть включати один або декілька підходів, таких як турботливий дотик, цілеспрямована робота з тілом, дихальні техніки або інші підходи до соматосенсорної обробки.
12. Важливо включати різні інструменти, такі як музика, цілеспрямована робота з тілом, дихання та інші техніки в терапевтичному середовищі, щоб **викликати і**

**підтримувати емоційний досвід**, уникаючи при цьому відволікання від переживань учасника.

13. **Інтеграція** розглядається як **важливий і безперервний процес**, оскільки внутрішні переживання, каталізатором яких є сеанси з використанням МДМА, продовжують розгортатися. Подальший контакт з терапевтами по телефону та під час запланованих інтеграційних візитів є необхідним для підтримки успішної інтеграції. Під час цих візитів терапевти прагнуть вирішити будь-які труднощі, які можуть виникнути після сеансів з використанням МДМА, і закріпити отримані в неординарному стані свідомості уроки, щоб їх можна було інтегрувати в повсякденне життя.
14. Терапія вимагає **глибокого розуміння природи ефектів МДМА та нелінійного способу**, в який вони можуть призвести до зцілення.

## **1.5 Емпатична присутність і слухання, недирективне спілкування та внутрішній зцілювальний інтелект**

### **1.5.1 Подальше обговорення емпатичної присутності та слухання**

Цей посібник описує загальний підхід до забезпечення оптимального сету та сетингу для МДМА-асистованої психотерапії. Очікується, що в рамках цього підходу терапевти спиратимуться на власну підготовку та досвід роботи в різних моделях психотерапії, щоб допомогти зрозуміти та реагувати на процес, який відбувається з учасником. У Додатку Б наведено статтю, в якій розглядаються сфери перетину між нашим методом МДМА-асистованої психотерапії та елементами інших методів терапії. Усвідомлення цих сфер перетину може допомогти терапевтам краще зрозуміти різні елементи сесій з використанням МДМА, а також зорієнтувати їх у прийнятті рішень щодо власної взаємодії з учасниками дослідження. Однак, як зазначено в перших параграфах статті в Додатку Б, розуміння, отримане в результаті застосування теоретичних моделей, що лежать в основі різних методів психотерапії, має бути збалансоване з важливістю того, щоб терапевти зберігали "погляд початківця", як вони заохочують до цього учасників. Ми вважаємо, що для терапевтів є два особливих аспекти "погляду початківця", які є важливими:

1. "Погляд початківця" щодо того, яким буде процес, який відбуватиметься з учасниками
2. "Думка новачка" про власний спосіб розуміння або інтерпретації процесу учасників

Останнє важливо для уникнення можливої пастки: терапевт відчуває потребу вписати досвід учасника у власні теоретичні рамки, що може обмежити його здатність підтримувати процес, що розгортається, з відкритістю, співчуттям і цікавістю. Стен Гроф лаконічно висловив це, відповідаючи на запитання під час сесії трансперсонального тренінгу Грофа:

Студент запитав його, який підхід він би використав до когось, хто, як йому здавалося, маніпулює замість того, щоб пережити справжній спонтанний процес. Це питання могло б викликати довгу і ерудовану дискусію про психодинаміку (на



яку Стен, безумовно, був здатний після багатьох років психоаналітичного навчання на початку своєї кар'єри), але Стен відповів таким твердженням: "У цій ситуації я вважаю за краще вірити, що відбувається щось, чого я не розумію" [21].

Слухання з емпатичною присутністю означає, що терапевт забезпечує неупереджене середовище, яке дозволяє учаснику говорити відкрито і чесно. Це вимагає, щоб терапевт слухав не тільки слова, але й глибші значення, визнаючи страждання учасника і підтверджуючи його почуття. Емпатична присутність також передбачає цінування і навіть радість досягненням учасника та передачу цієї вдячності. Емпатична присутність зменшує відчуття покинутості та ізоляції.

Емпатичні слухачі розслаблені, але зацікавлені, ставлять запитання і досліджують, не втручаючись. Слухач підтримує належний зоровий контакт і пропонує заспокійливі, доречні дотики, якщо це культурно прийнятно і погоджено учасниками. Емпатичні слухачі не соромляться визнати, що не мають відповідей.

Важливі компоненти емпатичного слухання та активного слухання:

- Мінімальне заохочення, вербальне і невербальне:
- Запрошення, а не вказівки
- Перефразування
- Відображення / міркування
- Емоційне маркування
- Валідація
- Заспокоєння та очікування
- Дозвіл учасникам самим робити висновки

Недирективне спілкування також використовує емпатійну присутність, використовуючи запрошення, а не вказівку. Наприклад:

- "Ми заохочуємо вас до ..."
- "Це може бути гарний час для ..."
- Використання герундія: замість "дихайте", скажіть "використовуйте дихання", тому що це скоріше пропонує, ніж вказує
- Віддзеркалення до учасника того, що він говорить, щоб продовжити розмову, не будучи директивним.

### **1.5.2 Подальше обговорення недирективного підходу**

Опис цього підходу до терапії як "недирективного" може призвести до певної плутанини, оскільки загальний підхід включає деякі випадки більш директивного спілкування з боку терапевтів. Суть того, що маєтсья на увазі під "недирективним", полягає у виборі часу для втручань. Це не є заборонаю на більш активне залучення за відповідних обставин. Насправді, бувають випадки, коли нездатність запропонувати делікатне керівництво буде проблематичною, так само як і надмірна директивність.

Важливим є темп сесії, що дозволяє учаснику спонтанно розгортати власний процес. Перед тим, як давати вказівки, терапевт повинен дати достатньо часу для цього розгортання. Наприклад, якщо учасник відчуває, що він застряг, початковий підхід повинен полягати в тому, щоб заохотити його пережити і висловити це почуття якомога повніше, вірячи, що його внутрішній зцілювальний інтелект спрямує його реакцію.

Так само, якщо учасник уникає важливої теми, терапевти повинні занотувати це, але не повинні негайно втручатися, даючи час для того, щоб учасник сам визнав і вирішив проблему уникнення, що, ймовірно, матиме сильніший вплив, якщо це буде йти від нього самого, а не у вигляді спостереження з боку терапевтів.

Пізніше в ході сесії, якщо відчуття застрягання, уникнення або інші важливі невирішені аспекти процесу зберігаються, терапевтам може бути корисно запропонувати керівництво, за умови, що це буде зроблено в душі спільного пошуку і запрошення, зрештою, залишаючи рішення про те, чи слідувати учаснику за пропозиціями, чи ні. Пропонування керівництва в певні моменти в контексті сесії, коли терапевти поважають вибір учасника і дозволяють і заохочують внутрішній зцілювальний інтелект учасника взяти на себе загальне керівництво, цілком сумісне з визначенням недирективного підходу.

Якщо збудження учасника наростає, можливо, з'являються елементи вербальної агресії, і він починає відчувати себе нестриманим або небезпечним, терапевтам може знадобитися затвердити свою присутність, щоб створити відчуття безпеки і закликати до внутрішнього/вертикального руху, а не до дій назовні. Однак, як правило, терапевти повинні певний час терпіти такі сильні емоції, щоб дати можливість досвіду учасника розгортатися, залишаючись при цьому вдумливими щодо того, як це пов'язано з їхнім процесом і загальною безпекою.

Недирективність розглядається як загальне відчуття дозволу, поблажливості та сприйнятливості, так що фокус руху або терапевтичної дії йде зсередини учасника, а не від терапевтів. Терапевти мають стати допитливими, ставити запитання або спонукати до усвідомлення внутрішнього процесу. Учасників не стільки "спрямовують" всередину, скільки запрошують туди, заохочуючи за допомогою м'яких пропозицій від терапевтів: "Зараз, можливо, настав час для...". Має бути відчуття, що терапевт готовий відмовитися від власної програми, якщо зсередини учасника виникає інший імпульс.

### **1.5.3 Подальше обговорення внутрішнього зцілювального інтелекту**

"Внутрішній зцілювальний інтелект" - це поняття, яке використовується в цьому посібнику для того, щоб допомогти учасникам відчути свою вроджену здатність до зцілення і зростання. Наступні аналогії можуть бути корисними для пояснення цієї концепції:

- Тіло знає, як зцілювати себе. Якщо хтось звертається до відділення швидкої допомоги з раною, лікар може усунути перешкоди для загоєння (наприклад, видалити сторонні тіла, інфекцію тощо) і може допомогти створити сприятливі умови для загоєння (наприклад, зшити краї рани), але лікар не керує і не спричиняє загоєння, яке настає в результаті. Тіло ініціює надзвичайно складний і витончений

процес загоєння і завжди спонтанно намагається рухатися в напрямку зцілення. Психіка також виявляє вроджений інтелект і здатність до зцілення.

- Насіння хоче стати рослиною; це природний шлях.
- Дерево завжди росте до сонця; це природний схильність дерева.

## 1.6 Дотримання терапевтичного підходу

Дотримання основних елементів Посібника з лікування буде оцінюватися шляхом незалежного перегляду відеозаписів сесій відповідно до критеріїв дотримання.

Не очікується, що терапевти матимуть повну або навіть майже повну прихильність. Спроба досягти дуже високого дотримання заради самого дотримання може зашкодити ефективності терапії, відволікаючи терапевтів або пригнічуючи їхню інтуїцію та творчість. Однак очікується, що терапевтичні команди досягнуть принаймні помірно високого рівня дотримання, щоб гарантувати, що терапія на різних майданчиках відповідає основним принципам підходу, описаного в Посібнику з лікування.

Оцінювачі дотримання навчаються оцінювати дотримання недирективного підходу наступним чином:

- Оцінки ґрунтуються на якісному оцінюванні відчуття потоку або свободи.
- Повинно бути відчуття ритмічності всієї сесії, яку веде учасник, при цьому терапевти повинні постійно давати можливість учасникам висловлюватися з різних питань.
- Терапевти повинні давати учасникам можливість помовчати і почекати з втручаннями, спокійно цікавлячись будь-якою тривогою, висловленою учасником.
- Терапевти повинні бачити, чи готовий учасник до того, що його тривога буде досліджуватися, не припускаючи, що він знає, звідки вона походить.
- Терапевти повинні вірити, що будь-який страх, спогади і т.д., які продовжують з'являтися, роблять це для того, щоб бути зціленими, щоб бути краще зрозумілими, і що психіка учасника / внутрішній цілитель знає, коли найкращий час для цього. Саме цей процес передачі своїх функцій собі/внутрішньому цілителю може бути тим методом терапевтичної дії, який так важко здійснити без допомоги МДМА.

Фахівці з оцінки дотримання шукають потенціал для розкриття учасника, і часто йдеться про відчуття простору, без того, щоб стати відстороненим або не реагувати, не думати, відволікатися, дисоціюватися, що часто проектується захисною системою на терапевта.

## 2.0 Фундамент для терапевта

Терапевти пройдуть спеціальну підготовку з методу МДМА-асистованої терапії, затвердженого протоколу дослідження та останньої версії Брошури для дослідників, щоб взяти участь у клінічних випробуваннях в якості дослідників. Навчання методу терапії складається з читання Посібника з лікування, проходження навчального модуля онлайн та участі в очній навчальній програмі, яка включає перегляд та обговорення відеозаписів дослідницьких сесій. Навчання може також включати додаткові компоненти, такі як

спостереження за сеансом, рольові ігри, відвідування додаткових тренінгів, що проводяться MAPS, і відвідування відповідних зовнішніх тренінгів, таких як холотропне дихання [22]. На додаток до цієї спеціальної підготовки, від терапевтів-учасників вимагається, щоб вони мали відповідну підготовку, освіту та досвід роботи в якості терапевтів. Важливим елементом цієї підготовки є досвід терапії ПТСР, який, ймовірно, включатиме такі широко визнані методи, як пролонгована експозиція (Prolonged Exposure, PE), когнітивна обробка (КПТ), десенсибілізація та репроцесинг за допомогою рухів очей (EMDR) та психодинамічна психотерапія. Крім того, існують інші, менш визнані підходи, які пропонують цінний досвід для дослідників МДМА. До них відносяться: внутрішньо сімейна системна терапія (ВСТ), голосовий діалог, психосинтез, хакомі, сенсомоторна терапія, холотропне дихання, юнгіанська психологія, буддистська психологія та віртуальна реальність. Елементи кожного з цих психотерапевтичних підходів можуть спонтанно виникати в МДМА-асистованій терапії.

## 2.1 Необхідна підготовка терапевта

Терапевти повинні мати клієнтоцентричну орієнтацію та виконати достатню внутрішню роботу, щоб їм було комфортно слідувати та підтримувати будь-який перебіг емоційного процесу учасника, а не намагатися нав'язати йому заздалегідь визначений перебіг або результат. Цей відносно недирективний підхід може вимагати складної адаптації для деяких терапевтів, які мають підготовку та досвід роботи з іншими методами. Для будь-якого терапевта, який застосовує цей підхід, постійним викликом є вміле дотримання балансу між тим, щоб дозволити процесу учасника йти своїм унікальним шляхом, і тим, щоб пропонувати вказівки або скеровування, коли це доречно. Додатково до цього виклику, терапевти повинні підтримувати високий рівень емпатійної присутності протягом усієї терапевтичної сесії. Така емпатична присутність допомагає учасникові залишатися у його внутрішньому процесі, коли це важливо, а також підвищує здатність терапевта адекватно реагувати на невербальну поведінку учасника, вести з ним діалог, коли це необхідно, і пропонувати турботливий дотик або інші методи підтримки, коли це зазначається. Необхідно, щоб принаймні один терапевт у команді був готовий навчити методу зняття стресу, наприклад, діафрагмальному диханню, і добре знав методику подолання соматичних проявів.

Культурна компетентність:

Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США опублікувало Національні стандарти культурно і лінгвістично адекватних послуг (CLAS) у сфері охорони здоров'я і медичного обслуговування (<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov>), в яких підкреслюються виклики і важливість надання культурно адекватної допомоги кожній людині. Той факт, що МДМА є сильнодіючим психоактивним засобом і має історію незаконного рекреаційного вживання, може створити додаткові труднощі для терапевтів, які лікують людей, що належать до культури, відмінної від їхньої власної. Тому терапевтам, які використовують цей посібник, настійно рекомендується пройти навчання та постійну супервізію для підтримки культурного взаєморозуміння та ефективної і чутливої комунікації з учасниками з різних культур. Також важливо, щоб дослідники та дослідницькі терапевти були обізнані з

питаннями, пов'язаними з ґендерною ідентичністю, і були чутливими до них, а дослідження було інклюзивним і включало учасників з різною ґендерною ідентичністю.

## 2.2 Навички спеціалізованого терапевта

Навчальна програма MAPS розроблена таким чином, щоб навчити компетентності у застосуванні основних елементів цього методу МДМА-асистованої психотерапії. Інші інструменти, які використовує кожен терапевт, щоб допомогти учасникам подолати емоційні блоки, соматичні прояви травми та інтегрувати досвід застосування МДМА, визначаються набором навичок, які вже є у терапевта. Деякі з тренінгів для терапевтів, які виявилися корисними, наведені нижче:

- Тренінг з холотропного дихання є чудовою підготовкою для терапевтів, оскільки надає досвід роботи з неординарними станами свідомості (в даному випадку, викликаними диханням, музикою, мисленням і сетингом), а також навчає картографії неординарних станів, використанню музики для підтримки неординарних станів та етичному і безпечному використанню сфокусованої роботи з тілом і плекаючого дотику [22]. У цьому посібнику термін "цілеспрямована робота з тілом" використовується для позначення дотику у формі надання опору, на який учасник може тиснути. "Дотик" буде використовуватися як більш широкий термін, що включає в себе як "сфокусовану роботу з тілом", так і "плекаючий дотик".
- Терапевти можуть отримати користь від навчання та досвіду у внутрішньосімейній системній терапії (IFS) або в інших моделях (наприклад, голосовий діалог або психосинтез), які визнають і враховують множинність психіки [3, 23-25]. Навчання цим методам дає розуміння того, що множинність за відсутності дисоціації високого ступеня є нормальним явищем. Цей підхід застосовується тому, що множинність часто стає більш очевидною під час МДМА-асистованої психотерапії. Під час і після сеансів із застосуванням МДМА учасник може мати підвищене усвідомлення різних частин своєї психіки, і дуже важливо, щоб терапевти не патологізували такі переживання.
- Терапевти також можуть отримати користь від навчання або досвіду в сенсомоторній психотерапії або інших техніках, що визнають психологічний вплив на сенсомоторному рівні. Через "зв'язок психологічних симптомів і фізіологічних станів" [26] учасника можна заохотити до роботи зі своїм тілом для опрацювання травми. Інші форми навчання або підготовки, які включають усвідомлене використання дотиків, соматично-орієнтовану терапію та фокусовану роботу з тілом, можуть стати важливими терапевтичними інструментами, сумісними з цим методом лікування і сприяти руху енергії та зняттю тілесної напруги.
- Навчання або підготовка з Хакомі та інших підходів, заснованих на усвідомленості, які зосереджуються на досвіді теперішнього моменту, може бути застосована до цього методу лікування. Практикуючі Хакомі розглядають людей як самоорганізовані системи, які психологічно організовані навколо основних спогадів, переконань та образів [27]. Працюючи з базовим матеріалом і змінюючи базові переконання, люди можуть трансформувати свій спосіб буття у світі.

Хоча цей опис досвіду терапевтів не є обов'язковим чи ексклюзивним, бажано мати певний досвід роботи з цими або подібними методами лікування травми. Суто поведінкові або когнітивно-поведінкові підходи, хоча і можуть бути застосовані до певної міри, в контексті МДМА-фасілітованої психотерапії, швидше за все, будуть обмежувальними, якщо вони не збалансовані іншими підходами або застосовуються в надмірно директивний спосіб.

### **3.0 Підтримка процесу учасника**

Перед початком терапії слід звернути увагу на важливі моменти, пов'язані із забезпеченням сету та сетингу, необхідних для підтримки терапевтичного процесу учасника. Ці міркування включають: підготовку фізичного оточення, оцінку мережі соціальної підтримки учасника, підготовку музичної програми і підготовку команди ко-терапевтів, які зможуть ефективно працювати разом. Протягом усього терапевтичного процесу терапевти повинні продовжувати створювати і підтримувати атмосферу безпеки і підтримки, а також спілкуватися.

### **3.1 Підготовка фізичного оточення**

Створення безпечного та терапевтичного фізичного оточення та настрою для учасника вимагає від терапевтів активної участі у створенні середовища, яке сприятиме терапевтичному досвіду з МДМА та дозволить учаснику повністю зосередитися на своєму внутрішньому досвіді.

Фізична обстановка повинна бути:

- Приватною, без перешкод.
- Тихою, з мінімальними зовнішніми подразниками.
- Зручною, з футоном або подібними меблями, які стоять на підлозі, щоб учасник міг лягти або сісти, використовуючи підтримку подушками. Повинні бути ковдри та хороший контроль температури в приміщенні. З обох боків від учасника має бути місце для розміщення двох зручних стільців для ко-терапевтів (див. Розділ 3.1.1 "Подальше обговорення типу та розміщення меблів").
- Естетично приваблива, зі свіжими квітами та творами мистецтва. Слід уникати зображень із сильними негативними або тривожними конотаціями. Наскільки це можливо, обстановка повинна бути більше схожа на комфортно мебльовану вітальню, ніж на медичну установу. Однак учасник повинен знати про всі заходи безпеки та обладнання на місці, щоб відреагувати на малоймовірну можливість медичних ускладнень.
- Добре мебльована, зі спальними місцями для розміщення учасника, обраної близької людини, за бажанням, та супроводжуючого в окремій кімнаті. Має бути доступне місце для прийому їжі, а також якісна, легкозасвоювана їжа, що відповідає дієтичним уподобанням учасника. Вподобання учасника щодо їжі та видів гідратаційних напоїв слід обговорити з ним заздалегідь. Перекус, наприклад, фрукти та/або сир і крекери, рекомендується ближче до вечора. Навіть якщо

учасники не відчувають голоду через дію МДМА, корисно заохотити їх перекусити, оскільки на їхній настрій та рівень енергії в кінці дня може негативно вплинути голодування з опівночі.

- Обладнана художніми матеріалами, які можуть надати можливість для невербального самовираження, що може полегшити подальше розгортання та інтеграцію досвіду наприкінці дня.
- Обладнана стереосистемою, відеозаписуючим обладнанням та необхідним медичним обладнанням.
- Обладнана замкненою зоною для зберігання протокольних матеріалів та записів.
- Обладнана сейфом, затвердженим DEA, для зберігання досліджуваного продукту.

Забезпечення фізичної безпеки включає надання доступу до лікування можливих реакцій на терапію під час або відразу після кожного сеансу лікування. Більшість реакцій можна усунути за допомогою підтримуючої терапії, але деякі, наприклад, серцево-судинні ускладнення, можуть потребувати додаткового втручання. Хоча під час дослідницьких сесій з використанням МДМА не було жодних надзвичайних ситуацій, що потребували медичного втручання, в одного учасника після сеансу з використанням МДМА почастішали передчасні шлуночкові скорочення, і він потребував нічного моніторингу в лікарні як запобіжний захід. Психотерапія за допомогою МДМА повинна проводитися в умовах, коли базова підтримка життєдіяльності серця (BCLS) є негайно доступною, а розширена підтримка життєдіяльності серця (ACLS) може бути викликана досить швидко в малоймовірному випадку гострої медичної проблеми. Клініка або офіс повинні мати засоби для швидкої оцінки кров'яного тиску і частоти серцевих скорочень під час сеансу психотерапії за допомогою МДМА.

Надаючи напої, терапевти повинні забезпечити достатнє споживання рідини, а також переконатися, що учасники не вживають більше 3 л протягом сеансу МДМА. Терапевти також можуть запропонувати електролітовмісні напої (наприклад, газовану воду) або соки замість води, щоб зменшити ризик гіпонатріємії.

Під час сеансу МДМА терапевти повинні забезпечити фізичну безпеку учасника, попросивши його сісти на край футона перед тим, як піднятися, а також захистити його від падіння, коли він стоїть або ходить.

### **3.1.1 Подальше обговорення типу та розміщення меблів**

У клінічних дослідженнях, що фінансуються MAPS, використовувалися два різні варіанти розміщення учасників, і терапевти можуть використовувати будь-який з них. Далі пояснюються деякі плюси та мінуси кожного з варіантів.

В одному варіанті учасник знаходиться на пласкому футоні без бортиків, головою до стіни, де він може або лежати рівно, зазвичай з однією чи двома подушками під головою, або сидіти, спираючись спиною на великі подушки, розташовані біля стіни. Терапевти розташовуються в кріслах по обидва боки, біля голови учасника, з можливістю для обох терапевтів пересісти на один бік, якщо учасник цього бажає.

Деякі переваги розміщення учасника на плоскому футоні без бортиків, головою до стіни:

- Сприяє створенню в учасника відчуття запрошення провести час у власному просторі і зосередитися на власному процесі, а не на терапевтах.
- Дозволяє однаково вільно рухати обома сторонами тіла і дозволяє терапевтам безпечно утримувати учасника, дозволяючи при цьому дуже активні рухи, якщо вони виникають. Це можна зробити, поклавши додаткові подушки поруч з учасником, або підняв край простирадла з обох боків футону, забезпечивши опір з обох боків футону. Або забезпечивши опір з обох боків, від якого учасник може відштовхуватися, в той час як терапевти мають можливість залишитися у стабільному становищі і утримувати учасника в безпеці.
- Перший терапевт не повинен знаходитися далі від голови учасника, ніж інший.
- Учасник може звернутись до одного терапевта або до жодного з них. Або може розмовляти з обома, дивлячись прямо перед собою, або з закритими очима, або по черзі повертаючись до кожного терапевта.

Деякі мінуси перебування учасника на плоскому футоні без бортиків, головою до стіни:

- Учасник не може повернути обличчя до обох терапевтів водночас.
- Якщо учасник повернув обличчя до одного терапевта і говорить тихо, іншому терапевту може бути важко його почути.

В іншому варіанті розташування учасник сидить на дивані або футоні, який однією стороною стоїть біля стіни. Терапевти розташовуються так, щоб обидва сиділи на одній стороні.

Переваги розташування учасника на дивані або футоні однією стороною до стіни:

- Учасник може повернути обличчя до обох терапевтів одночасно.
- Якщо учасник говорить тихо, обом терапевтам може бути легше почути його, ніж якби вони сиділи на протилежних сторонах.
- Коли учасник сидить, він може притулитися до спинки дивана.
- Деяким учасникам спинка дивана може здатися затишною і комфортною.
- Учасник може відвернутися від обох терапевтів і це може бути ще одним варіантом внутрішнього фокусування.
- Якщо диван має м'які підлокітники, учасник може використовувати підлокітники для опори, щоб відштовхуватися від них без необхідності відштовхуватися від терапевтів.

Деякі мінуси перебування учасника на дивані або футоні з однією стороною біля стіни:

- Учасник не може однаково добре рухати обома сторонами тіла.
- Можливості безпечного стримування енергійних рухів більш обмежені, а кріплення на спинці дивана може дозволити учаснику пересилити терапевта, коли той надає опір. Це може призвести до травмування терапевта і може дати учаснику менше впевненості в тому, що терапевт може безпечно утримувати його, якщо у нього (учасника) виникне бажання енергійно рухатись або штовхатися.



- Один з терапевтів знаходиться далі від голови учасника. Це може створити відчуття, що терапевт, який знаходиться далі, менш тісно пов'язаний з учасником і будь-якою комунікацією, що відбувається.
- Якщо учасник вирішує відвернутися від терапевтів, то вони не можуть бачити вираз обличчя учасника.

### 3.2 Підготовка соціальної підтримки

Терапевти повинні дізнатися про мережу соціальної підтримки учасника. Перед кожним сеансом лікування за допомогою МДМА терапевти та учасник повинні обговорити, яким чином члени системи підтримки учасника можуть допомогти йому в період між сеансами лікування. Терапевти повинні пояснити потенційну цінність обміну інформацією про сеанси лікування з обраними особами, а також потенційні пастки, пов'язані з цим. А також важливість розсудливого підходу до вибору тих, з ким варто говорити про свій глибокий особистий досвід.

Існує кілька факторів, які слід враховувати при обговоренні досвіду з іншими:

- Може бути корисно поділитися досвідом з кимось, хто підтримує учасника і готовий його вислухати. Особливо якщо його заздалегідь поінформували про те, що процес зцілення може іноді включати посилення болісних емоцій, що не є показником погіршення основної проблеми. У цьому відношенні може бути корисним запросити партнера або іншу важливу особу, яка надає підтримку, зустрітися з терапевтами та учасником під час однієї або декількох вступних або інтегративних сесій.
- Деякі люди можуть мати упереджене уявлення про вживання таких препаратів, як МДМА, через його нелегальне використання як "екстазі", і вони можуть не розуміти, що "незвичайні стани" можуть бути корисними в терапевтичному оточенні. Учасникам слід порадишити розглянути цю можливість перед тим, як обговорювати свій досвід, особливо відразу після експериментальних сесій, коли вони можуть бути емоційно вразливими і відчувати особливу відкритість і бажання говорити про свій досвід під час сесії і про свою травму. За правильних обставин це може бути важливою частиною процесу зцілення. Однак слід застерегти учасників, щоб вони ретельно зважували, з ким вони хочуть поділитися цією делікатною інформацією.
- Зазвичай учасникам корисно після сеансу з використанням МДМА побути наодинці в тиші для заповнення щоденника або самоаналізу. Учасників слід заохочувати до цього, щоб вони не були надмірно занурені в соціальну взаємодію та отримання зворотного зв'язку ззовні. Усамітнення на цьому етапі може стати цінним початком процесу інтеграції і може стати зразком для подальшого розгортання процесу зцілення, який, як очікується, відбуватиметься протягом наступних днів і навіть тижнів.

Учасник може запросити близьку людину (друга, члена сім'ї або партнера) бути присутнім під час завершення принаймні одного сеансу МДМА-терапії. Цей візит може стати плідним досвідом, який зміцнить підтримувальні стосунки. Однак слід заздалегідь обговорити це з терапевтами, спираючись на ті ж клінічні судження, які вони використовували б при розгляді терапевтичної цінності ночівлі близької людини.

### 3.3 Планування терапевтичного використання музики

Музика підбирається таким чином, щоб підтримувати емоційний досвід, мінімізуючи сугестію [16]. Під час сеансів із застосуванням МДМА учаснику надаються захисні окуляри, навушники та попередньо обрана програма музики. Учасник може відмовитися від окулярів та/або навушників у будь-який час. Такий вибір не є рідкістю серед людей з ПТСР, які, принаймні на ранніх стадіях участі в дослідженні, можуть не відчувати себе в безпеці, якщо вони не можуть підтримувати певний рівень пильності. Учасник також має можливість просити про періоди тиші, а терапевти мають можливість вносити корективи в музичну програму, щоб вона відповідала досвіду, що розгортається. Терапевти використовують музику для підтримки досвіду без нав'язливого втручання.

Музичні композиції повинні бути культурно прийнятними для населення, яке бере участь у конкретному дослідженні. Окремі музичні композиції в програмі повинні відрізнятися за темпом і загальною гучністю, щоб у програмі були як відносно тихі і спокійні частини, так і відносно активні і драматичні розділи. Програма може складатися з музики, яка спочатку є розслабленою, потім переходить до більш активної, емоційно насиченої, а згодом до більш спокійної та медитативної. Порядок відтворення можна змінювати за потреби, щоб відповідати загальному настрою та перебігу сесії.

Важливо, щоб принаймні один з членів терапевтичної групи був добре знайомий з музикою, щоб її можна було ефективно використовувати для підтримки процесу кожного учасника. Може бути корисним підготувати кілька багатогодинних плейлистів, забезпечуючи напівстандартизований музичний набір. Як правило, інструментальній музиці надається перевага перед музикою з текстом на мові, яку розуміє учасник, але це не є жорстким правилом. Під рукою має бути різноманітна музика на випадок, якщо виникне потреба у зміні попередньо підготовленої музики. Поясніть учасникам, що вони можуть попросити про перерву або зміну музики, якщо якась музика відволікає або не вписується в процес. Однак слід знеохочувати пацієнтів приділяти постійну увагу управлінню музичним супроводом, оскільки це може відволікти їх від процесу. Корисною інструкцією під час підготовчих сесій або на початку експериментальної сесії буде така:

Терапевт: "Якщо ви хочете попросити змінити музику, це нормально, тому що іноді музичні фрагменти можуть відволікати або не дуже добре вписуватися у ваш процес. Якщо ви відчуваєте, що хочете змінити музику, ми радимо вам спочатку подумати, чи не мотивоване це прохання бажанням відійти від неприємних відчуттів або спогадів, які стимулює музика. Якщо це так, то краще, ніж змінювати музику, ми рекомендуємо вам пережити і дослідити неприємні відчуття або спогади, а не намагатися зупинити їх, прибрати музику, яка їх стимулює. Якщо після роздумів ви дійдете висновку, що музика просто не підходить для вашого процесу, ми з радістю змінимо її або вимкнемо. Ми не вважаємо, що якщо ви хочете змінити музику, то це обов'язково означає, що ви намагаєтеся чогось уникнути, просто вам може бути корисно зробити паузу і подивитися, чи можливо це так. Ми поважаємо будь-яке ваше рішення, так само, як ми поважаємо ваш внутрішній зцілювальний інтелект, який керує рештою процесу".

Деякі учасники можуть захотіти принести свою власну музику, щоб терапевт включив її під час сеансів з використанням МДМА. За певних обставин це може бути доречним, однак важливо враховувати причини такого прохання, щоб переконатися, що воно слугує для підтримки та поглиблення процесу, а не для того, щоб контролювати його або відволікти від почуттів чи інших переживань, які можуть виникати. Хоча певна гнучкість у реагуванні на такі прохання є бажаною, загалом терапевти повинні мінімізувати залучення учасників до вибору музики, оскільки це може відволікати від залучення до внутрішнього процесу. Учасників заохочують просити про все, що їм потрібно, щоб відчувати себе в безпеці та підтримці в терапевтичній обстановці, однак це має бути збалансовано із заохоченням учасників дозволяти терапевтам піклуватися про фізичні деталі сесії та, наскільки це можливо, довіряти їм у забезпеченні безпечної та сприятливого сету та сетингу. Такий підхід є частиною підтримки ставлення, заснованого на піддаванні, довірі та сприйнятливості до природного розгортання терапевтичного процесу, який керується внутрішнім зцілювальним інтелектом людини. Слід заохочувати учасників помічати будь-яку тенденцію до контролю над музикою або іншими аспектами обстановки, а також досліджувати цю тенденцію як частину свого внутрішнього процесу, а ніж діяти на неї ззовні.

### **3.4 Підтримка соматичних проявів травми**

Терапевти повинні бути готові допомогти учасникам вправлятися із соматичними проявами їхньої травми шляхом усвідомлення, вираження та звільнення будь-яких блоків, болю або напруги в тілі, які можуть виникнути. Цю концепцію слід вводити під час інтегративних сесій і розвивати в подальшому. Існує багато методів, які можна використовувати. Нижче розглядаються деякі з них для роботи з соматичними проявами, в тому числі, плекаючий дотик, цілеспрямована робота з тілом і дихальні техніки. Терапевти можуть використовувати інші методи з власного досвіду, сумісні з цим терапевтичним підходом.

У МДМА-асистованій психотерапії свідоме використання дотиків може бути важливим каталізатором зцілення як під час сеансів за допомогою МДМА, так і в подальшій терапії. Дотики завжди повинні використовуватися з високим рівнем уваги та обережності, з належною підготовкою та комунікацією, а також з великою повагою до потреб та вразливостей учасника. Будь-який дотик, що має сексуальний підтекст або зумовлений потребами терапевта, а не учасника, не має місця в терапії і може бути контртерапевтичним або навіть насильницьким. Аналогічно, відмова від плекаючих дотиків, коли вони показані, може бути контртерапевтичною і, особливо в терапії, пов'язаній з неординарними станами свідомості, може навіть сприйматися учасником як зловживання через нехтування. Якщо учасник хоче доторкнутися до одного з терапевтів, терапевт дозволяє і/або здійснює дотик доки він є доречним і не має сексуального характеру. Плекаючий дотик, який відбувається, коли учасник глибоко відновлює зв'язок з тими періодами життя, коли він потребував дотику, але не отримав його, може забезпечити важливий корекційний досвід. Інший вид дотиків, який може бути терапевтичним, - це цілеспрямована робота з тілом, зазвичай у формі надання опору, на який учасник може натиснути. Цей підхід спрямований на посилення і, таким чином, полегшення звільнення від блоків, напруження або болю в тілі, які виникають під час терапії. Терапевти повинні

мати відповідну підготовку та досвід, щоб гарантувати, що робота з тілом виконується безпечно, без ризику для учасника або терапевтів.

Незважаючи на ймовірність того, що МДМА-асистована психотерапія буде включати менш цілеспрямовану роботу з тілом, ніж ЛСД-психотерапія або холотропне дихання, принципи, що лежать в основі цього підходу, розроблені Станіславом Грофом, доктором медицини, в його дослідженні "Психотерапія з використанням ЛСД":

"У той час, коли ефекти препарату зменшуються, важливо вступати у вербальний обмін з суб'єктом, щоб отримати детальний зворотній зв'язок про його емоційний та психосоматичний стан. Якщо в цей час він відчуває дискомфорт, такий як, наприклад, депресію, тривогу, блокування агресії, почуття провини, циклічне мислення, головний біль, нудоту, м'язові болі, кишкові спазми або утруднене дихання, саме час запропонувати активне втручання. Можливість того, що це може статися, слід обговорити ще під час підготовчого періоду. Насамперед необхідно точно з'ясувати, про який тип переживання йдеться... Важливо також заохотити суб'єкта просканувати своє тіло на наявність ознак фізичного болю, напруження або інших форм дистресу, що вказують на блокування енергії. Загалом, не існує емоційного дистресу або тривожного і незавершеного психологічного гешталту, який би не мав специфічних соматичних проявів. Ці супутні психосоматичні симптоми стають відправною точкою для ... втручання" [16, с. 144].

Важливим принципом МДМА-асистованої психотерапії є те, що процес зцілення спрямовується механізмами зсередини власної психіки та тіла учасника. Оскільки акт втручання за допомогою сфокусованої роботи з тілом може дати учаснику невисловлене повідомлення про те, що для зцілення потрібно щось ззовні, терапевти повинні бути обережними у використанні підказок щодо дотиків з досвіду учасника і допомагати учаснику уникнути помилкового уявлення про те, що терапевти є джерелом, а не фасилітатором його терапевтичного досвіду.

Інший важливий принцип МДМА-асистованої психотерапії полягає в тому, що зцілення часто відбувається в результаті повернення свідомої уваги до важких почуттів, спогадів або тілесних відчуттів, зберігаючи присутність під час складних переживань, замість того, щоб намагатися їх уникнути або втекти від них. Терапевти повинні дозволити досвіду розгортатися, та бути уважними, щоб не створювати непотрібних відволікань. Вони повинні уникати передчасного використання сфокусованої роботи з тілом, намагаючись розрішити складні емоції або їх соматичні прояви до того, як учасники зможуть адекватно пережити і переробити їх. Тому терапевти повинні розсудливо визначити, коли фокусована робота з тілом допоможе просунути терапевтичний процес вперед, а коли краще дозволити процесу протікати в його власному темпі.

Під час підготовки до сесії терапевти повинні чітко пояснити, що не існує жодних планів чи очікувань, що до учасника взагалі будуть торкатися, якщо він вважає за краще цього не робити, і що якщо він бажає дотиків, то терапевти готові надати йому їх - чи то дбайливі дотики, такі як тримання за руку, чи то рука на плечі, чи то обійми, чи то фокусована робота з тілом. Якщо учасник відкритий до дотиків, корисно запитати: "Якщо у нас виникне

відчуття, що в якийсь момент може бути корисно потримати вас за руку або покласти руку на вашу руку, чи хотіли б ви, щоб ми це робили, чи завжди запитувати у вас, чи чекали, поки ви самі попросите про дотик?". У будь-якому випадку слід підкреслити, що це повністю вибір учасника, і він контролює дотики. Слід попросити учасника використовувати слово "Стоп" (або інше аналогічне альтернативне слово, яке учасник вважає за краще), якщо він не бажає, щоб його торкалися. Учаснику слід сказати, що ця команда завжди буде виконуватися терапевтом, за винятком випадків, коли дотик необхідний для захисту учасника від фізичної шкоди. Ця домовленість допоможе уникнути плутанини між повідомленнями, які призначені для терапевтів, і висловлюваннями, які є вираженням внутрішнього досвіду учасника.

### **3.5 Використання дихання**

Елементи холотропного дихання (без тривалого інтенсивного дихання) або інші техніки, що використовують дихання, можуть бути корисними на різних етапах терапевтичного процесу [22]. Діафрагмальне дихання слід використовувати для релаксації ("запобігання стресу") на початку сеансу з використанням МДМА, якщо під час початку прояву ефекту МДМА з'являється тривога. На підготовчих сесіях терапевти пояснюють, що деякі люди відчувають тривогу в цей час, а інші - ні. Для тих, хто відчуває тривогу, вона матиме тимчасовий характер, і її можна полегшити за допомогою дихання, щоб зняти напругу з тіла і, наскільки це можливо, розслабитися і зануритися в переживання. Пізніше під час МДМА-сеансу, якщо виникає тривога або будь-яка інша сильна емоція, замість того, щоб намагатися розслабитися, часто корисніше використовувати дихання, щоб "надихнутись" переживанням і залишатися максимально присутнім у ньому, щоб повністю пережити, обробити і пережити його.

Сенсомоторна і соматична психотерапія або інші методи, залежно від попередньої підготовки і досвіду терапевта, можуть бути використані для "встановлення зв'язку між психологічними симптомами і фізіологічними станами" [26] і заохочення учасника працювати зі своїм тілом, щоб обробити травму. Допомога учаснику в усвідомленні того, що його тіло хоче зробити у відповідь на травматичні спогади, і заохочення учасника дозволити цю дію, може стати початком вивільнення того, що колись було природним процесом (рухом), та інтеграції пов'язаного з ним досвіду, який ще не опрацьований. Важливо допомогти учаснику почати дружити зі своїм тілом, а не розглядати його як джерело небезпеки і непередбачуваності. Описуючи емоції як текучий рух, а травми як застиглий рух, терапевти допомагають учаснику пережити і подолати соматичні наслідки травми, щоб він знову міг довіряти своєму тілу. Терапевти повинні довідуватись про тілесні відчуття учасника і заохочувати вивільнення болю, напруженості або енергії в тілі через рух у будь-який спосіб, який учасник вважає прийнятним для себе.

### **3.6 Підтримка трансперсональних переживань**

Важливо, щоб терапевти були готові до того, що під час експериментальних сесій учасники можуть мати трансперсональні переживання [16], які можуть виходити за межі традиційних західних концепцій свідомості та її зв'язку з фізичним тілом. Такі "трансперсональні" переживання, які часто трапляються під час терапевтичних сесій з використанням МДМА,

виходять за межі біографічної пам'яті і можуть включати незвичні відчуття в тілі, а також перинатальні та/або духовні переживання. Можуть виникати відчуття, які виходять далеко за межі звичайного почуття "я", наприклад, відчуття єдності, коли учасник відчуває відкритість і посилення зв'язку з власною людською сутністю та навколишнім середовищем. Такий досвід може бути важко інтерпретувати, а в деяких випадках він може кинути виклик системі переконань терапевта. Терапевт не зобов'язаний розуміти або навіть мати думку про онтологічний статус цих переживань, але важливо, щоб він приймав їх як реальні і важливі аспекти досвіду учасника і висловлював повагу і відкритість до власного погляду учасника на них, не відкидаючи і не патологізуючи будь-який досвід на основі його незвичного змісту. За необхідності терапевт повинен допомогти учаснику інтегрувати цей досвід у його звичайне життя. Цей досвід може надати учаснику погляд у перспективу, яка виходить за межі ідентифікації з травмою і навіть за межі його звичного відчуття себе, дозволяючи сприяти усвідомленню вродженої здатності інтегрувати травматичний досвід і рухатися далі у житті.

### **3.7 Підтримка множинності**

У МДМА-асистованій психотерапії важливо, щоб терапевти розуміли, що прояви множинності психіки є нормальним явищем, але можуть бути більш вираженими у людей, які пережили травму. Їх можна розглядати як "дисоціацію", "регресію" або як появу різних "частин", "Я" чи "субособистостей". Учасник може говорити про внутрішній досвід з погляду усвідомлення різних частин психіки, і дуже важливо, щоб такий досвід не був патологізований терапевтами.

Підхід до кожної з цих категорій досвіду узгоджується із загальним підходом Стена Грофа до феноменів, що виникають під час сеансів психоделічного досвіду або холотропного дихання, який полягає в тому, щоб розглянути, чи можна з цим матеріалом працювати як з частиною процесу зцілення, замість того, щоб патологізувати його через його незвичну природу, інтенсивність або межі здатності терапевта до кінця зрозуміти його походження або значення [16].

### **4.0 Проведення підготовчих сесій**

Курс терапії складається з підготовчого періоду зі скринінговими та вступними сесіями, за якими слідують експериментальні сесії, що перемежуються з інтегративними сесіями та подальшими оцінюваннями. Скринінговий та підготовчий період - це час для збору анамнезу учасника та початку створення ефективного терапевтичного альянсу. Це важлива можливість для терапевтів звернутися до запитань та проблем учасника, а також підготувати його до сеансів МДМА, ознайомивши з логістикою проведення сеансів та терапевтичним підходом, який буде використовуватися. Ця підготовка має бути здійснена з метою допомогти учаснику пережити почуття безпеки та комфорту в терапевтичній обстановці. Це також дає можливість змодельовувати поведінку, яка буде важливою під час сеансів із застосуванням МДМА, наприклад, неквапливий темп, невимушена цікавість до поточного досвіду учасника (включаючи його соматичний досвід), повага до кордонів учасника та його природної мудрості щодо власного процесу зцілення. У клінічних дослідженнях існує досить багато опитувальників і форм, які необхідно заповнити,

особливо під час підготовчого періоду. Терапевти повинні намагатися заповнити необхідні форми, водночас прислухаючись до та приділяючи час створенню терапевтичної атмосфери та поглибленню терапевтичного альянсу.

#### **4.1 Передумови та протипоказання**

Перед проведенням скринінгових заходів учасникам необхідно надати письмову інформацію про клінічне випробування, в якому вони зацікавлені взяти участь. Учасникам має бути надано достатньо часу для того, щоб поставити запитання та обговорити інформовану згоду з терапевтами або іншим кваліфікованим персоналом дослідження до її підписання. Якщо протокол вимагає відеозапису психотерапевтичних сесій, під час інтерв'ю для отримання згоди терапевти повинні з'ясувати, як учасники ставляться до того, що їх будуть записувати на відео під час інтерв'ю для отримання згоди. Терапевти повинні чітко пояснити, що інформована згода дає дозвіл на використання записів лише в дослідницьких або навчальних цілях. Бажано також пояснити кожному учаснику, що, хоча записи важливі для дослідницьких цілей і можуть бути корисними для перегляду учасниками в період інтеграції, терапевтичний процес є основною метою кожної сесії і має пріоритет над записами. Якщо камери заважають учаснику говорити про якийсь аспект свого досвіду, він може попросити тимчасово вимкнути камери, і це прохання буде виконано. Терапевти повинні усвідомлювати, що відеозаписи будуть використані для оцінки дотримання Посібника з лікування та компетентності при проведенні МДМА-асистованої психотерапії, тому вони повинні запропонувати продовжити відеозапис, коли буде доречно для терапевтичного процесу учасника. Учасники можуть попросити про перегляд відеозаписів.

Учасники повинні усвідомлювати, що клінічні випробування МДМА-асистованої психотерапії можуть привернути увагу засобів масової інформації. Деякі учасники минулих досліджень висловлювали бажання поспілкуватися зі ЗМІ, щоб проінформувати громадськість та інших людей з ПТСР. Терапевти повинні з повагою ставитися до бажання учасника поділитися своїм досвідом, але наголосити на кількох застереженнях щодо цього і запропонувати йому допомогу в ретельному обмірковуванні рішення, коли і якщо він вирішить звернутися до ЗМІ. Учасник самостійно вирішує, чи бажає він публічно розголошувати свою участь або будь-яку інформацію про свій досвід у клінічному випробуванні. Однак ми просимо їх утриматися від цього до завершення оцінки результатів. Учасникам рекомендується заздалегідь повідомити терапевтів про свій намір розголошувати їхню особисту інформацію, а також отримати письмовий дозвіл від терапевтів перед оприлюдненням будь-яких відеозаписів, що містять аудіо- або відеозаписи з терапевтами. Вони також повинні бути готові до того, що спілкування зі ЗМІ може бути емоційно складним і мати небажані психологічні наслідки.

#### **4.2 Зобов'язання, що вимагаються від терапевта та учасника**

Оскільки МДМА може мати глибокі емоційні та фізичні наслідки, його вживання вимагає ретельної оцінки та підготовки учасника. Для сприяння терапевтичному мисленню та створенню спільного терапевтичного альянсу, терапевти та учасник обговорюють параметри кожної сесії та укладають кілька конкретних угод під час підготовчих сесій:

- Терапевти зобов'язуються забезпечити достатній час для підготовки під час сесій без препаратів, приділяти ретельну увагу сету та сетингу під час сесій з використанням МДМА та забезпечити адекватну подальшу терапію [15].
- Учасник зобов'язується відвідувати всі підготовчі, терапевтичні та послідуочі сесії, заповнювати оціночні форми, а також дотримуватися обмежень щодо дієти та прийому препаратів. Єдиний виняток - якщо учасник повідомив терапевтів про рішення відкликати згоду і вийти з дослідження. Якщо учасник не відкликає згоду, але припиняє лікування, необхідно провести подальші оцінки.
- Терапевти і учасник обговорюють можливість фізичного контакту з учасником у формі дбайливого дотику або цілеспрямованої роботи з тілом. Під час експериментальних сесій терапевти та учасники повинні домовитися про комфортну фізичну дистанцію один від одного, і терапевти повинні залишатися уважними до будь-яких можливих змін рівня комфорту учасника до ступеня їхньої близькості.
- Роль терапевтів уточнюється і посилюється домовленостями про належну поведінку під час і після сеансу лікування. Будь-яка сексуальна поведінка між терапевтом та учасником категорично заборонена. Ця угода гарантує учаснику, що його підвищену вразливість не буде використано, і водночас сприяє створенню безпечного середовища для забезпечення фізичного комфорту під час сеансу лікування.
- Учасник повинен погодитися утримуватися від заподіяння собі шкоди, шкоди іншим і шкоди майну. Учасник погоджується виконувати прохання терапевтів зупинитися, якщо, на думку терапевтів, учасник займається небезпечною поведінкою.
- Учасник повинен погодитися залишатися в межах лікувальної зони до завершення кожного сеансу (у багатьох протоколах це включає експериментальний сеанс, ночівлю та повторний візит наступного ранку). Наприкінці сеансу терапевт зобов'язаний оцінити емоційну стабільність учасника та ступінь зменшення дії МДМА, перш ніж дозволити йому залишити лікувальну зону.
- Принаймні один із терапевтів постійно присутній у кімнаті протягом усього МДМА-сеансу. За винятком окремих коротких періодів, коли один з терапевтів може вийти з кімнати, обидва терапевти зобов'язуються залишатися в кімнаті з учасником протягом усього сеансу терапії з використанням МДМА, доки гострий емоційний та фізичний вплив МДМА не мине, що визначається шляхом вивчення фізіологічних ознак, з'ясування ступеня дистресу, про який учасник повідомляє сам, і психічного стану для того, щоб зробити клінічне судження про стабільність учасника.
- Для того, щоб терапевтичний сеанс завершився ефективно, терапевти та учасник мають дійти згоди щодо того, що учасник перебуває у безпечному і стабільному стані. Якщо цього вимагає протокол дослідження, учасник повинен погодитися залишитися на ніч у лікувальному закладі в супроводі медичного працівника. Учасник також повинен погодитися на те, щоб його відвезли додому з інтегративної подальшої сесії після сесії з використанням МДМА або партнер чи друг, або за допомогою влаштованого терапевтами транспорту.



- Терапевти та учасник зобов'язуються щоденно спілкуватися по телефону протягом тижня після кожної сесії з використанням МДМА. Терапевти (або, якщо виникає необхідність, інший прикриваючий терапевт, але не на регулярній основі) будуть доступні по телефону 24 години на добу протягом цього періоду та протягом усього періоду участі в дослідженні.
- Терапевти повинні усвідомлювати та погоджуватися на значні часові витрати, які можуть знадобитися поза межами тривалості сеансів, зазначених в протоколі дослідження, якщо учасник потребує додаткової підтримки.

#### 4.3 Створення терапевтичного альянсу

Етап скринінгу та підготовки починається з отримання інформованої згоди, після чого визначається, чи відповідає учасник усім критеріям включення та виключення з дослідження. У цей період також надається достатньо часу для проведення сеансів немедикаментозної терапії, щоб розпочати створення безпечного і позитивного терапевтичного альянсу, який є абсолютною передумовою лікування [28] і продовжуватиме розвиватися протягом усього дослідження. Учасник повинен бути впевненим, що про його благополуччя дбатимуть з максимальною увагою, включаючи забезпечення фізичної та психологічної безпеки та підтримку його наміру отримати максимальну користь від сеансів з використанням МДМА. Терапевти чітко пояснюють, що участь у дослідженні залишається добровільною протягом усього дослідження і що безпека та благополуччя учасника завжди має пріоритет над науковими цілями дослідження. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Якщо в будь-який момент ви вирішите, що вам потрібно повернутися до прийому антидепресантів, або якщо з будь-якої іншої причини ви не захочете продовжувати участь у дослідженні, ми просимо вас повідомити нас. Ви завжди маєте право змінити свою думку. Найважливіше - це Ваше благополуччя"

Учасниця: *"Я думаю, що після переживання чотирьох з п'яти життєвих стресів, таких як втрата роботи, зазвичай я б сказала, що мені потрібні антидепресанти. Але завдяки цьому дослідженню я дуже схвильована, тому що я також зіткнулась з тим, що можу пройти через це, не приймаючи жодних ліків. Я думаю, що я достатньо когнітивно обізнана, щоб помітити, що якщо я дійсно відчуватиму, що не вправляюсь, я зможу дати вам знати або попросити вас про допомогу."*

Під час перших візитів терапевти представляються, пояснюють свою зацікавленість в цій роботі і описують свій досвід лікування ПТСР. Така взаємодія створює основу для розвитку довіри учасників до досвіду терапевтів, їхньої прихильності та здатності підтримувати учасника протягом усього процесу. Грір і Толберт зазначають, що певне саморозкриття з боку терапевта створює контекст для співпраці, близькості та довіри [15]. Це також може дати учаснику відчуття спільної ідентифікації з терапевтом, що може підвищити особистий комфорт, оскільки учасник входить у стан підвищеної вразливості. Розглянемо наступний приклад:

Учасник: *"З усім цим ПТСР, який має бути... я так боялася визнати, що я відчуваю. Мені здавалося, що я одна така."*

Терапевт: "Ви більше не в такому становищі".

Учасниця: *"Ніхто насправді не слухав, що я відчуваю. Вони просто хотіли виписати черговий рецепт."*

Терапевт: "Що-небудь ще приходить вам на думку... почуття, занепокоєння?"

Учасниця: *"Я відчуваю нервозність, тривогу, погано сплю. Я знаю, що частково це пов'язано з тим, що я не приймаю антидепресанти. Я збуджена, нестримана." (Шмигає носом)*

Терапевт: "Давайте попрактикуємо черевне дихання. Це один з методів, який допоможе вам впоратися з вашими почуттями. Частина підходу, який ми будемо використовувати на сесіях, полягає в тому, щоб підтримати вас у тому, щоб ви залишалися присутніми в будь-яких почуттях, які з'являються. Парадокс полягає в тому, що вдихнути крізь почуття, а не відходити від них, може призвести до зцілення, проходження через них, а не від них."

Учасниця: *(Вдих ... Видих)*

Терапевт: "У певному сенсі процес починається ще до того, як ми його насправді почнемо. Він починається заздалегідь, коли ви встановлюєте намір зробити це. І коли ви наближаєтесь до нього, ці почуття є природними, це нелегко. Певним чином ваша психіка вже користується тим, що ви вирішили зробити"

Учасниця: *"Це допомагає зрозуміти. Я готова спробувати все. Чорт забирай, я ходила на терапію щотижня протягом цілого року, але насправді так і не звернулась до своїх симптомів".*

#### **4.4 Збір інформації**

Під час цих початкових візитів та підготовчих візитів учасник, безсумнівно, буде відчувати реакцію на процес скринінгу та відбору, що може бути фізично та емоційно виснажливим і може спровокувати симптоми ПТСР. Терапевти повинні визнати, що участь у клінічному випробуванні пов'язана зі значними логістичними та емоційними труднощами, і надати учаснику можливість обговорити свою реакцію на це. Окрім з'ясування необхідної конкретної історичної інформації, терапевти мають ставити відкриті запитання, надавати учаснику зворотний зв'язок щодо результатів його психологічного тестування та медичного обстеження, а також заохочувати учасника ділитися особисто значущою для нього інформацією. Учасники повинні будуть описати свої значущі травми під час тестування з незалежним експертом. Не слід підштовхувати учасників до детальної розповіді про свою травму під час підготовчих сесій з терапевтами, але не слід відмовляти їх від цього, якщо вони мають таку схильність. Ця взаємодія буде продовжувати будувати стосунки і

надавати додаткову інформацію про історію учасника, його поточні проблеми і ресурси. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "У нас немає всіх результатів ваших аналізів, але ми поговорили з лікарем, і поки що всі результати говорять нам про те, що ви відповідаєте критеріям для цього лікування. Давайте почнемо з будь-яких думок чи запитань, які могли виникнути у вас".

Учасниця: *"Сесія з доктором В. (незалежним експертом) пройшла добре. Я бачу, з якого кінця починати відкривати цю "банку з черв'яками". Для мене процес вже починається. Частина мене дуже схвильована, а частина налаштована дуже скептично, наче "ой, чи це дійсно те, на чому мені потрібно зосередитися". У шкалі ПТСР було питання, де доктор Вагнер запитував, чи снилися мені сни. Я відповіла "ні", і тут мене осяяло. Мені не сняться сни про те, що мій батько насправді робить те, що він робив, але мені сняться сни про мою матір. Вона ніколи не переймалася тим, що він робив, чи як він знущався над нами, чи як він знущався над нею. Вона могла хвилюватися, щоб радіоактивні осадки з Чорнобиля не потрапили в мій батончик "Марс" і я не отримала ядерне отруєння. Вона хвилюється про речі, які абсолютно не піддаються контролю. І вона продовжує говорити про це в наших розмовах, і ми начебто "близькі". Але я розумію, що вона мені сниться. Буквально минулої ночі мені приснилося, як ми розмовляли по телефону ... і вона почала говорити, як зазвичай: "Я хвилююся про це, я хвилююся про те, де ти живеш", не допомагаючи насправді, тому що вона хоче допомогти, але мій батько не дозволяє їй допомагати, хоча вона заробляє всі гроші. І, гм, виявилось, що телефон відключився від розетки, і я подумала, що це дійсно цікаво, що ... і тоді моїм першим інстинктом було увімкнути його назад і передзвонити їй. І я почала думати про це, тому що це було одразу після тестування."*

Терапевт: "Ммммммм "

Учасниця: *"...Його немає в снах, але вона є в снах. І як вона вже не така добра, співчутлива мама, як раніше. Як вона змінилася. Це дуже цікаво. Я намагалася розрішити свою злість на неї... так що це свого роду... так що цікаво, що процес вже починає працювати, хоча я не проходила ніякої терапії". (Сміється)*

Терапевт: "Що ж, це типово."

Терапевт: "Так, скринінг дійсно має тенденцію сколихувати багатьох людей. А ще, як ви казали, намір виконати цю роботу також приводить вашу психіку в рух, починаючи з того моменту, коли ви вирішили, що збираєтесь її виконати. Я думаю, що це важливе питання, яке ви підняли... Чи зараз той час, коли я можу зосередитися на цьому, чи мені краще потрібно зосередитися на повсякденному житті? Що ви зараз відчуваєте з цього приводу?"

Останнє запитання демонструє сповільнення діалогу, щоб проявити повагу та перевірити "захисників" учасниці або її "внутрішній зцілювальний інтелект", які занепокоєння вона має щодо продовження процесу, аніж просто заспокоює її. Така перевірка є прикладом недирективного підходу:

*Учасниця: "Ну, я вагаюся, але думаю, що це можливість для покращення мого повсякденного життя... або ні. Принаймні, це можливість, яка не трапляється щодня. За професією я шкільний консультант, але я не в тому стані, щоб бути шкільним консультантом. Тому я свідомо чи підсвідомо не можу почати шукати роботу, тому що знаю, що є речі, над якими мені потрібно працювати в собі. Тому я думаю, що зараз саме час це зробити... навіть якщо це важко."*

Терапевти проводять ці інтерв'ю, щоб зібрати інформацію про наявні симптоми учасника, події, що спричинили ПТСР, попереднє лікування та його результати, іншу психіатричну історію, а також медичну, соціальну та сімейну історію. На цьому етапі терапевт також має можливість звернутись до будь-яких занепокоєнь, які можуть виникнути в учасника щодо лікування.

Терапевт: "Ми б хотіли більш детально поговорити про сеанси, а також дізнатися більше про вашу історію та травму зокрема. Ми можемо зробити це в будь-якому порядку. Ви хочете зараз поговорити більше про себе і свою травму або хочете почути про сеанси?"

Терапевти і учасник також обговорюють попередній досвід учасника з МДМА, вживанням психоделічних наркотиків або з перебуванням у інших неординарних станах свідомості. Під час цієї взаємодії терапевти повинні зібрати достатньо інформації, щоб мати повне та чітке уявлення про учасника, але немає необхідності заповнювати повну детальну психологічну та медичну історію, оскільки це вже зроблено незалежними оцінювачами та лікарем під час скринінгового обстеження.

#### **4.5 Впровадження заходів, пов'язаних з дослідженням**

План дослідження може передбачати впровадження заходів під час підготовчих сесій, експериментальних сесій або інтегративних сесій. Ці заходи можуть включати заходи безпеки, додаткові заходи щодо ПТСР або інших симптомів, а також дослідницькі заходи, спрямовані на вивчення суб'єктивних ефектів. Ці заходи не є частиною МДМА-асистованої психотерапії, але є елементом багатьох досліджень психотерапії за допомогою МДМА.

Терапевти нагадуватимуть учасникам про всі заходи самоконтролю, які їм потрібно буде виконати під час підготовчих сесій, а також на початку або наприкінці експериментальних сесій. У протоколі дослідження буде вказано загальний час для виконання всіх заходів, пов'язаних з дослідженням. Заходи, пов'язані з дослідженням, проводитимуться в той час, коли вони не заважатимуть і не перериватимуть терапевтичні процеси. Проведення заходів може бути відкладено, щоб дозволити продовжити терапевтичну взаємодію. Безпека учасника та проведення психотерапії мають пріоритет над точним часом

завершення проведення заходів. Однак терапевти докладатимуть усіх зусиль, щоб проводити заходи якомога ближче до запланованого часу.

Заходи безпеки, такі як CSSR-S, слід проводити якомога ближче до визначеного часу, не перериваючи при цьому перебіг терапевтичного процесу. Терапевти будуть використовувати клінічне судження (і, в експериментальних сесіях, спостереження за дією препарату), щоб визначити відповідний час для проведення заходів самоконтролю.

#### **4.6 Підготовчі сесії після завершення скринінгу**

На цьому етапі учасник пройшов скринінг і продовжує процес підготовки до сеансів з використанням МДМА. Терапевти описують види досвіду, які можна очікувати під час сеансу МДМА. Вони розпитують про очікування, мотивації та побоювання учасника, а також підкреслюють свою готовність підтримувати вроджену здатність учасника заліковувати рани, спричинені травмою. Терапевт може порівняти дію МДМА з можливістю зайти в безпечний контейнер, в якому учаснику буде легше залишатися присутнім у своєму внутрішньому досвіді. Слід заохочувати учасника розвивати в собі довіру до мудрості та своєчасності процесу внутрішнього зцілення, який каталізується цим підходом.

Терапевти заохочують допитливість і відкритість до всього, що відбувається під час досвіду, підсиленого МДМА. Терапевти пояснюють, що часто найглибший і найефективніший досвід зцілення проходить зовсім не так, як можна було б передбачити раціональним розумом учасника або терапевтів. Учасника заохочують вітати складні емоції, а не придушувати їх, максимально виходячи з припущення, що все, що виникає, подається внутрішнім зцілювальним інтелектом саме в цей момент як можливість для зцілення. Повноцінне відчуття, дослідження і вираження будь-яких емоцій, спогадів, образів або тілесних відчуттів, що виникають, може призвести до розриву глибоко вкорінених патернів страху, безсилля, провини і сорому.

Важливо обговорити можливість того, що учасник може бути рандомізованим на неактивне плацебо або на меншу дозу МДМА (залежно від протоколу), і підготувати учасника до цілого діапазону досвіду, не послаблюючи без потреби сліпий метод, прогнозуючи реакцію на різні дози. Учасники можуть відчувати більший дистрес під час сеансів з низькими дозами, оскільки травматичні спогади, розчарування, самооцінка та емоції можуть виникати без підтримуючого афективного стану, пов'язаного з терапевтичними дозами МДМА. Однак ці важкі переживання можуть виникати за будь-якої дози. Слід чітко пояснити, що терапевти надаватимуть однаковий рівень підтримки і працюватимуть над тим, щоб допомогти учасникам отримати максимальну користь від сеансу, незалежно від того, яку дозу вони отримали.

Терапевти готують учасника до того, що в певний момент повернення до травми і переживання симптомів ПТСР, буде частиною терапевтичного процесу. Терапевти заохочують учасника бути максимально відкритим для повного дослідження, вираження та розуміння симптомів ПТСР та інших впливів травми на його життя. Терапевти чітко погоджуються забезпечити підтримку, безпеку та керівництво для учасника в роботі з будь-якими емоціями та спогадами, які можуть виникнути. Важливо, щоб терапевти були

особисто готові підтримувати емпатичну присутність перед обличчям дистресу учасника. Під впливом МДМА учасник може бути особливо налаштований на невербальну комунікацію і відчувати дискомфорт терапевта. Неспроможність розпізнати і визнати це може викликати почуття недовіри і страху:

Терапевт: "Ми хочемо підкреслити наше зобов'язання бути доступними для вас. Для нас є привілеєм підтримувати вас під час виконання цієї роботи. І якщо ви відчуваєте, що ми робимо це не так, як потрібно, або що ми говоримо чи робимо щось таке, що здається, ніби ми вас не зрозуміли, ми дуже просимо вас повідомити нам про це. Ми не прийнемо це на свій рахунок. Найбільше нам допоможе, якщо ви будете чесними з нами і дасте нам знати, як ви почуваетесь під час сесій і після них, в тому числі, як ви ставитеся до нас".

Рідко трапляються експериментальні сесії, в яких травматичний досвід учасника не згадується спонтанно. Терапевти повинні отримати попередню згоду на те, що в такому випадку вони можуть запитати про травму в певний момент сесії. Ця домовленість стосується лише тих сесій, під час яких учасник регулярно розмовляє з терапевтами про свій поточний досвід. Якщо учасник проводить більшу частину сесії в глибокому невербальному процесі, з яким він, здається, добре справляється, але не схильний говорити про нього в цей час, терапевти не повинні переривати процес, вимагаючи обговорення його змісту. Після такої експериментальної сесії учасники, як правило, описують свій досвід наприкінці дня або під час наступних інтегративних сесій. Цілоком ймовірно, що опрацювання травми виявиться важливою частиною цього досвіду.

Важливо, щоб терапевти використовували клінічне судження та особисту обізнаність, щоб визначити, коли потрібно вжити заходів, щоб посилити процес учасника, а коли - мовчки спостерігати за його переживаннями. Учаснику рекомендується не соромитися звертатися за підтримкою до психотерапевтів під час сильних емоцій або болючих спогадів. Така підтримка може бути у формі дотиків або обіймів, заспокоєння або просто розмови про те, що вони переживають. Бувають випадки, коли така підтримка є надзвичайно корисною. Бувають і інші випадки, коли мовчазне свідчення забезпечує оптимальну підтримку, передаючи віру у власну здатність учасника до зцілення.

Терапевт: "Ми хочемо підтвердити нашу готовність бути присутніми поруч з вами. Ми створимо для вас безпечне місце, де ви зможете пережити все, що трапиться. Якщо виникають складні ситуації, намагайтеся залишатися з ними і повністю переживати їх, використовуючи своє дихання, щоб пірнати в них якомога глибше. І просіть нас про все, що вам потрібно. Ми будемо заохочувати вас чергувати періоди, коли ви будете занурюватись всередину, використовуючи пов'язку для очей, слухаючи музику, якщо захочете, а потім розмовляти з нами, коли ви відчуваєте, що хочете цього."

Терапевт: "Іноді, якщо ми розмовлятимемо вже тривалий час, ми можемо запропонувати вам перенести свою увагу всередину, або ви просто можете відчути, що вам потрібно це зробити".

Під час підготовчих сесій, ймовірно, буде можливість пристосувати підготовчі зауваження до конкретного процесу кожного учасника. Розглянемо наступний приклад:

Учасник (ветеран бойових дій, який після повернення з Іраку боровся зі спалахами гніву): *"Я відчуваю, що в моїх грудях сидить монстр, який намагається вирватися назовні, і я обхоплюю його шию руками, намагаючись задушити його."*

Терапевт: "Хм, можливо, в ході цього процесу ви зрозумієте, що це скоріше питання пізнання цієї частини себе і встановлення з нею інших стосунків, окрім необхідності задушити або позбутися її".

Того дня про це більше не говорили, аж поки під час MDMA-асистованої сесії після тривалого періоду внутрішнього зосередження учасник не повернулася до цієї теми

Учасник: *"У мене щойно був дивовижний досвід! Там було багаття, навколо якого сиділи три фігури: мудрий старець, маленький хлопчик і воїн - це не було чудовиськом, зрештою, це була воїнська частина мене. Це все цінні частини мене, і вони сидять навколо багаття на раді."*

Терапевти дозволили цьому виникнути спонтанно, замість того, щоб спрямовувати учасника на повернення до теми, що, скоріше за все, призвело до глибшого впливу.

#### **4.7 Підготовка безпосередньо перед експериментальною сесією з використанням MDMA**

Під час підготовчих сесій, а також на початку кожної експериментальної сесії, учасник і терапевти обговорюють будь-які страхи та інші занепокоєння, які можуть виникнути в учасника. Терапевти співпрацюють з учасником, щоб розробити стратегії, які підвищують його відчуття безпеки. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Що у вас на думці з часу нашої останньої сесії? Якісь питання чи думки?"

Учасниця: *"Я пережила цілу гаму емоцій: нервувала, хвилювалась, погано спала. Я просто не відчуваю себе відпочившею, витягую себе з ліжка. Я дуже втомлена."*

Терапевт: "Ви маєте уявлення про те, з чим пов'язана ваша тривога?"

Учасниця: *"Я думаю, що це пов'язано з майбутнім дослідженням. Я дійсно не можу думати ні про що інше. Можливі несподіванки. Я не люблю сюрпризів. Я хочу знати, що чекає мене кожного дня"*.

Терапевт: (Довга мовчанка)

Учасниця: (Плаче) *"Це мене лякає"*.

Терапевт: "Можете розповісти більше про те, що вас лякає?"

Учасниця: *"Я боюся, що стану іншою людиною. Що, якщо я позбудуся всього цього, а він більше не буде мене любити? Що, якщо я не та людина, в яку він закохався? Він запевняв, що це дурниці. Але я була такою так довго. Хто я? Що, якщо я насправді не людина? Що, якщо? Що, якщо? Я можу придумати тисячу пояснень, чому я така."*

Терапевт: "Це зрозуміле занепокоєння, і ми раді, що ви повідомляєте нам про нього. Навіть зміни на краще можуть лякати, тому що вони невідомі. Часто під час одужання настає період, коли людині важко звикнути до змін і зрозуміти, як інтегрувати їх у своє життя та стосунки. Насправді, виходячи з нашого власного досвіду зцілення, а також роботи з багатьма іншими людьми, ми очікуємо, що в міру зцілення ви станете більш самою собою, з'єднаєтеся з собою на більш глибокому рівні. І це правда, що можуть бути періоди, коли в це важко повірити."

Терапевт: "Раніше ви казали, що хочете втекти і сховатися. Як ви думаєте, може частина вас так і зробила?"

Учасниця: *"Я думаю, що велика частина мене зникла."*

Терапевт: "Отже, МДМА може допомогти вам не тікати, допомогти вам зустрітися з речами, від яких ви відійшли. Також можуть бути випадки, коли він посилить відчуття бажання сховатися або зникнути. Ми віримо, що все, що виникне буде частиною процесу зцілення".

Учаснику пояснюють, що він перебуватиме в стані підвищеної вразливості і, ймовірно, переживатиме цілу низку емоцій, думок і фізичних відчуттів. Терапевти обговорюють процес допомоги учаснику у звільненні від важких, інтенсивних емоцій або тривожних думок і нагадують, що він перебуває в безпечному середовищі під опікою досвідчених лікарів.

Учасників навчають діафрагмальному диханню та іншим технікам, які допомагають розслабитися і заспокоїтися. Їх також заохочують використовувати усвідомлення дихання як техніку для того, щоб залишатися присутніми в переживаннях, особливо важких, від яких вони могли б спробувати дистанціюватися.

Важливо пояснити учасникам, що переживання, каталізатором яких стала МДМА-асистована терапія, ймовірно, продовжуватимуть розгортатися і розрішуватися протягом декількох днів або навіть тижнів після сеансів з використанням МДМА. Після сеансів терапії може здатися, що певні симптоми навіть погіршуються, перед тим, як покращитись.

## **5.0 Проведення сеансів МДМА-асистованої психотерапії**

Загальна мета сеансу МДМА-асистованої психотерапії - зменшити симптоми ПТСР і покращити загальне функціонування, благополуччя та якість життя учасника. Ця мета досягається шляхом надання можливості досвіду кожного учасника розгортатися спонтанно, без конкретного плану щодо його змісту або траєкторії. Хоча симптоми ПТСР є



основним об'єктом вимірювання результатів у цьому дослідженні, а опрацювання травматичного досвіду та/або думок, почуттів і поведінки, що виникли внаслідок нього, є важливою частиною психотерапії, дуже ймовірно, що обсяг сесій вийде за рамки опрацювання травми і включатиме дослідження інших психологічних, міжособистісних і духовних аспектів життя. Відповідальність психотерапевта полягає насамперед у тому, щоб спостерігати за процесом і сприяти йому, а не спрямовувати його. Іноді це найкраще досягається мовчазною, емпатичною присутністю і слуханням. В інших випадках терапевти надають більш активну підтримку, а іноді і вказівки, якщо учасник стикається з емоційними або соматичними блоками, які не розрішуються спонтанно, або відчуває надмірні труднощі в обробці спогадів, пов'язаних з травмою, або будь-яких інших болючих спогадів, думок і почуттів. Терапевти підтримують наміри та терапевтичні цілі учасника і допомагають йому опрацювати спогади про травматичні події, щоб досягти емоційного розрешення та нових поглядів на значення цих подій. Терапевти також допомагають дослідити і затвердити нові погляди на інший життєвий досвід, а також разом з учасниками оцінити радісний або позитивний досвід і насолодитися моментами краси, відкритістю серця і гумору. Допомагаючи досягти цих різноманітних цілей, терапевти діють як емпатичні слухачі, надійні провідники, фасилітатори глибокого емоційного самовираження і катарсису, а також підтримують внутрішній зцілювальний інтелект учасника.

### **5.1 Роль терапевта під час сеансів психотерапії з використанням МДМА**

Для створення та підтримання безпечного та спільного терапевтичного альянсу з учасником дуже важливо, щоб терапевти зберігали самоусвідомленість. Терапевти повинні бути емпатично присутніми під час опрацювання травми учасником і, водночас, підтримувати здорові, адекватні межі. Роблячи це, терапевти заохочують учасника залишатися присутнім у власному внутрішньому досвіді та створюють безпечне середовище, яке сприяє готовності досліджувати нові та неочікувані сприйняття, що можуть виникнути під час процесу зцілення.

Сила терапевтичного досвіду значною мірою залежить від рівня комфорту терапевта в умовах виникнення сильних емоцій та його вміння залишатися емпатично присутнім і відкритим до всього діапазону емоційних переживань. Як емпатичні слухачі, терапевти є уважними до розповіді учасника про його внутрішній досвід, значення, які він має для нього, і будь-яких амбівалентних думок та почуттів, які він може мати щодо цього досвіду. У разі потреби, терапевти пропонують учаснику відповідну допомогу, щоб впоратися з будь-якою очевидною двозначністю або труднощами, одночасно сприяючи усвідомленню того, що учасник є джерелом свого власного зцілення. Терапевти пам'ятають про будь-які наміри щодо сесії, визначені учасником під час вступних сесій, а також дозволяють появу додаткового, можливо, несподіваного психічного матеріалу. Вони також враховують індивідуальні психологічні фактори, такі як стиль прив'язаності, які можуть впливати на терапевтичні відносини (перенесення і контрперенесення) і впливають на ступінь і специфіку терапевтичного втручання, яке найкраще підійде цій людині [29].

Щоб зберегти делікатний баланс між фокусуванням на внутрішньому досвіді і забезпеченням безпечного простору для дослідження цього досвіду у відкритий спосіб,

терапевти повинні поважати внутрішній зцілювальний інтелект власної психіки і тіла учасника, вміло поєднуючи періоди інтеракції з періодами мовчазного свідкування. Іноді, після періодів мовчання, терапевтам варто запитувати про досвід учасника, щоб зберігти підтримуючий контакт і визначити, чи можуть бути корисними пропозиції, підбадьорення або подальші розпитування. В інших випадках терапевти можуть заохотити учасника припинити розмову і зосередитися на своєму внутрішньому досвіді. Існує кілька ситуацій, в яких такий підхід є особливо доречним: коли учасник, здається, зайшов у глухий кут; після періодів розмови, яка виглядає як захисне уникнення; або під час виникнення емоційно зарядженої проблеми, яка може виграти від можливості глибшого самодослідження в період сильної дії МДМА. Розглянемо наступний приклад:

Учасниця: *"Коли мій брат поїхав, я просто залишилась без зв'язку. Я відчувала себе покинутою. Він був для мене скелею, опорою. Я відчувала себе в безпеці. Він був справді хорошим братом, а потім він поїхав до Каліфорнії і його не стало поруч."*

Терапевт: "Як ви гадаєте, чи зараз гарний час, щоб поринути всередину цих почуттів?"

Учасниця: *"Так."*

Терапевт: (Після тривалої мовчанки) "Як справи?"

Учасниця: *"Це дійсно божевілля. І зовсім не те, чого я очікувала... Не знаю, чи зможу я це навіть висловити. Деяко з цього дуже темне, а деяко ні. Воно викликає тривогу. Це речі, про які я навіть не підозрювала, що вони є в мені. Мені нормально там перебувати. Вони зовсім не реалістичні. Я не намагаюся пов'язати їх ще з чимось. Схоже на те, ніби я хочу вилізти зі своєї шкіри. Я то хочу це зупинити, то залишитись в цьому. Я зупинюся, якщо це стане надто дивним."*

Це недирективне запрошення призвело до несподіваного і важливого матеріалу, який міг би не з'явитися, якби пропозиція була більш конкретно/директивною:

Терапевт: "Це нормально не висловлювати все на данному етапі. Просто залишайтеся присутніми в цьому переживанні, наскільки це можливо."

Учасниця: *"Гаразд."*

Учасники, природно, хочуть отримати максимальну користь від сесії, тому їм часто потрібно нагадувати про парадокс, що зазвичай найкраще цього досягти, віддавшись процесу, а не намагаючись його спрямовувати. Слід нагадати, що в МДМА-асистованій психотерапії важливі інсайти та зцілення часто виникають через нелінійний процес, який може змінюватись і вирішуватись несподіваним чином. Цей процес посилюється вірою учасника в те, що внутрішній зцілювальний інтелект у поєднанні з препаратом винесе назовні будь-який досвід, необхідний для зцілення і зростання, тому все, що виникає, розглядається як частина процесу зцілення. У цьому ключі учасника заохочують віддатися

процесу якомога повніше і не "випереджати препарат", намагаючись скеровувати його дію. Роль терапевта часто полягає в тому, щоб слідувати за учасником, скоріше ніж керувати ним, доки він досліджує нові та несподівані сприйняття та усвідомлення. В інший час, терапевтам може бути корисно нагадати учаснику, що зустріч з болючим досвідом - це насправді шлях до зцілення.

Терапевти можуть надати словесне заспокоєння, коли це необхідно, і турботливий дотик, коли про це попросять, якщо учасник стикається з засмучуючими, потенційно приголомшливими думками, спогадами або почуттями. Однак слід бути обережними, щоб без потреби не переривати процес учасника і не демонструвати недовіру до внутрішньої здатності учасника до зцілення. Терапевти повинні відстежувати власні емоційні реакції та утримуватися від втручання у відповідь на власні потреби. Здатність терапевта бути присутнім без необхідності втручатися, за винятком, можливо, м'якого нагадування про свою присутність, може передати сильне послання співчутливої підтримки і довіри до процесу зцілення.

Терапевт: "Ми тут, з вами. Використовуйте своє дихання і залишайтеся з ним стільки, скільки зможете. Ми знаємо, що це важко, але ми також знаємо з досвіду, що це важлива частина зцілення. Повністю переживати і виражати те, що відбувається, рухатися через цей досвід, а не уникати нього - ось шлях до справжнього зцілення. "

Поєднуючи емпатичне слухання, запитання та спостереження, терапевти сприяють двом взаємодоповнюючим аспектам опрацювання цього складного досвіду: з одного боку, зустрітися з ним і навіть посилити його, щоб дозволити спонтанне розгортання процесу зцілення, а з іншого - прояснити, зрозуміти та отримати нові перспективи щодо минулого досвіду та болючих емоцій.

Терапевти повинні дотримуватися балансу між своїми обов'язками фасилітатора та неінвазивного спостерігача. Досягнення і підтримка такого балансу може виявитися складним завданням, особливо тоді, коли терапевт повинен вирішити, чи бажано дозволити учаснику дослідити і зіткнутися зі своїм внутрішнім досвідом без будь-якої взаємодії, чи доречніше провзаємодіяти з учасником, щоб полегшити певний напрямок досвіду. Не існує формули для досягнення цього балансу. Кількість часу, проведеного у взаємодії, може значно відрізнятися від сесії до сесії. Підтримання ефективного балансу вимагає зосередження на вербальній і невербальній комунікації учасника, а також розуміння особливостей його психологічної історії та природи його конкретного процесу зцілення. Наприклад, якщо відомо, що хтось має схильність до ізоляції, то терапевти повинні знизити межу перевірки стану і розпитувати про його досвід. З іншого боку, якщо хтось має схильність захищатися від болючих відчуттів за допомогою розмов та інтелектуалізації, терапевти з більшою готовністю мають заохотити його знову одягнути пов'язки на очі та навушники і зосередити увагу "всередину себе". У багатьох людей уникнення та відмова можуть спостерігатися в різний час. Підтримка вмілого балансу також вимагає глибокого розуміння природи ефектів МДМА та нелінійного способу, в який вони можуть призвести до зцілення.

## 5.2 Ініціювання МДМА-асистованої психотерапії

На початку сеансу психотерапевти обговорюють підхід до терапії та спектр переживань, які можуть виникнути під час сеансу, а також цікавляться будь-якими занепокоєннями або питаннями, які можуть виникнути в учасника. Така взаємодія заохочує учасника до розкриття своїх почуттів і дає можливість терапевтам заспокоїти учасника, нагадати йому про цінність недирективного підходу і посилити сприйнятливність до цілющого потенціалу терапевтичного досвіду. Розглянемо наступний приклад:

*Учасниця: "У мене є страх перед невідомим. Просто це не дуже мені подобається. Я погано з ним справляюся. Коли я знаю, чого очікувати, все нормально. Але коли я не знаю, що буде або маю питання без відповідей, я просто не можу з цим змиритися. Наприклад, думка про те, що у мене можуть виникнути флешбеки... і не знаю, думки про найгірший сценарій."*

Терапевт: "Цілком природно, що ви тривожитеся з цього приводу. Один із викликів цього підходу полягає в тому, щоб бути готовим зануритися в це і працювати з тим, що з'являється. Ваші реакції є звичайними. Я думаю, що корисно буде пам'ятати, що не може виникнути нічого такого, чого б уже не було. Що б не з'явилося, це те, з чим ви вже живете, але, можливо, не до кінця усвідомлюєте. Я знаю, що це може бути страшно. Парадокс полягає в тому, що хоча такий підхід може тимчасово викликати спогади або навіть флешбеки, він дозволяє вам пройти через них в такий спосіб, коли ви насправді більш схильні звільнитися від них і менш схильні до того, що вони стануть для вас проблемою в довгостроковій перспективі. Цілком можливо, що у вас можуть тимчасово з'явитися інші симптоми, про які ми говорили".

*Учасниця: "Так, вірно. Це одна з тих речей, коли ти не пам'ятаєш, що сталося? Наприклад, як коли перебуваєш під седацією?"*

Терапевт: "Ви запам'ятаєте це. Однією з властивостей МДМА є те, що він полегшує зустріч зі спогадами, дозволяє вам не бути поглинутим ними, а пропрацювати їх і болючі емоції у спосіб, що зцілює, а не повторно травмує. У повсякденному житті флешбеки та спогади можуть виникати спонтанно і поглинати вас. Ми намагаємося змінити це, запрошуючи все те, що з'являється, спливати в безпечній обстановці, а препарат допоможе вам наблизитись до них без того, щоб бути поглиненою. Ідея полягає в тому, щоб наблизитись до своїх спогадів з меншим страхом і меншою захисністю".

*Учасниця: (Зітхає) "Якщо таке можливо..."*

Терапевт: "Ми тут для того, щоб допомогти вам залишитися з тим, що ви відчуваєте, і заохотити вас не судити, правильно це чи неправильно, а пережити це якомога повніше."

*Учасниця: "Ага."*

Терапевт: "Попросіть підтримки у будь-який спосіб. Може ви захочете, щоб ми потримали вас за руку або обійняли, або якщо ви захочете поговорити з нами. Дуже добре просити про підтримку, якщо ви відчуваєте, що можете зробити це. Я знаю, що часто ви схильні до того, щоб витримувати жорсткі випробування..."

Учасниця: *"Мій звичайний підхід - проковтнути важке."*

Терапевт: "Сьогодні ви маєте запрошення і заохочення відпустити якомога більше з того, що можливо відпустити. Цілий день, коли ви можете отримати всю необхідну підтримку, будь-яку підтримку, яку зможете прийняти, і дозволити собі відчути і попрацювати з тим, що виникне, замість того, щоб відштовхувати це або проковтнути".

Терапевт повинен з'ясувати і вирішити будь-які занепокоєння учасника щодо майбутньої сесії:

Терапевт: "Ви згадували, що хвилюєтеся, що можуть з'явитись речі про вашого батька. Ми хочемо нагадати вам, що ми тут, щоб підтримати вас у роботі з тим, що може виникнути. І ми віримо, що все, що виникає, виникає для того, щоб зцілити вас."

Учасниця: *"Гаразд. Мені це добре."*

Терапевти повинні згадати домовленості, досягнуті під час інтегративних сесій: про дотики, про перебування до закінчення усієї сесії, про те, щоб не завдавати шкоди собі, іншим або майну, а також про дозвіл терапевта згадувати індексну травму, якщо вона не згадувалася.

Терапевт: "Ми не хочемо керувати цим процесом, ми хочемо спостерігати і підтримувати те, як він розгортається для вас. Тому ми віримо, що ваш власний внутрішній механізм зцілення витягне на поверхню все, що має з'явитися. Як ми вже говорили раніше, ми хотіли б домовитися, що в певний момент, якщо нічого про травму не з'явиться само по собі, ми згадаємо її певним чином, щоб ми могли працювати з нею. Але ми дозволимо вашому власному процесу мати ініціативу розгортатись, і якщо буде зрозуміло, що у вас відбувається глибокий невербальний процес, ми не будемо переривати його, щоб згадувати про травму. "

Терапевти і учасник обговорюють свої минулі реакції на тривогу і план того, як терапевти можуть допомогти, якщо тривога виникне.

Учасниця: *"Я згортаюся в клубок і повторюю: "Стоп". Будь ласка, не чіпайте мене, тому що я боюся, що в такому стані я зроблю вам боляче. Просто дайте мені спокою."*

Терапевти заохочують учасника відкинути очікування і залишатися відкритим до всього, що виникає ("погляд початківця"), дивлячись на будь-який досвід як на можливість зцілення і розвиваючи довіру до власного внутрішнього зцілювального інтелекту.

Терапевт: "Ми заохочуємо вас відноситись до всього, що з'являється, як до чогось, що є частиною вашого процесу зцілення. Ми віримо, що ваш внутрішній зцілювальний інтелект принесе вам те, що вам потрібно для зцілення, і це є набагато надійнішим, ніж будь-що, що ви або ми могли б вигадати заздалегідь за допомогою раціонального розуму".

Терапевти пояснюють, що MDMA, як відомо, підвищує почуття інтимності або близькості з іншими людьми і зменшує страх при зіткненні з емоційно загрозовими матеріалами [8, 11, 15, 30-35]. Вони нагадують учасникам, що в контексті психотерапії комбінація ефектів препарату полегшує терапевтичний процес, дозволяючи учаснику повернутися до травми, не відчуваючи при цьому жаху або сорому, які могли переповнювати його в минулому. Ці ефекти включають підвищення позитивного настрою, незвичні думки про значення предметів, подій або спогадів, а також розширений доступ до тривожних думок і спогадів, зниження тривожності, посилення почуття емпатії або близькості до інших, зменшення самозвинувачення і осуду [12, 33, 35-41]. Таке поєднання ефектів препарату має підтримати учасника в подоланні емоційного заціпеніння, викликаного ПТСР, і дозволити йому бути більш відкритим для переживання повного спектру емоцій (наприклад, горя, страху, люті, а також радості, щастя, любові, спокою тощо) без суб'єктивного відчуття переповнення. Очікується, що MDMA полегшить процес обробки почуттів і спогадів у корисний спосіб, але терапевти повинні дати зрозуміти, що це не означає, що буде легко, а також, що вони готові запропонувати підтримку, якщо стане дуже складно.

Учасник повинен зрозуміти, чого очікувати від початку дії препарату. Суб'єктивні та фізіологічні ефекти MDMA починаються через 30-75 хвилин після перорального прийому. Вони можуть включати загострення відчуттів і зміни сприйняття, в тому числі візуальні деформації, зміну яскравості кімнати або кольорів, зміну якості або вбачального розташування звуків, зміну сприйняття часу (особливо його уповільнення), а також зміну змісту або значення сприйняття, думок і спогадів [34, 38, 39, 41, 42].

Для введення, MDMA слід запропонувати учасникові в чаші або іншій невеликій ємності, щоб він міг взяти препарат самостійно і запити його водою. Така презентація символізує характер терапевтичних відносин, в яких терапевт пропонує учаснику інструмент, а учасник залишає за собою право вибору чи використовувати його.

Незабаром після введення MDMA учасника спрямовують перейти у розслаблений стан, і йому може бути корисно зосередитися на черевному диханні. Приблизно через 15 хвилин після прийому MDMA учаснику пропонується відкинутися на футоні, скористатись пов'язкою на очі та навушниками, якщо йому це комфортно, і розслабитися під музику, підібрану для сеансу. Терапевт ненав'язливо нагадує учаснику бути відкритим до того, що відбувається, довіряти своєму вродженому потенціалу зцілення і просити про все, що йому потрібно. З цього моменту MDMA-асистована сесія складається з черги періодів внутрішнього зосередження, під час яких учасник, не розмовляючи, стежить за своїми внутрішньопсихічними переживаннями, і періодів взаємодії з терапевтом. Співвідношення внутрішнього зосередження та взаємодії зазвичай становить приблизно 50:50, але значно

варіюється від сеансу до сеансу. У періоди внутрішнього зосередження терапевти держать чітку емпатичну присутність, щоб підтримати процес.

У деяких випадках учасник може відчувати тривогу на початку дії МДМА. Розглянемо наступний приклад:

*Учасниця: "Я почуваюся дуже дивно. Мої руки і ноги стали важкими і я відчуваю поколювання."*

Терапевт: "Я хочу нагадати вам, що ви перебуваєте в безпечному місці, і ми уважно стежимо за тим, як реагує ваше тіло. Використовуйте своє дихання. Те, що ви відчуваєте, є нормальною реакцією на початок дії МДМА. Використовуючи дихання, як ми практикували раніше, ви можете залишитися з енергією у вашому тілі."

*Учасниця: (Починає дихати / музика м'яка і мелодійна)*

Терапевт: (Після тривалої тиші) "Дуже часто можна відчути багато енергії у вашому тілі. Річ полягає у тому, щоб вдихнути її і відчути її, можливо, насолодитися нею. А також, якщо ваше тіло хоче рухатися, просто дозвольте йому виразити себе."

*Учасниця: "Мені потрібні керівництво. Я одночасно рухаюсь в усіх напрямках. Мені потрібно на чомусь зосередитися. Мені потрібно про щось подумати... забагато думок".*

Терапевт: "Спробуйте побачити, який напрямок надають вам ліки. Замість того, щоб намагатися контролювати свої думки, довіртеся лікам, що вони якимось чином розплутають ці вузли і ви спрямуєте у потрібне русло. Я знаю, що у вашому тілі зараз багато енергії, то можете не намагатись зараз розслабитись, просто дозвольте своєму тілу робити все, що йому потрібно, поки ваші думки пропливають повз".

### **5.3 Період пікових ефектів МДМА**

Пікові ефекти зазвичай настають через 70-90 хвилин після введення препарату [42-44] і тривають від 1 до 3 годин [33, 39, 45]. Терапевти перевіряють учасника через 60 хвилин, якщо учасник не розмовляв з моменту введення препарату. Ця перевірка нагадує учаснику про присутність терапевтів і дає терапевтам уявлення про внутрішній стан учасника. На основі цієї інформації терапевти або заохочують учасника повернутися до внутрішнього зосередження, або розповісти про його внутрішні переживання.

Для перевірки учасника через 60 хвилин один з терапевтів може обережно покласти руку на плече учасника (якщо учасник раніше дав дозвіл на такий дотик) і м'яко запитати його. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Минула вже година, і ми просто перевіряємо, як ви себе відчуваєте".

Учасниця: *"Я не так багато пам'ятаю про своє дитинство. Мені важко уявити, як я можу вилікувати це, якщо навіть не пам'ятаю, що це. Я просто хочу докопатись до цього."*

Терапевт: "Тому я заохочую вас зараз, наскільки це можливо, залишатися з усім цим, включаючи почуття розчарування і занепокоєння з приводу того, що ви не можете нічого пригадати. Дозвольте собі просто зануритися у відчуття всього цього. Наскільки це можливо, відпустіть турботи про те, як ви маєте зцілитися. Вдихніть процес і довіртеся своєму внутрішньому зцілювальному інтелекту, посиленому за допомогою ліків. "

У міру просування сеансу учасник, швидше за все, відчує позитивний настрій і почуття довіри як до себе, так і до оточуючих. Під час деяких сесій такі зміни, що часто супроводжуються почуттям вдячності та корисними інсайтами щодо поточних життєвих ситуацій, відбуваються відносно рано, ще до того, як учасник згадує про травму. Цей досвід, здається, забезпечує платформу, з якої учасник згодом може наблизитись до появи травматичних спогадів і болючих емоцій з більшим відчуттям сили і безпеки, яке приходить разом з емпатичним зсувом у свідомості. Таке розширення свідомості дозволяє учаснику розвинути нове почуття панування над травмою і супутніми болючими емоціями. Під час інших сесій учасники стикаються з травматичними спогадами відносно рано, ще до того, як у них з'являється підтверджуючий досвід. У цьому випадку, швидше за все, позитивний підтверджуючий досвід прийде пізніше на цій сесії, або навіть на наступних сесіях, і сприятиме відчуттю розрешення і зцілення, а також зміні перспективи бачення світу. Те, що Гроф сказав про роботу з ЛСД, стосується і МДМА: ліки певною мірою функціонують як "неспецифічний підсилювач" психічних процесів. Те, що зазвичай сприймається як важке, може почати відчуватись як сильний смуток, страх або лють. Те, що зазвичай є приємним або стверджуючим, може почати асоціюватися з інтенсивною радістю.

Перевагою відносно недирективного підходу є те, що він дозволяє процесу кожного учасника йти будь-яким із цих шляхів або будь-яким іншим шляхом, обраним вродженим зцілювальним інтелектом людини.

Розглянемо наступний приклад позитивного стверджуючого досвіду на початку сесії. У своїй першій МДМА-асистованій сесії ця конкретна учасниця почала з показників суб'єктивних одиниць дистресу (Subjective Units of Distress, SUD) на рівні 7/7. Вона повідомила, що дуже тривожилася через невідомість, зокрема боялася, що можуть бути спровоковані флешбеки. Приблизно через 45 хвилин після введення МДМА вона сказала:

*"Мої ноги трохи важкі, а в грудях трохи жарко, але це не погано. Я більше не нервую. Я відчуваю тепло і неясність, я зовсім не відчуваю стресу".* Через 1 годину її показник SUD дорівнював 0 (насправді вона повідомила це як "мінус 15"). *"Кольори яскраві, всередині тепло, багато енергії... Думки приходять швидко. Мені потрібен якийсь напрямок. Любов, але я бачу на шляху до неї перешкоди".* Терапевти запропонували їй зосередити свою увагу назад всередину. Через кілька хвилин вона сказала: *"Я щойно почула: "Ти найкраща!"... Я бачу зв'язок між дереалізацією і з'валтуванням".* Вона коротко розповіла



про зґвалтування і усвідомила страх, самозвинувачення і відчуття самотності, а потім сказала: *"Під заціпенінням знаходився відчай. Зараз я відчуваю себе захищеною, я нарешті відчуваю, що мене люблять і захищають. (Сльози) Добре мати когось, хто піклується про тебе"*. На цій сесії вона продовжила розповідати про зґвалтування, усвідомлюючи, як пережите в дитинстві зробило її вразливою. Значну частину сесії вона присвятила визнанню того, що вперше змогла по-справжньому відчути, скільки любові та безпеки було в її шлюбі. На наступних сесіях вона сказала: *"Тепер у мене є карта поля бою. Думаю, наступного разу я зможу глибше опрацювати травму"*, що вона і зробила.

Наведена вище зміна думок є прикладом того, що мається на увазі під "недирективністю". Терапевти надали їй певний напрямок, коли вона попросила про це, пропонуючи їй зосередити свою увагу всередині себе. Це було представлено як пропозиція, а не інструкція, і вони не спрямовували її думки, які, за її словами, "бігли швидко", в якомусь конкретному напрямку, і не намагалися втрутитися, щоб сповільнити її мислення. Багатство і цінність переживань, що розгорталися, свідчать про терапевтичний потенціал цього підходу.

Розглянемо наступний приклад досвіду зіткнення з травматичними спогадами на відносно ранньому етапі сеансу:

Одна учасниця на своєму першому сеансі з використанням МДМА почала плакати через годину після введення МДМА і описала страх, смуток, розмитість зору і відчуття в тілі, які вона мала, коли її вдарили ножом. Вона продовжувала спонтанно переживати травму в деталях, ніби дивилася фільм з уповільненим часом, і сказала: *"Зараз це здається більш реальним, ніж тоді, коли це сталося"*. Іноді вона могла описати це терапевтам, а іноді у неї були повномасштабні флешбеки: *"Будь ласка, не дайте мені померти, я маю дещо, заспокойся, заспокойся"*, - і вона піднімала руки вгору, ніби захищаючись. Цей досвід тривав більше години, а терапевти емпатично слухали пацієнтку і періодично вступали в контакт, щоб нагадати їй про свою присутність. Результатом став глибокий рівень зцілення, який продовжував розвиватися завдяки цій можливості пропрацювати травму в безпечному середовищі, що дозволило їй бути більш присутньою, ніж вона була під час самої події.

Зазвичай учасники спонтанно встановлюють зв'язок між своїми почуттями щодо конкретних травматичних подій і раннім дитячим досвідом. Часто вони приходять до розуміння того, що попередній досвід міг зробити їх більш вразливими до травматизації в майбутньому або вплинути на їхню реакцію на подальшу травму. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Ви почали відчувати страх".

Учасниця: *"Страх змінився на "Я дуже злий на себе за те, що дозволив цьому статися"."*

Терапевт: "Це легше відчувати, ніж страх?"

Учасниця: *"Думаю, так."*

Терапевт: "Тому що ви переживали це, і почав з'являтися страх, і я запросив вас піти всередину і відчутти страх. Скільки часу пройшло до того, як він змінився на гнів?"

Учасниця: *"Зовсім небагато."*

Терапевт: "Як ви думаєте, ваш розум робить це, щоб відволікти вас від почуття страху?"

Учасниця: *"Можливо. Після початкового "Що, чорт забирай, відбувається?", моя свідомість переключилася на "Цього не відбувається. Це занадто абсурдно, щоб бути реальністю"... З самого дитинства... я ніколи не відчувала себе захищеною. Ніколи не було ніякої підтримки. Я не була вільна бути собою... лише такою, якою вимагала ситуація. Я і тоді мусила це робити, бути такою, якою вимагала ситуація."*

(Довга мовчанка)

*"Я відчуваю, що багато з того грузу, який я носила на собі, я сама звалювала на себе, чи то розчарування в собі, чи то самозвинувачення. Не зрозумійте мене неправильно, я не думаю, що я на це заслужила, або просила про це, або зробила щось, щоб це сталося. Я взагалі так не відчуваю. Це як твоя основа, а на неї зверху додалися невпевненість у собі, відчай, і не встигаєш озирнутися, як у тебе вже багатошаровий бутерброд. Я відчуваю кожен з тих шарів. Я не знаю, як це виразити чи сформулювати, але я відчуваю кожен з них. Це не "Фу", як я звикла це описувати. Вони накладаються один на один. Думаю, я просто робила це так довго, що коли сталося з'валтування, воно стало останньою краплею, яка переповнила чашу. Я просто залишила все. Мій розум вирішив, що цього достатньо, більше не треба".*

У цьому підході передбачається, що терапевти не можуть знати, коли і для кого буде найкорисніше зосередитися на "індексній травмі", а коли може бути найкорисніше встановити зв'язок з іншими подіями або періодами їхнього життя. Відносно недирективний підхід залишає це рішення на розсуд вродженої здатності людини до зцілення.

МДМА-асистована психотерапія допомагає учаснику зіткнутися з травматичними спогадами та опрацювати пов'язані з ними думки та емоції. Як показано вище, часто з'являються інсайти щодо давніх емоційних і поведінкових патернів, заснованих на ранніх захисних реакціях на глибинні почуття гніву, горя і сорому. Завдяки більшому самоприйняттю і меншій самокритичності учасник набуває ясності і впевненості в собі, почуття самоефективності, а також менш боязкого, більш відкритого і допитливого ставлення до спогадів, думок і почуттів, що розгортаються. Очікується, що більш уважно та об'єктивно дослідити спогади та думки під час роботи з матеріалом, пов'язаним з травмою, учаснику допоможе не надмірне збудження, а відчуття внутрішнього спокою, яке в той же

час дозволяє сильним емоціям вийти на поверхню. Почуття безпеки може працювати в поєднанні з полегшеним пригадуванням, дозволяючи глибше дослідити події, пов'язані з травмою, та їхній вплив на стосунки та інші аспекти життя учасника. Цей механізм узгоджується зі спостереженнями інших методів терапії, які вимагають опрацювання травми, що для ефективності має супроводжуватися певною мірою емоційного залучення або "активації страху", уникаючи при цьому дисоціації або переповнення емоціями [1]. Таку стратегію називають роботою в "зоні оптимального збудження" або "вікні толерантності" [4, 46, 47]. Розглянемо наступний приклад:

Учасниця: *"Страх - це єдина емоція, яку я коли-небудь знала так добре... боюся цього, боюся того. Це єдине, що я відчувала, наскільки я себе пам'ятаю. Страх, що зупиняє серце, вивертає кишки."*

Терапевт: "Хммм." (Довга тиша/м'яка фортепіанна музика)

Учасниця: *"Я так довго тримала все це в собі. Вони такі важкі, ці емоції... наче мене так тренували, відколи я себе пам'ятаю. Дітей мали бачити, але не чути. З того моменту я намагалася зробити себе якомога менш значущою. Після з'ясування я була на перших шпальтах газет. Я знала всіх в лікарні. Мені було так соромно, наче мене затаврували чорною міткою."*

Терапевт: "Я думаю, що для вас важливо пережити ці почуття страху і сорому. Ви так довго трималися за ці емоції, а також за віру в те, що ви маєте існувати певним способом. Це дійсно потужне переживання, просто саме усвідомлення цього".

Учасниця: *"І це все пов'язано з тим, як я поводи́ла себе у дорослих стосунках, тому що я завжди боялася бути собою, тому що я нікому не сподобаюсь такою, якою я є. Потім з'являється Том. Потім з'являється Том, і мені вже не потрібно бути певним чином. Тепер у мене є хтось, на кого я можу покластися, хтось, хто поруч зі мною і не засуджує мене. Це чудове відчуття"*.

По мірі того, як учасник відчуватиме посилену близькість до інших, більше довіри та інтимності, він також може відчутти емпатію та прощення до себе та інших. В ідеалі, цей процес допомагає учаснику відчутти себе гідним, незважаючи на сором або страждання, спричинені травматичною подією або подіями.

Учасниця: *"Я відчула цей взаємозв'язок між мною і Томом. Я не відчувала його вже давно, і саме тому мені стало набагато краще, коли я зрозуміла, що він все ще існує. Для мене було великим стресом те, що я більше не відчувала цього зв'язку"*.

Такі інсайти можуть також допомогти учаснику розвинути більшу довіру до терапевтів і полегшити розмову про внутрішні переживання. Учасник також може стати більш схильним погодитись на будь-які пропозиції, спрямовані на покращення терапевтичного досвіду або на те, щоб допомогти йому залишатися залученим до певного елемента досвіду, наприклад, важкого спогаду, почуття або інсайту.

*Учасниця: "Просто існувати - це відстій. Ви - справжня знахідка. Так приємно мати когось, хто розуміє. Так довго це було "прийми цю таблетку, прийми ту таблетку". Тієї ночі, коли мене згвалтували, перше, що спало мені на думку, було: "Вони не повірять мені через футболку, яка була на мені". Я справді думала, що мені ніхто не повірить. І ось ви тут. Протягом багатьох років усі просто казали: "Прийми це і прийми те". Ніхто насправді не намагався докопатися до симптомів і допомогти мені з'ясувати, що є причиною всього цього".*

Таке вербальне вираження, свідками якого стають терапевти, зазвичай відіграє важливу роль у терапевтичному процесі. Слухаючи і розмовляючи з учасником, терапевти також оцінюють, чи є така вербальна взаємодія індикативною, чи це може бути спробою захиститися від важкого або болючого емоційного матеріалу. Хоча загальний терапевтичний підхід має бути переважно недирективним, тим не менше, іноді вказівки або перенаправлення можуть бути корисними. Якщо учасник, здається, інтелектуалізує, то внутрішній досвід, ймовірно, не розрішився і потребує більше часу для розгортання. Про таку ситуацію іноді кажуть, що учасник "випереджає внутрішній емоційний досвід". У такій ситуації важливо, щоб терапевт втрутився і скерував учасника назад до переживання його внутрішнього досвіду. У цьому випадку вказівки слід пропонувати як можливий вибір, не маючи на увазі, що він є очікуваним або єдино правильним.

Іноді запрошення полягає в тому, щоб розширити вербальну дискусію:

Терапевт: "Чи хотіли б ви розповісти нам більше про це?"

Або звернути увагу на невербальну або непрямую комунікацію:

Терапевт: "Я щойно помітив, що у вас змінився голос. Чи ви помічаєте, що щось відбувається?"

В інших випадках пропонується зосередитися на собі:

Терапевт: "Чи не хотіли б ви поекспериментувати з тим, щоб не відволікати себе таким чином протягом декількох хвилин для того, щоб побачити, що ви ще можете довідатись?"

Терапевт: "Можливо, зараз саме час одягнути пов'язку на очі та навушники і повернутися всередину, щоб дати лікам допомогти вам з цим?"

Деякі учасники неохоче "повертаються всередину", незважаючи на заохочення до цього. Їхній вибір слід поважати, але якщо така поведінка повторюється, в певний момент її слід дослідити з неупередженою цікавістю - або під час експериментальних сесій, або під час інтегративних сесій у рамках підготовки до наступної експериментальної сесії.

Інші учасники можуть прийняти пропозицію "поглинути всередину", але будуть мати тенденцію знову починати розмову через кілька секунд або хвилин. У такому випадку терапевтам може бути корисно сформулювати пропозицію в термінах певного проміжку часу, наприклад:

Терапевт: "Можливо, зараз настав час одягнути пов'язку на очі та навушники і повернутися всередину **на деякий час**, щоб подивитися, що ліки та ваш внутрішній зцілювальний інтелект можуть показати вам з цього приводу".

Привернення уваги до тіла та/або дихання може бути корисним способом спрямувати увагу на внутрішні переживання. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Де ви відчуваєте це у своєму тілі?"

Терапевт: "Можливо, буде корисно прийняти дійсно зручне положення і дозволити своєму тілу зануритись в матрац".

Учасниця: *"Я відчуваю себе такою викривленою. Чи зможете ви провести мене через будь-який травматичний досвід, щоб допомогти мені зосередитися?"*

Терапевт: "Безумовно. Якщо ви відчуваєте, що зараз настав час це зробити, ми можемо допомогти вам, але ймовірно краще буде спочатку спробувати заглибитися в себе і, наскільки це можливо, розслабитися у розгортанні досвіду. Іноді розмови можуть заважати переживанню. Ми можемо поговорити більше пізніше».

Ця відповідь ґрунтувалася на відчутті терапевта, що учасник намагається форсувати переживання і шукає зовнішніх орієнтирів за рахунок внутрішнього усвідомлення:

Учасниця: *"Я відчуваю себе дуже неспокійно."*

Терапевт: "Просто спробуйте трохи поплисти за течією в цьому стані."

Терапевт: "Я думаю, що було б добре лягти, зануритися в матрац і дозволити своєму тілу звикнути до цього руху, якщо вам це потрібно. Спробуйте дозволити своєму диханню занурити вас у плутанину і дозволити лікам діяти разом з вашим диханням, допомагаючи вам пройти через неї."

Учасниця: *"Якщо ви не проти, могли б ви нагадати мені, щоб я вдихала це? Просто дайте мені маленький знак, щоб я вдихала."*

Терапевт: "А якщо я просто доторкнуся до вашого плеча, щоб нагадати про це? Пам'ятайте слова: "Не біжіть попереду ліків". Дозвольте лікам відвести вас туди, куди вам потрібно."

У багатьох випадках просто привернути увагу до тіла, запитавши про поточний фізичний досвід і заохотивши учасника дозволити спонтанні рухи і самовираження, буде достатньо для подальшого виявлення і звільнення напружень або блоків у тілі. Якщо необхідна подальша фасилітація, конкретний підхід залежатиме від підготовки та досвіду терапевта, але завжди має бути представлений як пропозиція або запрошення до подальшого дослідження, а не як інструкція чи вимога.

Якщо учасник "чинить опір" пропозиції, визнайте, що це, ймовірно, не навмисно, або навіть несвідомо, і що зазвичай краще прийняти це і слідувати в будь-якому напрямку, який

учасник обере, аніж продовжувати боротися чи інтерпретувати опір у цей момент. Винятком з цього підходу є випадки, коли виявляється, що людина постійно чогось уникає. У такій ситуації, якщо терапевт вирішує безпосередньо звернутися до цього опору, це слід робити м'яко, як спільне дослідження, з повагою до того факту, що основним наміром опору є самозахист. Як і в інших видах терапії, підходом має бути опрацювання самого опору, а не намагання його подолати. При м'якому, мінімально директивному підході, учасник за певний час, швидше за все, спонтанно повернеться до цієї проблеми далі в ході сесії або на наступних сесіях з використанням МДМА чи подальших інтегративних сесіях.

*Учасник: "Я щойно зрозумів, що кожного разу, коли я починав думати про той час на блокпосту, я вирішував піти до туалету."*

На цьому етапі учасник може мати цінні інсайти про опір, а також про проблему, що лежить в його основі. Це ситуація, в якій є місце для гнучкості інтуїції та суджень терапевта. Інсайти, сформульовані спонтанно, швидше за все, принесуть більше користі, але іноді наставлення від терапевта може допомогти створити цінну можливість для зцілення.

Терапевти повинні розпізнавати і враховувати як основні психологічні процеси учасника, так і досвід, що відбувається завдяки дії ліків. Цей обов'язок передбачає підтримку учасника в опрацюванні негативних наслідків травми та одночасну підтримку пом'якшувальних ефектів МДМА. Присутність терапевта і дія препарату можуть забезпечити відчуття безпеки в той час, коли бар'єри сприйняття учасника відкриваються, дозволяючи розширити доступ до спогадів, думок і емоцій з більшою ясністю, співчуттям і відчуттям міжособистісного зв'язку. Розглянемо наступний приклад:

*Учасниця: "Іноді я настільки відірвана від своєї сім'ї. Іноді я навіть не відчуваю, що я мама Ейлін. Це просто не так... Я не знаю."*

Терапевт: "Ваша дереалізація забирає всю вашу увагу."

Учасник: "Мої відчуття вимкнені."

Терапевт: "Це безпечний час, щоб більше помічати свій власний досвід. Спробуйте зосередитися на своєму досвіді, а не спрямовувати його ззовні чи намагатися просто пережити його. Сьогодні здається, що існують шари, пов'язані не лише зі зґвалтуванням, але й з попередніми переживаннями. По-перше, верхній шар - це деперсоналізація, а коли ця завіса спадає, під нею - самоосуд, а під ним - страх і злість. Тепер, нарешті, можна безпечно це переглянути".

Учасниця: *(Тихо дихає)*

Підвищена чутливість до міжособистісних стосунків і питань інтимності може дозволити учасникам розглянути, як їхні симптоми змінили або погіршили їхні стосунки з іншими. З цієї точки зору, учасники більш здатні розглядати свої міжособистісні стосунки реалістично, не судячи себе або інших занадто суворо. Розглянемо наступний приклад:

Учасниця (під час узгодженого телефонного дзвінка чоловікові наприкінці сесії): *"Ви сказали Тому, що я кохаю його?"*

Терапевт: "Ні. Шкода, що я впустила це, але я можу йому передзвонити. Це те, що ви зараз глибоко переживаєте?"

Учасниця: *"Так, на глибокому рівні, глибоке почуття любові і розуміння того, через що я проходжу не знаючи, як допомогти. Він моя споріднена душа. Я не знаю, що б я без нього робила. Ця глибока любов, яку я відчуваю зараз. Я не відчувала цього так давно".*

Підвищена увага до міжособистісних стосунків може бути корисною для учасників, які дистанціювалися від інших як спосіб подолання травми або симптомів ПТСР. Почуття міжособистісної довіри також може допомогти учасникам, які відчували брак підтримки з боку близьких після травматичних подій. Терапевти та учасник можуть відкрито прагнути дослідити ці сфери під час частини сесії з використанням МДМА.

Під час сесії з використанням МДМА учасник може відчувати сильні "негативні" емоційні реакції, в тому числі відчуття втрати контролю над собою. Коли терапевти бачать, що дистрес учасника заважає їм зосередитися на внутрішньому досвіді, вони втручаються, заохочуючи учасника залишатися присутнім на більш глибоких емоційних рівнях, включаючи тривожні почуття, і повірити в те, що тепер безпечно зіткнутися з цим досвідом. Нагадуючи, що в цій підтримуючій атмосфері не тільки безпечно, але й корисно переживати страх втрати контролю і експериментувати з послабленням потреби в контролі, фактично не втрачаючи при цьому контролю і не наражаючись на небезпеку. Вони заохочують учасника відмовитися від контролю і повністю пережити та висловити свої почуття, в тому числі страх втрати контролю. Вказівки терапевта можуть мати таку форму:

- Впровадження раніше практикованих дихальних вправ (наприклад, "використовуйте дихання, щоб залишитися у досвіді, вдихніть його").
- Словесні висловлювання, які запевняють учасника, що він знаходиться в безпечному місці, і те, що зараз відбувається, є частиною процесу зцілення.
- Заохочення учасника говорити про свої емоції або іншим чином виражати їх (наприклад, через сльози, крик або інші звуки). "Нехай сльози йдуть" або "Нехай ці звуки йдуть".
- Тримання учасника за руку або забезпечуючи інший підтримуючий дотик.

У важкі періоди один або обидва терапевти пропонують підтримуючий дотик (якщо це культурно та особистісно прийнятно для учасника), запитуючи дозвіл (наприклад, "Чи ви хочете, щоб я потримав вас за руку?").

Таким чином терапевти допомагають учаснику залишатися у сильних емоційних переживаннях, в тому числі страху, тривозі, соромі, провині і т.д., замість того, щоб намагатися пригнічувати або уникати їх. Терапевти нагадують учасникам, що це є

природним розвитком терапевтичного процесу, відкриття і просування через внутрішню територію, якої вони, можливо, раніше боялися або не могли повністю зустріти обличчям.

Терапевт: "Я заохочую вас просто бути максимально присутнім у цій плутанині (застряглому почутті, страху і т.д.), відчуті її настільки повно, наскільки це можливо, і висловити її будь-яким способом, яким це може статись".

Розглянемо наступний приклад допомоги учаснику з важким досвідом:

Учасниця: *(Глибоко вдихає) "Страх"*.

Терапевт: "Страх. Де ви відчуваєте його у своєму тілі?"

Учасниця: *"У грудях. Важко дихати, такий задушливий страх"*.

Терапевт: "Чи є якісь образи чи зміст, пов'язані з цим?"

Учасниця: *"Ні, просто глибоко вкорінений страх. Просто це неправильне відчуття. Просто неправильне. Я не знаю, як це пояснити. Це схоже на те, що забрали вітер з вітрил"... цей всепоглинаючий, задушливий страх, жах, просто неконтрольований, безпорадний страх"*. *(Плаче)*

Терапевт: "Я розумію це як щось, що ви носили в собі, і тепер воно виходить назовні, щоб бути вираженим і зціленим".

Учасниця: *"Це дивно. Моє тіло, я знаю, що я в безпеці, але мій розум просто не хоче цього визнавати. Це дивне поєднання: мій розум каже моєму тілу одне, а тіло відповідає "Ні", але мій розум просто, просто... це ніби хтось накидає на мене мокру ковдру. Просто задушливо. Знаєте, коли не можеш перевести подих... тільки страх."*

Терапевт: "Пам'ятайте про своє дихання. Ми тут, поруч з вами".

Часто запрошення зосередитися на собі та/або перенести усвідомленість в тіло і використовувати дихання є достатнім для того, щоб дозволити учаснику залишитися у складному досвіді і врешті-решт пройти через нього до нових осянь і відчуття очищення, відкриття і розслаблення тіла. Якщо цього не відбувається, терапевт може запропонувати певний рівень сфокусованої роботи з тілом як додатковий каталізатор процесу:

Терапевт: "Одним з варіантів роботи з цим може бути робота з цим місцем у вашому тілі. Це абсолютно необов'язково, і якщо ви вирішите це зробити, ми зробимо це без будь-якої мети, не намагаючись нічого змінити, просто щоб побачити, чи є щось, що ваше тіло хоче зробити, або щось, що потрібно вивільнити. І ви завжди можете зупинити процес в будь-який момент".

Часто учасники мають яскраві образи, які можуть відображати певний аспект їхнього процесу зцілення. Розглянемо наступні приклади:



- "Я відчував глибокий зв'язок з болісними почуттями від травм, коли бачив, як вони проходять повз у сферах, але це не викликало тривоги. Я відчувала глибокий смуток у своєму серці, [плаче], але також і глибоке щастя від того, що я зцілювала це і відпускала".*
- "Це як кожного разу, коли я заходжу всередину, я бачу квіти і зриваю одну, і це те, над чим треба працювати далі. І є речі, які важко прийняти, але кожного разу, коли я проходжу через них, я відчуваю себе набагато краще".*
- "Це ніби навколо мене були нав'язані мотузки, а тепер вони послаблюються".*
- "Я - величезна купа добрив, які переробляються у компост і перетворюються на прекрасний багатий ґрунт. Це ідеальний час для дощу. Я перетворювач, я - земля, я є. Листя, дощ, навіть кислотний дощ падають на мене, а я маю потужну екосистему, все це можу поглинути. Те, що ми тут робимо, - це переробка компосту".*
- "Я бачу величезні білі двері з красивим білим склом, такі величезні і важкі, але майстер сконструював їх так, що їх можна відчинити однією рукою. Двері такі легкі тільки без страху. Як цікаво! Якщо я підходжу до них з усіма своїми страхами, то я стаю слабким. Я виймаю ці страхи з різних частин свого тіла, дивлюся на них і кажу: "Все гаразд, але я залишаю вас тут". Колись страх служив мені добре, але не зараз, коли я вхожу в ці двері".*

#### **5.4 Подальша частина сеансу психотерапії з використанням МДМА**

По мірі вщухання ефектів МДМА, терапевти можуть поговорити з учасником більш детально про те, що він пережив під час сеансу. Терапевти запитують, чи хоче учасник надати більш детальну інформацію про свій емоційний та психосоматичний стан [16], однак на цьому етапі не слід тиснути на нього; це можна залишити для наступних сесій.

Терапевт: "Ми не змушуємо вас говорити зараз, але хочемо дати вам можливість розповісти більше деталей, якщо ви відчуваєте, що це доречно. Іноді люди вважають, що краще притримати пережите в мовчанні до наступного дня, а інші вважають корисним поговорити про це на цьому етапі".

Терапевт заохочує учасника обміркувати і прийняти достовірність пережитого досвіду, включаючи будь-які нові інсайти. Якщо учасник висловлює жаль або самозасудження з приводу того, що сталося під час експериментальної сесії, терапевти допомагають йому нормалізувати ці почуття і заспокоюють його. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт: "Знаєте, сьогодні ви зіткнулися з багатьма важкими переживаннями і говорили про них так, як раніше не могли. Те, що ви зробили, дуже важливо для процесу зцілення, це, безумовно, добре, і цілком зрозуміло, що після того, як дія ліків закінчиться, у вас з'являться і інші думки або судження про це. Це є звичайним явищем для людей, які займаються подібною роботою. Частково наша роль полягає в тому, щоб допомогти вам впоратися з цими думками і почуттями, а також поважати те, що є частини вас, які ще не довіряють достовірності отриманого

досвіду. Це все частина процесу. Як ви це бачите? Це був справжній досвід чи просто досвід, пов'язаний з препаратом, який не відчувався справжнім і реальним?"

Учасниця: *"Ні, це був справжній досвід. Це був мій власний досвід. Препарат зробив його можливим, але це був мій досвід."*

Якщо учасник вказує на фізичний біль, напруження, тривогу або інші ознаки дистресу, терапевти можуть використовувати сфокусовану роботу з тілом (див. Розділ 6.3 "Сфокусована робота з тілом під час інтеграції").

Якщо емоційний дистрес учасника зберігається наприкінці сесії, і він не може пережити і спонтанно пройти через щось складне, можуть бути корисними наступні кроки. У більшості випадків ці кроки слід виконувати послідовно, переходячи до наступного кроку лише за необхідності:

1. Запитайте: "Що ви відчуваєте у своєму тілі?" Це питання допомагає учаснику усвідомити зв'язок між тривожними емоціями і будь-якими соматичними проявами. Усвідомлення цього зв'язку і пропозиція "Продихати цю область і дозволити своєму досвіду розгорнутися" може бути єдиним необхідним втручанням.
2. Заохочуйте учасника: "Використовуйте своє дихання, щоб допомогти собі залишатися максимально присутнім в цьому досвіді. Занурьтесь всередину, щоб дозволити вашому внутрішньому зцілювальному інтелекту працювати з цим". Якщо учасник все ще перебуває під впливом МДМА, додайте: "Препарат допоможе цьому статися".
3. Якщо учасник дуже збуджений (відчуває тривожний афект, рухається на дивані, розплющує очі), може бути корисно потримати його за руку або ніжно покласти руку на руку, груди, спину або на ділянку, де учасник відчуває біль, напругу або інші фізичні симптоми. Цей турботливий дотик може заспокоїти і допомогти перефокусувати увагу на внутрішніх переживаннях, але це слід робити тільки з дозволу учасника.
4. Запитайте: "Чи є якийсь вміст (конкретні образи, спогади або думки), який з'являється з цими почуттями?" Якщо так, терапевт може заохотити учасника до подальшого обговорення. Можливість висловити пережите словами сама по собі може бути терапевтичною, особливо в цій безпечній обстановці. Це момент також може бути нагодою для терапевта допомогти учаснику дослідити зв'язок між поточними симптомами та минулим травматичним досвідом, а також надати можливість почати розглядати цей досвід у перспективі свого теперішнього життя.
5. Після цього періоду розмови, а також періодично протягом сесії, заохочуйте учасника "повернутися всередину", зосередитися на власному внутрішньому досвіді.
6. Якщо учасник продовжує виражати або демонструвати емоційний дистрес, соматичне напруження або біль, може бути показана робота з тілом більш цілеспрямованого характеру, відповідно до підготовки та досвіду терапевтів у цій сфері.

## **5.5 Завершення сесії МДМА-асистованої психотерапії**

Коли сеанс МДМА-асистованої психотерапії наближається до завершення, учасник може запросити близьку людину до консультаційного кабінету, щоб приєднатися до процесу інтеграції. Цей візит слід обговорити та спланувати задовго до початку сесії МДМА-асистованої психотерапії. Терапевти повинні зустрітися з учасником та близькою людиною, щоб оцінити якість стосунків і рівень здатності близької людини надавати належну підтримку без директивності та нав'язливості. Якщо є підстави вважати, що візит у цей час завадить, а не підтримає процес інтеграції, терапевти повинні порадити не контактувати з близькими до наступного дня.

Якщо близька людина запрошена на візит, слід домовитися, що вона буде чекати в кімнаті очікування, поки один з терапевтів не вийде, щоб поговорити з нею. Якщо, як це буває іноді, але не завжди, близьку людину попросили прийти до того, як більша частина ефекту МДМА мине, вона повинна бути готовою почекати, поки терапевти та учасник вирішать, що настав час запросити її до сесійної кімнати. Близьку людину слід заохотити не сприймати на свій рахунок, якщо через специфіку сеансу її не запросили пізніше, ніж очікувалося. Коли прибуває близька людина, один з терапевтів (з попереднього дозволу учасника) повинен провести коротку зустріч з нею за межами кімнати, щоб пояснити поточний стан учасника, розпитати про будь-які занепокоєння або питання, які можуть виникнути у близької людини, а також оцінити її здатність бути емпатично присутньою з учасником в його поточному стані душі. Розглянемо наступний приклад:

Терапевт (за межами сесійної кімнати з чоловіком учасниці, який прийшов через 4 години після введення МДМА): "Привіт, дякую, що прийшли. У неї зараз відбувається дуже хороша і потужна сесія. Вона хотіла б, щоб ви повернулися, але хоче, щоб спочатку я про дещо з вами домовився. Вона також зрозуміє, якщо ви вирішите, що не можете дати таку згоду, і їй буде добре, що б ви не вирішили. Вона хоче більше поговорити з вами про те, що з нею жорстоко поводитись, але боїться, що ви можете захотіти протистояти її кривднику і завдати йому шкоди. Саме тому вона не говорила з вами про це раніше. Тому вона хоче знати, чи погодитесь ви, що незалежно від того, що ви почувєте, ви не будете діяти таким чином. Я також цілком зрозумію, якщо ви не можете щиро цього пообіцяти, і вона теж це зрозуміє. Ми також зрозуміємо, якщо зараз просто ви не готові почути більше про жорстоке поводження з нею, тому що я впевнений, що це буде важко почути. Ми хочемо, щоб ви були по-справжньому чесними щодо того, на що ви можете погодитися і що ви вважаєте нормальним для себе."

Близька людина (після деяких роздумів): "Я можу погодитися на це. Я знаю, що було б добре, якби ми обидва перестали уникати розмов про це. Я уникав піднімати цю тему, тому що не думав, що вона хоче про це говорити".

Учасниця та її близька людина далі мали наповнену чудовим зв'язком розмову про насильство. Вони змогли поговорити і вислухати один одного зі співчуттям і розумінням, а також опрацювати свої почуття у дуже цілющий спосіб.

Наприкінці сесії терапевти обговорюють з учасником та його близькою людиною деякі наслідки досвіду вживання МДМА і те, чого можна очікувати з плином часу, коли

розгортатиметься процес зцілення. На цьому етапі можна переглянути домовленості про те, як вони можуть найкраще підтримувати один одного в цей час.

Учасник залишається на ніч у центрі лікування під наглядом кваліфікованого супроводжуючого. Учаснику може бути запропоновано, щоб його близька людина також залишилася в центрі. І учаснику, і супроводжуючому надаються засоби зв'язку з терапевтами. Терапевти є доступними по телефону, а також можуть повернутися в клініку на прохання учасника або супроводжуючого.

Терапевти беруть до уваги фізіологічні показники (кров'яний тиск, пульс і температуру), а також самозвіт про наявність дистресу та психічний стан, щоб зробити клінічне судження про стабільність учасника і затухання ефекту від препарату. Якщо учасник відчуває залишковий емоційний дистрес, терапевти використовують клінічне судження, щоб оцінити інтенсивність дистресу і визначити, які втручання слід застосувати. У більшості випадків правильне втручання полягає в тому, щоб дозволити учаснику висловити свої почуття, а також допомогти йому зрозуміти важливість цих почуттів у загальному процесі зцілення. Терапевти можуть покинути клініку лише тоді, коли дійдуть висновку, що учасник є емоційно та медично стабільним і що більшість ефектів MDMA зникли.

Учасника слід проінформувати про те, що, хоча гострі ефекти MDMA минули, наслідки MDMA-асистованої терапевтичної сесії неминуче продовжать проявлятися протягом годин і днів після сеансу. Часто учасника заохочують писати про свій досвід та/або створювати твори мистецтва з наданих матеріалів, використовуючи це як спосіб продовження дослідження та вираження досвіду, який розгортається. Учасника також заохочують звертати увагу і записувати протягом наступних кількох днів після сесії будь-які сни, які він запам'ятає. Учасника також запевняють, що терапевти продовжуватимуть надавати підтримку і допомагатимуть у пропрацюванні та вирішенні будь-яких труднощів. Перед від'їздом терапевти можуть повторити з учасником техніки релаксації та самозаспокоєння, яких він навчився на вступних сесіях, і допомогти йому в їх застосуванні. Якщо дистрес учасника не зменшився в достатній мірі за допомогою вищезазначених заходів, терапевти повинні розглянути можливість сфокусованої роботи з тілом. "Рятівні ліки" можуть бути застосовані, якщо залишається значна тривожність, а всі інші втручання не змогли знизити її до терпимого рівня.

Якщо по закінченню 2-годинного періоду стабілізації всі засоби зменшення дистресу не допомогли і учасник залишається сильно стурбованим, збудженим, перебуває під загрозою самоушкодження або самогубства, або є психологічно нестабільним з інших причин, терапевти можуть обрати один з трьох варіантів:

1. Один або обидва терапевти можуть залишатися з учасником до тих пір, поки його стан не буде стабільним.
2. Терапевти можуть зустрічатися з учасником щодня, поки не мине період дестабілізації.
3. Учасника можуть госпіталізувати доки вони не набудуть стабільного стану.

Терапевти мають застосовувати варіант госпіталізації лише за екстремальних умов, спочатку спробувавши всі інші придатні варіанти. Госпіталізація, ймовірно, буде показана дуже рідко і, як правило, буде використовуватися тільки в тому випадку, якщо особа значно клінічно дезорганізована, не в змозі піклуватися про себе або становить потенційну небезпеку для себе або інших.

За винятком необхідності будь-якого поточного лікування або уваги з боку терапевтів, учасник проводить решту вечора і ніч у комфортній окремій кімнаті в клініці або в кабінеті терапевтів. Протягом цього часу на чергуванні перебуває супроводжуючий, який має окрему кімнату для відпочинку. За бажанням, він може виконувати функції неупередженого та емпатійного слухача, але в першу чергу виконує функцію підтримки та спостереження за психічним і фізичним станом учасника. Супроводжуючі повинні мати здатність бути присутніми при прояві емоції інших людей, не піддаючись при цьому власній емоційній реакції. Вони проінструктовані поважати будь-яке побажання учасника побути в тиші наодинці чи співчутливо вислухати його, якщо учасник хоче поговорити. Вони не повинні інтерпретувати переживання учасника або іншим чином діяти як терапевти. Супроводжуючі піклуються про потреби учасника в їжі або рідині і пропонують товариство, сидячи або гуляючи з ним, відповідно до бажання учасника. Супроводжуючий зв'язується з терапевтами, якщо в будь-який момент здається, що учасник відчуває надмірний дистрес.

Учасник може проводити час у приміщенні або на відкритому повітрі за умови, що супроводжуючий перебуває поруч. Проте учасники заохочуються до відпочинку, обмірковування та інтеграції нещодавнього досвіду у спокійній атмосфері.

Хоча МДМА-асистована психотерапія часто призводить до покращення сну та усунення безсоння, що вторинно супроводжує ПТСР, досить часто вночі, що слідує одразу після МДМА-асистованої сесії, учасники мають труднощі зі сном, частково через залишкові амфетаміноподібні ефекти МДМА. За бажанням учасника та за відсутності протипоказань відповідальний терапевт може призначити заспокійливе/снодійне, таке як золпідем або бензодіазепін.

Наступна інтегративна сесія проводиться вранці після кожної сесії з використанням МДМА.

Головний терапевт після консультації з медичним наглядачем несе відповідальність за дискваліфікацію учасника, у якого під час першої МДМА-асистованої сесії виникла настільки несприятлива фізіологічна або емоційна реакція на МДМА, що подальша сесія з використанням МДМА може становити неприйнятний ризик.

Якщо під час першої МДМА-асистованої сесії виникла особливо сильна паніка або інша проблемна психологічна реакція (наприклад, суїцидальні наміри), терапевт вирішує чи має учасник пройти другу сесію з МДМА, як це заплановано в протоколі. Це рішення має бути прийняте тільки після оцінки стану учасника під час наступних сесій, а потім має бути ретельно пояснене та обговорено з учасником. У багатьох випадках, якщо учасник висловлює таке бажання, корисніше провести ще одну сесію із застосуванням МДМА, оскільки це дасть можливість обробити та усунути причини, що лежать в основі тривжності, аніж посилювати ідею про те, що її потрібно уникати.

## 5.6 Наступні експериментальні сесії МДМА-асистованої психотерапії

Якщо під час першої сесії не виникло медичних або психологічних ускладнень, всі учасники мають право на одну або кілька додаткових сесій психотерапії з використанням МДМА, відповідно до протоколу дослідження. Учасників слід попросити обговорити свої думки та почуття щодо того, чи бажають вони пройти додаткову сесію, чи ні. Терапевти також повинні висловити свою думку щодо подальших дій. Рішення учасника про те, чи продовжувати, поважається, якщо тільки терапевт не має вагомих причин виключити учасника з міркувань безпеки.

Як правило, для учасників, яким пропонується більше одної сесії з МДМА, ці сесії відбуваються з інтервалом у кілька тижнів. Усі принципи та процедури, які застосовуються до першої МДМА-асистованої сесії, також застосовуються до наступних сесій, хоча пояснення та нагадування на початку сесії можуть бути коротшими на наступних сесіях. Крім того, готуючись до наступних сесій, терапевти повинні з'ясувати та дослідити будь-які наміри учасника щодо наступної сесії, виходячи з його досвіду під час попередньої сесії або сесії. Відповідно до цих виявлених намірів, терапевти і учасник можуть домовитися про те, що терапевти будуть нагадувати учаснику про питання, які той хоче дослідити, допомагати йому помічати, якщо він уникає певних тем, і можуть бути готові використовувати або утримуватися від фокусованої роботи з тілом відповідно до домовленості. Після того, як учасник визнав і обговорив ці наміри, слід також заохотити його "тримати наміри легко", тобто не намагатися примушувати прямування досвіду або контролювати його.

Терапевт і учасник повинні намагатися досягти балансу між використанням того, що вони дізналися з попереднього досвіду і можливістю розбудовувати на цьому, та збереженням значної міри "ставлення новачка", залишаючись відкритими для природного розгортання наступного досвіду. Розглянемо наступний приклад:

*Учасниця: "Після першої сесії я почувалася так добре і весь мій світогляд змінився. Думаю, здебільшого він і досі такий."*

Терапевт: "Минулого разу ви сказали, що хотіли б більш конкретно поговорити про травму. Ви все ще відчуваєте це?"

*Учасниця: "О, так. Думаю, саме це змушує мене так нервувати."*

Терапевт: "Тож, щодо того, як ми підходимо до обговорення травми... У вас є якісь думки про те, як би ви хотіли, щоб це відбувалося?"

*Учасниця: "Все, що я можу вам сказати, це те, що я не з тих, хто ходить навкруги."*

Терапевт: (Сміється)

*Учасниця: "Прямота зазвичай це найкращий варіант. Я не можу придумати дійсно гарний спосіб, як до цього підійти. Я маю на увазі.. я не знаю. Як ви вважаєте."*

Терапевт: "Я чую, що ви не хочете ходити довкола. Мені це в вас подобається. Я думаю, що буде корисно досягти балансу між тим, щоб дати шанс пережитому досвіду проявитись так, як він природним чином проявиться у вас, і тим, щоб ми м'яко спрямували вас, якщо це буде потрібно, згідно з ваших намірів. Тож, мабуть, як і минулого разу, ми почекаємо деякий час, і якщо ви не доповісте нам через годину, ми справимось у вас."

Учасник: "Звичайно."

Наступні сесії з використанням МДМА можуть сприяти глибшому емоційному досвіду завдяки кільком факторам:

- Вже встановлений терапевтичний альянс
- Знайомство зі структурою та характером МДМА-сесії
- Наявність досвіду дії МДМА
- Підвищена відкритість до подальших досліджень

Процес, що відбувається під час першої МДМА-асистованої сесії та терапевтична робота, що відбувається під час наступних сесій без препарату, може допомогти учаснику глибше довіряти процесу під час наступних сесій. Маючи міцніше почуття довіри та обізнаність, учасник ймовірніше вийде ще далі за межі своїх захисних механізмів.

## **6.0 Проведення подальших інтегративних сесій**

Кінцевою метою МДМА-асистованої психотерапії є усунення симптомів та досягнення покращеного рівня благополуччя та функціонування. Процес досягнення цих цілей триває далеко за межами самих сесій із застосуванням МДМА і підтримується подальшими інтегративними сесіями. Важливість інтеграції підкреслюється під час вступних терапевтичних сесій, коли учасник і терапевти обговорюють ймовірну траєкторію терапевтичного процесу. Виклики на етапі інтеграції полягають у тому, щоб сприяти подальшій емоційній обробці та вирішенню будь-яких труднощів, які виникають по мірі того, як досвід від сесії продовжує розгортатись, і в той же час допомогти учаснику застосувати переваги, отримані під час МДМА-сесій, у повсякденному житті. Ці переваги, ймовірно, включають цінні інсайти та точки зору, ширший емоційний діапазон, більшу стійкість і поглиблення навичок міжособистісного спілкування. Терапевти допомагають учасникам об'єднати всі аспекти терапевтичного досвіду в нові стосунки з собою, з іншими та зі своєю травматичною історією. Ця фаза лікування об'єднує ці елементи в єдиний, гармонійний спосіб.

Оскільки важко передбачити, наскільки складним буде процес інтеграції для конкретного учасника, важливо бути уважним до можливого виникнення проблем, таких наприклад як сором і самоосудження через розкриття таємниць або складні зміни у стосунках і сімейних системах у міру того, як учасник зцілюється і змінюється. З іншого боку, терапевти повинні бути відкритими до можливості легкої інтеграції, яка вимагає мінімального втручання, не більше ніж емпатичне слухання та висловлення вдячності за зцілення та зростання

учасника. Тому терапевти повинні залишатися гнучкими у своїй реакції на конкретні потреби кожного учасника.

### **6.1 Роль терапевта під час інтегративного супроводу**

Під час подальших інтегративних сесій терапевти присутні, щоб відповісти на будь-які запитання, які можуть виникнути в учасника, а також запропонувати підтримку та заохочення, коли учасник опрацьовує емоційні реакції та нове сприйняття, отримані під час МДМА-асистованих сесій. Терапевти займають позицію підтримки та схвалення досвіду учасника. Вони також допомагають учаснику далі досліджувати і розвивати нові уявлення про травму, новий погляд на життя і стосунки, зміни у ставленні до власних емоцій, очищення від старих шаблонів мислення і реакцій, які, можливо, вже віджили своє. Вони обговорюють сенс спогадів, думок, почуттів та інсайтів, отриманих під час МДМА-асистованих сесій, а також те, як цей новий сенс буде проявлятися в повсякденному житті. Терапевти можуть пропонувати свої міркування або інтерпретації щодо досвіду учасника, але їх слід звести до мінімуму. Учасників слід заохочувати до того, щоб вони самі вирішували, чи можуть ті чи інші коментарі терапевтів резонувати з їхнім досвідом, а також до того, щоб вони самі визначали, що може бути застосованим до них і корисним для розуміння їхнього досвіду.

Терапевти заохочують учасників знаходити час у повсякденному житті для рефлексії про МДМА-асистовані сесії для того, щоб привнести цінні елементи не-звичайного досвіду в звичайну свідомість. Вони запропонують способи, як це зробити, наприклад:

- Прослуховування музики з сесій
- Прослуховування аудіо- або відеозаписів з МДМА-сесій
- Дихальні практики
- Малювання
- Співання
- Танець
- Йога
- Виконання вправ
- Проведення часу на природі
- Будь-які інші форми творчого самовираження

Використання творчих зусиль для відтворення та збереження спогадів, думок, почуттів або інсайтів, отриманих під час МДМА-сесій, може забезпечити учасника новим набором навичок подолання труднощів, за допомогою яких він зможе реструктурувати тривожну свідомість та реакції на пов'язані з травмою фактори (тригери) оточуючого світу. Терапевти заохочують таку діяльність, яка дозволяє реструктуризації виникати з власного процесу мислення учасника, постійної емоційної обробки та безперервного самодослідження. Таким чином, ясність мислення і здатність безпечно та ефективно опрацьовувати складні емоції, які каталізуються під час МДМА-сесій, можуть слугувати шаблонами корекційного досвіду, який може бути доступним в повсякденному житті.



## 6.2 Подальші інтегративні сесії

Процес інтеграції починається з початкової 90-хвилинної інтегративної подальшої терапевтичної сесії, яка призначається на ранок після першої експериментальної сесії. Це дає можливість обговорити досвід учасника, що виник під час експериментальної сесії та обробити будь-які думки або почуття, які виникли після сесії, включаючи складні реакції, такі як тривога або самоосудження. Після початкової сесії заплановано ще кілька інтегративних сесій перед наступним сеансом із застосуванням МДМА або перед початком довгострокового спостереження.

Під час інтегративних подальших сесій учасникам слід запропонувати, але не вимагати, розповісти про деякі деталі їхнього досвіду під час експериментальної сесії, звернути увагу на будь-які інсайти або емоційні зрушення, які могли виникнути в результаті, а також обміркувати, як ці зміни можуть бути інтегровані в повсякденне життя. Кожна наступна інтегративна сесія повинна починатися із запрошення учасника поговорити про все, що його турбує. Це робиться для того, щоб переконатися, що саме досвід учасника, а не план терапевта керуватиме сесією. Після того, як буде надано достатньо часу для такої відкритої дискусії та дослідження, терапевти повинні розглянути можливість спрямувати сесію в інші потенційно корисні напрямки. Терапевти сприяють активному діалогу і заохочують учасників до детального розкриття досвіду:

- Оцініть, як учасник переносив сесію із застосуванням МДМА, та обговоріть зміст цієї сесії, а також емоційну, інтелектуальну та фізичну реакцію учасника на неї. Обробка включає обговорення впливу на симптоми ПТСР та пошук шляхів інтеграції нового сприйняття та розуміння, отриманих під час МДМА-асистованої сесії.
- Переконайтеся, що учасник розуміє, що переживання, каталізатором яких стала МДМА-асистована сесія, швидше за все, продовжуватимуть розгортатися та вирішуватися протягом днів або навіть тижнів після лікувальної сесії. Це розгортання часто відбувається "хвилями" спогадів, інсайтів та/або емоцій, деякі з яких можуть бути дуже обнадійливими і приємними, а деякі - складними і важкими. Важливо, щоб учасник був готовий до такого розгортання і виділив час у своєму повсякденному житті, щоб бути присутнім у цьому процесі.
- Обробка будь-якого емоційного дистресу або когнітивних дилем, які можуть виникнути
- Робота із проблемами у стосунках і розробка інструментів для формування здорових зв'язків.
- Ввести в терапію цілеспрямовану роботу з тілом у разі, якщо учасник відчує емоційний або соматичний дистрес, з яким він не в змозі впоратися спонтанно або за допомогою розмовної терапії.
- Підтверджуйте будь-який позитивний досвід та інсайти, що виникли під час експериментальної сесії, і допоможіть учасникам навчитися відновлювати зв'язок з цим досвідом і продовжувати отримувати з нього користь.

- Заохочуйте учасника залишатися на зв'язку зі своєю системою підтримки, а також бути готовим до того, що інші люди можуть не зрозуміти глибину його досвіду та інсайтів. З цієї причини бажано розрізняти, з ким ділитися цим делікатним матеріалом.
- Визначте будь-які можливі протипоказання для подальшої МДМА-асистованої сесії.
- Обговоріть і порекомендуйте такі види діяльності, як ведення щоденника або інші види творчого самовираження, медитацію, йогу або інші види діяльності, які в повсякденному житті забезпечать час для такої якості уваги, яка сприяє тривалому зціленню і самоусвідомленню.

Терапевт нагадує учаснику, що у нього існує два варіанти, як впоратися з тривожними думками, спогадами або почуттями, що залишилися після МДМА-асистованої сесії. Один варіант - виділити час, щоб пережити їх якомога повніше, не вагаючись звертатися до терапевтів за підтримкою, якщо це необхідно. Важливою основою цього підходу є розуміння того, що хвилі важкого досвіду можуть повторюватися протягом певного часу як частина процесу зцілення. Другий варіант - виконання технік релаксації та центрування, таких як діафрагмальне дихання. Цей варіант може бути обраний, якщо ситуація не дозволяє застосувати перший підхід. Іноді може бути корисним прийом таких ліків, як бензодіазепіни, але їх завжди слід застосовувати обережно, як засіб, що допомагає тимчасово впоратися з болісними емоціями, виконувати повсякденні обов'язки або забезпечити достатній відпочинок і розслаблення, щоб збалансувати поточне емоційне оброблення. Інформація про корисність цілеспрямованої роботи з тілом і дихальних вправ може бути підкріплена під час наступних інтегративних сесій для підготовки до наступної сесії з використанням МДМА, а також в якості інструментів, які учасники можуть використовувати вдома. Розглянемо наступний приклад:

*Учасник: "В основному, більше, ніж довіру до інших людей, це вражає довіру до себе, здатність знати свої внутрішні сили ... і я знаю, що вони є. Просто коли це потрясає до глибини душі, ти не можеш не сумніватися і не ставити запитань. Таке відчуття, що все це бомбардує мене з різних боків, і я не знаю, в якій бік йти і що робити."*

Терапевт: "У певному сенсі, це потрясає до глибини душі. І у певному сенсі, це те, чого ви просили."

*Учасник: (Сміється) "Це те, що я отримав. Цього не було в брошурі."*

Терапевт: "У нас не було точних термінів, але я думаю, що це потрясіння стимулює звільнення від старих способів утримувати це хибне відчуття контролю".

*Учасник: (Зітхає) "Дереалізація коли-небудь пройде?"*

Терапевт: "Так."

*Учасник: "Я намагаюся навчити свій мозок отримувати від цього задоволення. У мене є всі ці інструменти. Мені просто потрібно не забувати ними користуватися."*

Зміцнення міжособистісної довіри допомагає учаснику далі розвивати свою соціальну мережу. Глибше розуміння всього спектру думок і почуттів, пов'язаних з травмою, надає учаснику впевненості у протистоянні емоціям, зменшуючи ймовірність виникнення емоційного оніміння. Спираючись на нові перспективи погляду, отримані під час МДМА-асистованих сесій, учасник може з більшою впевненістю протистояти ситуаціям, що викликають тривогу, і почуватися комфортніше, звертаючись за допомогою до своєї мережі підтримки.

Терапевти можуть використовувати варіації наступних коментарів, завжди в душі пропозиції щось обміркувати і з повагою до того факту, що те, що пропонується, може стосуватися або не стосуватися конкретної людини:

- "Іноді одним із викликів цього виду терапії є те, що досвід застосування МДМА може спричинити значні зміни в точці зору або системі переконань людини. Іноді буває важко узгодити ці зміни в мисленні зі старими переконаннями або зі ставленням інших людей чи з суспільством загалом. Ви відчуваєте щось подібне?"
- "Оскільки досвід вживання МДМА є досить унікальним, його може бути важко пояснити іншим людям. Може бути боляче, якщо такий важливий досвід неправильно зрозуміють або засудять інші люди у вашому житті. Може бути важливим проявляти розсудливість щодо того, як і коли ви говорите про свій досвід".
- "Часто люди отримують дуже цінні інсайти та коригувальний емоційний досвід за допомогою МДМА, які допомагають зменшити страх і засуджувальне мислення. Іноді, на наступний день, осудливий розум може знову активізуватися і почати сумніватися в правдивості отриманих переживань. Або ж на наступний день у людей можуть виникнути емоційні реакції, яких не було під час сесії з використанням МДМА. Така ситуація іноді може збивати з пантелику або засмучувати, але це не означає, що щось пішло не так або що ви втрачаєте досягнуті успіхи. Це звичайний аспект такої роботи і того, як розгортається процес. Дуже корисно визнати те, що відбувається і поговорити про це, якщо ви переживаєте подібний досвід. Це частина зцілення, і ми тут, щоб допомогти вам це пережити".
- "Дуже часто досвід вживання МДМА продовжує розгортатися протягом декількох днів після сесії. Часто це відбувається у легкий, заспокійливий спосіб, але іноді цей процес може бути складним. Іноді робота з травматичним досвідом під час будь-якої терапії, в тому числі МДМА-асистованої, може спричинити тимчасове загострення симптомів. Ці відчуття можуть виникати у вигляді хвиль емоцій або спогадів. Це трапляється тому, що це частина процесу зцілення, і ми тут, щоб допомогти вам працювати з усім, що з'являється у вас після сесій з використанням МДМА. Важливо дати нам знати (а також вашого іншого терапевта), якщо у вас виникнуть подібні труднощі."

- "Іноді люди мають потужні інсайти і переживають відчуття комфорту і спокою, які вони рідко або ніколи не відчували раніше. Природно хотіти втриматись за ці відчуття. Іноді люди розповідають нам, що коли старі болючі переживання повертаються, вони відчувають себе невдахами, або вважають, що це означає, що вони насправді не зцілилися. Корисно зауважити, що іноді болючі відчуття неминуче виникатимуть, і деякі старі патерни мислення, почуттів і реакцій неминуче мають відтворитися, навіть після того, як ви ясно побачили, що вони вже минули. Це природна частина процесу, і те, що сталося під час вживання МДМА, швидше за все, допоможе вам швидше розпізнати ці шаблони і вийти з них, навіть якщо вони застануть вас зненацька. Люди часто розповідають нам, що можливість пригадати цей досвід може змінити саме їхнє ставлення до цих болючих емоцій."
- "Може бути корисно написати про свій досвід вживання МДМА, а також про свої думки та почуття після сеансу. Найкраще писати це для себе, не думаючи про інших, але якщо ви захочете поділитися з нами, це також може бути корисно. Можливо, у зв'язку з цим вам також буде корисно прослухати записи сесії."
- "Може бути корисним записувати свої сни і приносити для обговорення з нами. Для деяких людей МДМА робить сни більш яскравими і значущими."
- "Є кілька книг, які ми можемо порекомендувати. В них розглядаються деякі переживання, про які ви розповідали."
- "Якщо після МДМА-сесії у вас виникає забагато почуттів або образів, добре дозволити їм розгорнутися і дослідити їх, коли у вас буде час і енергія для цього. Але також може бути важливо відкласти їх в сторону, якщо у вас є інші зобов'язання або якщо вам потрібно відпочити. Може бути корисно написати одне-два речення про те, що саме ви відкладаєте, і визнати, що повернетесь до цього пізніше, або під час терапії, або самостійно, коли у вас будуть час і сили. Гаряча ванна, прогулянки на природі, фізичні вправи, робота в саду, прибирання будинку, поживна їжа або гра з домашньою твариною - все це може допомогти вам заземлитися в теперішньому моменті."
- "Якщо в тілі залишилося напруження, корисними можуть бути йога або масаж."
- "Ця ситуація не є ситуацією, де "без болю немає виграшу". Іноді рух через хвили болючих почуттів і спогадів є частиною процесу розгортання, але з'єднання з легкими, стверджуючими, приємними переживаннями також є частиною зцілення і є принаймні настільки ж важливим, як і готовність прожити біль".
- "Іноді під час МДМА-сесій відбуваються дуже швидкі зрушення, і люди відчувають, що щось складне дійсно розрішилося. Добре бути відкритим до такої можливості, але частіше люди відчувають, що вони подолали великі перешкоди і зробили важливі кроки на шляху зцілення і зростання, і тому вони перебувають у кращому становищі для того, щоб продовжувати пропрацьовування, зцілення і зростання."

Детальне обговорення такого роду часто корисне під час першої інтегративної подальшої сесії. З іншого боку, на цьому етапі учасники іноді відчувають, що вони хотіли б дозволити своєму внутрішньому досвіду продовжувати розгортатися, не намагаючись висловити його. У такому випадку терапевти повинні підтримати цей вибір, але попросити учасника надати достатньо інформації, щоб мати уявлення про його емоційний стан і будь-які

складні почуття або моделі мислення, з якими слід розібратися до того, як він покине кабінет.

Терапевти визнають, що МДМА-асистовані сесії та інтегративні подальші сесії слугують відправною точкою для розширення емоційного та поведінкового репертуару учасника у відповідь на будь-які травматичні тригери та симптоми ПТСР, які можуть залишитися. У дні між МДМА-асистованими сесіями та інтегративними подальшими сеансами учаснику рекомендується звертати увагу на будь-які зміни в його сприйнятті, думках, почуттях, взаємодіях та іншому досвіді.

Деякі виклики в період інтеграції пов'язані з тим, що симптоми можуть тимчасово посилюватися в процесі зцілення. Важливо передбачити і підготувати учасника до такої можливості. Якщо така проблема виникне, може бути корисним залучити близьку людину до підготовки, щоб підтримати учасника. Нормалізація, дослідження та опрацювання цих реакцій - це зазвичай все, що потрібно для їх вирішення. В результаті зазвичай виникає додаткове розуміння, зцілення та зростання. Розглянемо наступні свідчення учасників про досвід, що відображає неповну інтеграцію:

- "Гнів схожий на вулкан. Я боюся бути в єдиним членом рятувальної бригади. Я відчуваю такий смуток, самотність, огиду."*
- "Відтоді, як я зрозумів, наскільки був замкнутим, я не хочу повертатися до цього стану, тому іноді мені доводиться важко в ділових ситуаціях або у відносинах з батьком. Або важко зрозуміти, коли не варто говорити все, що я відчуваю."*
- "Після всіх цих років мовчання, чи справді безпечно було розповісти, що я відчувала фізичне задоволення разом із жахом, коли з мене знущалися?"*
- "Тепер, коли дія ліків закінчилася, я іноді відчуваю провину за те, що казав про те, що мої батьки не були емоційно доступними. Я знаю, що справа не у звинуваченні, але в мені все ще звучить осудливий голос, який каже, що ми не говоримо про це."*

Суїцидальні думки є поширеним явищем серед людей з ПТСР і можуть тимчасово посилюватися після сесій МДМА-асистованої психотерапії. У цьому випадку необхідна тісна комунікація, що може передбачати більш тривалу телефонну підтримку або додаткові візити. Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїциду (Columbia Suicide Severity Rating Scale, CSSR-S) [48] для моніторингу суїцидальності повинна використовуватися під час лікування (згідно з протоколом дослідження, як того вимагає FDA).

При зіткненні з емоційно загрозливим матеріалом, окрім часу на рефлексування, повного відчуття і вираження будь-яких пов'язаних з ним емоцій, слід заохочувати учасника згадати і відновити зв'язок з цінними аспектами його досвіду під час сесій з МДМА. Наприклад такими як: нові інсайти, відчуття близькості з іншими людьми, здатність обробляти больові емоції, не будучи переповненим ними. Після того, як учасник пригадає це, він може запитати себе: "Як я можу найкраще використати нові знання в цій ситуації?"

### **6.3 Цілеспрямована робота з тілом під час інтеграції**

Зміст МДМА-асистованих сесій та інтегративних сесій підкаже терапевтам, що сфокусована робота з тілом може допомогти в роботі з фізичним напруженням, болем або сильними емоціями, які мають соматичні прояви, такі як психомоторне збудження або загальмованість. Поширеним прикладом є ситуація, коли після переживання травматичного досвіду під час МДМА-сесії учасники в більшій мірі відчують гнів і намагаються боротися з ним, боячись виплеснути його в деструктивний спосіб. Цілеспрямована робота з тілом каталізує процес зцілення, забезпечуючи безпечний спосіб вираження інтенсивних емоцій та імпульсів, та зняття напруги, яка може бути причиною соматичних скарг і блокування енергетичного потоку в тілі. Цілеспрямована робота з тілом проводиться тільки з дозволу учасника і негайно припиняється, якщо учасник просить її припинити. Хоча цілеспрямована робота з тілом може бути важливою частиною подальших інтегративних сесій для деяких учасників, її не слід використовувати передчасно, якщо складні емоції або їх соматичні прояви адекватно переживаються, опрацьовуються і виражаються вільно. Цілеспрямована робота з тілом найбільш доречна в ситуаціях, коли емоційні або соматичні симптоми не розрішаються, оскільки їх повне вільне переживання і вираження блокується. Розглянемо наступний приклад цілеспрямованої роботи з тілом під час інтегративної подальшої сесії:

Терапевт: "Як ви себе почуваете сьогодні?"

Учасник: *"Сьогодні набагато краще, ніж вчора. Але знаєте, сьогодні вранці у мене було те саме відчуття, що і вчора. Коли я розплющив очі, коли пролунав будильник, страх пронизав мене до самого нутра. Знаєте, оце: "Я не хочу вставати з ліжка. Я не хочу проживати цей день". Наче у мене стався важкий випадок "не хочух". Я просто не відчував, що маю сили встати і зустріти новий день. Я маю на увазі, що це було просто так, що коли мої очі розплющилися, я відчув страх, клубок у животі, тривогу. Я маю на увазі, це було автоматично. Минулої ночі я спав дуже добре, близько 9 годин. Мені не снилися погані сни. Це було схоже на перемикач, але мої очі розплющилися прийшли ці відчуття. Мені стало погано в животі - ось такий страх. Знаєте, коли тебе аж нудить і хочеться виблювати. І це була основна тема сьогоднішнього дня. Інших емоційних сплесків у мене не було. Я сьогодні не плакав, не злився, тільки цей страх, цей клубок у животі."*

Терапевт: "Тобто це як вчора, але на глибшому рівні".

Учасник: *"Набагато глибшому. Я думаю, що значною мірою це також пов'язано з моїм сприйняттям. Я відчув себе набагато краще після того, як пішов звідси вчора ввечері, усвідомлюючи, що якщо це повториться, я зможу пережити це. Скоріш за все, це станеться знову, але тепер я відчуваю себе більш підготовленим. Сьогодні я не був захоплений ціми емоціями весь день."*

Терапевт: "Мммммм."

Учасник: *"Жах і страх були в мені так довго. До них так звикаєш, що вже не знаєш, що це, особливо після того, як тривога зникає. Це схоже на цілком нову рану. Не так, як раніше. Просто жахливе відчуття."*

Терапевт: "Чи не хотіли б ви дослідити це відчуття або трохи попрацювати з цим сьогодні? Подивитись, що ви зможете відкрити для себе? Чи відчуваєте ви, що хотіли б виконати якусь цілеспрямовану роботу з тілом, з цим клубком у вашому шлунку?"

Учасник: *"Так. Настав час спробувати і це."*

Терапевт: "Це може бути гарним способом попрацювати з ним, оскільки ви знаєте, де саме він знаходиться у вашому тілі."

Учасник: *"Я уявляю м'ячик для крокету, зроблений з металу. Це те, що з'являється у мене в голові, і те, що я відчуваю. Наче металевий м'яч для крокету, який просто є там і він холодний."*

Терапевт: "І це те, про що ви говорили на своїх сесіях - відчуття холодного металу у вашому шлунку".

На цьому етапі, якщо учасник погоджується, вони переходять на футон або килимок на підлозі, на який учасник вкладається, а терапевти сидять по обидва боки від нього:

Терапевт: "Тож, можливо, просто використовуйте своє дихання і зануртесь в це відчуття у вашому шлунку. Я заохочую вас залишатися присутнім у всьому, що виникає. Якщо ваше тіло захоче висловити це якимось чином, помашіть, поворухніться або ще якось дайте нам знати, що ви хочете отримати певний опір." (Під час виконання цілеспрямованої роботи з тілом учасник занурювався у відчуття разом з диханням і пережив глибокі ридання).

Учасник: *"Дякую. Я відчуваю себе набагато легше. Цікаво, що це було. Я хочу знати, що це було. Просто це напруження, ця кулька. Я не знаю, що це було. Я маю на увазі, це було схоже на страх і злість, все водночас... почало підніматися вгору і потім повернулося назад, а тепер зникло. Як і це дивне відчуття в моєму шлунку, тепер воно зникло."*

Терапевт: "Це може бути тим, що ви вже опрацювали на сесіях. І це те, що залишилося у вашому тілі від цих емоцій."

Учасник: *"Це круто. Круто, що воно зникло."*

Терапевти мають вирішувати, коли цілеспрямована робота з тілом допоможе полегшити терапевтичний процес, а коли краще дозволити процесу протікати в його власному темпі.

#### **6.4 Поточна інтеграція**

Терапевти нагадують учасникам, що їхній досвід буде продовжувати розгортатися протягом наступних годин, днів і навіть тижнів. Терапевти повинні ще раз підкреслити своє зобов'язання підтримувати учасника під час цього процесу і переглянути процедуру, за допомогою якої з ними можна зв'язатися у будь-який час, якщо учасник або призначена ним мережа підтримки захочуть обговорити з терапевтами будь-які труднощі або занепокоєння.

Коли програма лікування наближається до завершення, учасники демонструють дуже різні реакції на цю подію: від тривоги, коли вони покидають дослідження і терапевтів, до полегшення від завершення курсу психотерапії. Терапевти можуть використовувати системи оцінки загального самопочуття, результати за шкалою C-SSRS та клінічне судження, щоб пристосуватися до різних реакцій на завершальну інтегративну подальшу сесію. Терапевти та учасник обговорюватимуть актуальні питання або будь-які занепокоєння, які учасники можуть мати щодо завершення інтегративних подальших сесій та припинення зустрічей з терапевтами. Вони обговорюють існуючу мережу соціальної підтримки учасника. Якщо необхідно, вони можуть переглянути будь-які процедури, які допомогли учаснику впоратися зі стресом під час дослідження, наприклад, письмове самовираження, образотворче мистецтво або рух, використання дихання або інші методи зменшення стресу. Терапевти можуть нагадати учасникам про необхідність продовжувати займатися будь-якими видами діяльності та підтримувати ті стосунки, які підтримували та зміцнювали їх. Учасникам, які відвідують психотерапевта поза межами дослідження, має бути рекомендовано обговорити наближення кінця дослідження з тим терапевтом. А, також, якщо, на їхню думку, це виправдано, психотерапевти можуть надати тим учасникам, які не мають постійної терапії, направлення для зустрічі з психотерапевтом після завершальної інтегративної сесії. Крім того, терапевти можуть порекомендувати експериментальні методи лікування, такі як холотропне дихання, терапія внутрішніх сімейних систем або соматична обробка, як методи, що можуть посприяти подальшому розгортанню процесу, каталізованого МДМА-асистованою психотерапією. Терапевти також мають поділитися своїми думками стосовно тих змін, що відбулися, здійснення намірів та досягнутих цілей, які вони спостерігали протягом дослідження.

У міру того, як процес інтеграції продовжує розгортатися, учасники можуть з'ясувати, що вони отримали новий погляд на свою ситуацію. Розглянемо наступні свідчення учасників про досвід, що відображає більш глибоку інтеграцію:

- "Тепер я поважаю свої емоції (а не боюся їх). Найбільше втішає те, що тепер я знаю, що можу впоратися зі складними почуттями, не будучи повністю захопленим ними. Я усвідомив, що страх і гнів - це не така вже й велика проблема, як я думав."*
- "Не думаю, що я б витримав ще один рік. У порівнянні з іншими методами терапії це як день і ніч. Без МДМА я навіть не знав, куди мені потрібно йти. Можливо, одна з речей, яку робить препарат, - дозволяє вашому розуму розслабитися і відсторонитись, тому що зазвичай розум захищає травмоване місце."*
- "Це відчувалось, наче я подорослішав. Зараз я відчуваю себе мудрішим, емоційно зрілішим."*



- "Тепер у мене є карта поля бою."*
- "Я отримав проблиск уявлення про те, як я здатен зрости... Я мотивований продовжувати практикувати відкритість, поки вона не стане більш розвиненою."*
- "Минулої ночі у мене було чітке усвідомлення, що я потрапив туди, куди мені потрібно було потрапити. Що було знайдено те, чого не вистачало і я отримав те, що мені було потрібно. Я не відчуваю, що є потреба робити це ще раз. Думаю, в моєму житті ще існують інші проблеми, над якими я можу попрацювати менш інтенсивними методами."*
- "Я відчуваю, що йду місцем, у яке мені давно потрібно було потрапити, але я просто не знав, як це зробити. Я відчуваю, що знаю себе краще, ніж будь-коли раніше. Тепер я знаю, що я нормальна людина. Я пережив деякі погані речі, але... це те, що сталося зі мною, але не те, ким я є... Це я. Препарат допомагає, але це все було в мені."*

## **6.5 Контрольна зустріч після тривалого періоду**

Багато досліджень, що підтримуються спонсорами, передбачають довгострокове спостереження та контрольну зустріч, яка відбувається щонайменше через 12 місяців після останньої експериментальної сесії. Точний час довгострокового контрольного візиту може варіюватися залежно від зазначених умов (див. протокол дослідження). Хоча більша частина довгострокового контрольного візиту передбачає оцінювання незалежним експертом, терапевти також зустрічаються з учасниками, щоб заповнити дослідницький опитувальник, обговорити будь-які зміни, що виникли в їхньому житті або симптомах ПТСР із плином часу. А також, щоб обговорити та пропрацювати будь-які почуття, які учасники та терапевти мають з приводу завершення участі у дослідженні.

Ступінь взаєморозуміння під час довгострокового контрольного візиту може частково залежати від рівня симптомів, що існував під час фінальної інтегративної контрольної сесії, а також від будь-яких подій, що відбулися між фінальною інтегративною контрольною сесією і довгостроковим контрольним візитом. Після місяців глибокої роботи, завершення участі у дослідженні часто сприймається учасниками і терапевтами як "гірко-солодка" подія.

Окрім оцінки загального самопочуття учасника, наявності можливих суїцидальних думок і поведінки, довгостроковий контрольний візит буде менш структурованим, ніж підготовчі сесії або інтегративні подальші сесії. Обговорення буде направлятися, насамперед, учасником та будь-якими спостереженнями або занепокоєнням щодо його поточного стану, а також будь-якими досягненнями або труднощами, які виникли в результаті участі в дослідженні. Терапевти можуть підтвердити ці досягнення, переглянути та обговорити корисність технік і процедур, наданих під час проходження МДМА-асистованої психотерапії, а також довідатись та обговорити будь-які інсайти або нові техніки, які учасник вивчив або відкрив для себе з метою покращення свого психологічного благополуччя.

## 7.0 Самопідкування для терапевта

Терапевти повинні регулярно займатися якоюсь формою самопідкування. Це має відбуватись для того, щоб уникнути травматизації внаслідок споглядання та взаємодії з травмами учасників. Важливо, щоб терапевти продовжували виконувати свою власну внутрішню роботу і знаходили час для регулярного дебрифінгу із співтерапевтом. Ця внутрішня робота повинна включати можливість опрацювання власних емоційних реакцій на роботу з учасниками, а також супервізію та обговорення оптимального застосування терапевтичного методу в конкретних ситуаціях. Це також є можливістю за допомогою аналізу своєї взаємодії під час дослідницьких сесій розвивати і підтримувати свої навички як терапевтичної команди.

Нижче наведено кілька простих методів самопідкування, про які варто пам'ятати:

- Прислухайтесь до свого тіла. Звертайте увагу на те, що воно вам говорить. Це найкращий провідник до збереження здоров'я. Використовуйте своє тіло для інформування про власний процес: чи затримуєте ви дихання, чи ваше тіло напружене або зніміле, вам холодно чи жарко?
- Використовуйте діафрагмальне дихання або просте дихання, яке розширює ваші ребра вперед, назад та в різні боки. Зробіть "сканування тіла" і направте дихання на ті ділянки тіла, де відчувається напруга або оніміння.
- Дайте собі достатньо часу перед початком сесії, щоб зібратися з думками, заземлитися і змінити ролі. Витратьте достатньо часу, щоб відчути "внутрішній спокій".
- Прислухайтесь до своїх очікувань і будьте реалістичними щодо своїх цілей.
- Знайте, хто ті люди, які можуть підтримати вас, якщо і коли вам це потрібно.
- Витратьте час після сеансу, щоб звільнитись від своєї ролі. Потрясіть руками і тілом - це хороший спосіб позбутися енергії, яка застрягла в тілі.
- Після сеансу добре поїжте і зробіть щось заземлююче і приємне.
- Використовуючи воду у ванні або душі, поміркуйте про архетипні властивості води розчиняти і очищати на багатьох рівнях.
- Подумайте про власну постійну психотерапію та/або супервізію з іншим психотерапевтом.

## 8.0 Список літератури

1. Foa, E.B., et al., *Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second ed. 2009, New York, NY: Guilford Press.
2. Montgomery, S. and P. Bech, *ECNP consensus meeting, March 5-6, 1999, Nice. Post traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. ECNP and ECST*. Eur Neuropsychopharmacol, 2000. 10(4): p. 297-303.

3. Schwartz, R.C., *Introduction to the Internal Family Systems Model*. 2001, Oak Park, IL: Trailheads Publications.
4. Ogden, P., K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. 2006: WW Norton & Company.
5. Levine, P.A. and G. Mate, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. 2010, Berkeley CA: North Atlantic Books.
6. Rothbaum, B.O., et al., *Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 2001. 62(8): p. 617-22.
7. Rothbaum, B.O., A.S. Rizzo, and J. Difede, *Virtual reality exposure therapy for combatrelated posttraumatic stress disorder*. Ann N Y Acad Sci, 2010. 1208: p. 126-32.
8. Metzner, R. and S. Adamson, *Using MDMA in healing, psychotherapy and spiritual practice, in Ecstasy, A Complete Guide: A Comprehensive Look at the Risks and Benefits of MDMA.*, J. Holland, Editor. 2001, Inner Traditions: Rochester VT. p. 182-207.
9. Gamma, A., et al., *3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) modulates cortical and limbic brain activity as measured by [<sup>18</sup>F]-PET in healthy humans*. Neuropsychopharmacology, 2000. 23(4): p. 388-95.
10. Carhart-Harris, R.L., et al., *The Effects of Acutely Administered 3,4-Methylenedioxymethamphetamine on Spontaneous Brain Function in Healthy Volunteers Measured with Arterial Spin Labeling and Blood Oxygen Level-Dependent Resting State Functional Connectivity*. Biol Psychiatry, 2015. 78(8): p. 554-62.
11. Bedi, G., et al., *Effects of MDMA on sociability and neural response to social threat and social reward*. Psychopharmacology (Berl), 2009. 207(1): p. 73-83.
12. Hysek, C.M., G. Domes, and M.E. Liechti, *MDMA enhances "mind reading" of positive emotions and impairs "mind reading" of negative emotions*. Psychopharmacology (Berl), 2012. 222(2): p. 293-302.
13. Davis, M. and C. Shi, *The extended amygdala: are the central nucleus of the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis differentially involved in fear versus anxiety?* Ann N Y Acad Sci, 1999. 877: p. 281-91.
14. Rasmusson, A.M. and D.S. Charney, *Animal models of relevance to PTSD*. Ann N Y Acad Sci, 1997. 821: p. 332-51.
15. Greer, G.R. and R. Tolbert, *A method of conducting therapeutic sessions with MDMA*. J Psychoactive Drugs, 1998. 30(4): p. 371-379.
16. Grof, S., *LSD Psychotherapy: 4th Edition*. 2001, Ben Lomond, CA: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.

17. Stolaroff, M., *The Secret Chief Revealed: Conversations with a pioneer of the underground therapy movement*. 2004, Sarasota FL: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
18. Adamson, S., *Through the gateway of the heart: Accounts of experiences with MDMA and other empathogenic substances*. 1985, San Francisco CA: Four Trees Publications.
19. Grob, C.S. and R.E. Poland, *MDMA, in Substance abuse: A comprehensive textbook (4th Edition)*, Lowinson J. H., et al., Editors. 2005, Williams and Wilkins: Philadelphia, PA. p. 274-286.
20. Grinspoon, L. and R. Doblin, *Psychedelics as catalysts in insight-oriented psychotherapy*. Social Research, 2001. 68: p. 677-695.
21. Grof, S., *Personal communication during Transpersonal Training session (Paraphrased by Mithoefer, M)*. 1992.
22. Grof, S., C. Grof, and J. Kornfield, *Holotropic Breathwork: A new approach to selfexploration and therapy*. 2010: SUNY Press.
23. Assigioli, R., *Psychosynthesis*. 1973, New York: Viking Press.
24. Schwartz, R.C., *Internal Family Systems Therapy*. 1997, New York: Guilford Press.
25. Stone, H. and S. Stone, *Embracing ourselves: The voice dialogue manual*. 1998, Novato, CA: New World Library, Nataraj.
26. van der Kolk, B.A., *The psychobiology of posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 1997. 58 Suppl 9: p. 16-24.
27. Kurtz, R., *Body-Centered Psychotherapy*. 1990, Mendocino, CA.: LifeRhythm.
28. Johnson, M., W. Richards, and R. Griffiths, *Human hallucinogen research: guidelines for safety*. J Psychopharmacol, 2008. 22(6): p. 603-20.
29. Widmer, S., *Listening into the heart of things: The awakening of love: On MDMA and LSD: The undesired psychotherapy*. . 1998, Gerolfingen, Switzerland: Basic Editions.
30. Grinspoon, L. and J.B. Bakalar, *Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process?* Am J Psychother, 1986. 40(3): p. 393-404.
31. Nichols, D.E., *Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB, and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: entactogens*. J Psychoactive Drugs, 1986. 18(4): p. 305-13.
32. Liester, M.B., et al., *Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use*. J Nerv Ment Dis, 1992. 180(6): p. 345-52; discussion 353-4.

33. Vollenweider, F.X., et al., *Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ("ecstasy") in MDMA-naive healthy volunteers*. *Neuropsychopharmacology*, 1998. 19(4): p. 241-51.
34. Frye, C.G., et al., *MDMA decreases the effects of simulated social rejection*. *Pharmacol Biochem Behav*, 2014. 117: p. 1-6.
35. Baggott, M.J., et al., *Effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine on socioemotional feelings, authenticity, and autobiographical disclosure in healthy volunteers in a controlled setting*. *J Psychopharmacol*, 2016.
36. Bedi, G., D. Hyman, and H. de Wit, *Is ecstasy an "empathogen"? Effects of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine on prosocial feelings and identification of emotional states in others*. *Biol Psychiatry*, 2010. 68(12): p. 1134-40.
37. Dumont, G.J., et al., *Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration*. *Soc Neurosci*, 2009. 4(4): p. 359-66.
38. Farre, M., et al., *Pharmacological interaction between 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) and paroxetine: pharmacological effects and pharmacokinetics*. *J Pharmacol Exp Ther*, 2007. 323(3): p. 954-62.
39. Harris, D.S., et al., *Subjective and hormonal effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in humans*. *Psychopharmacology (Berl)*, 2002. 162(4): p. 396-405.
40. Kamboj, S.K., et al., *Recreational 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (MDMA) or 'ecstasy' and self-focused compassion: Preliminary steps in the development of a therapeutic psychopharmacology of contemplative practices*. *J Psychopharmacol*, 2015. 29(9): p. 961-70.
41. van Wel, J.H., et al., *Effects of Acute MDMA Intoxication on Mood and Impulsivity: Role of the 5-HT(2) and 5-HT(1) Receptors*. *PLoS One*, 2012. 7(7): p. e40187.
42. Kolbrich, E.A., et al., *Physiological and subjective responses to controlled oral 3,4-methylenedioxymethamphetamine administration*. *J Clin Psychopharmacol*, 2008. 28(4): p. 432-40.
43. Cami, J., et al., *Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects*. *J Clin Psychopharmacol*, 2000. 20(4): p. 455-66.
44. Mas, M., et al., *Cardiovascular and neuroendocrine effects and pharmacokinetics of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine in humans*. *J Pharmacol Exp Ther*, 1999. 290(1): p. 136-45.
45. Liechti, M.E., A. Gamma, and F.X. Vollenweider, *Gender differences in the subjective effects of MDMA*. *Psychopharmacology (Berl)*, 2001. 154(2): p. 161-8.

46. Siegel, D.J., *The Developing Mind*. 1999, New York: Guilford Press.
47. Wilbarger, P. and J. Wilbarger, *Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems*. 1997, Van Nuys, CA.: Avanti Education Program.
48. Posner, K., et al., *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants*. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(7): p. 1035-43.
49. Benedek, D.M., et al. *Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. *Psychiatry Online*, 2009.
50. Ursano, R.J., et al., *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. *Am J Psychiatry*, 2004. 161(11 Suppl): p. 3-31.

## **9.0 Додаток А: Порівняння терапевтичних підходів до лікування ПТСР**

У листопаді 2004 року Американська психіатрична асоціація (АПА) опублікувала практичні рекомендації щодо лікування ПТСР [49, 50]. Три психотерапевтичні втручання, рекомендовані для лікування ПТСР, є наступними:

1. Когнітивні та поведінкові терапії
2. Десенсибілізація та репроцесинг за допомогою рухів очей (EMDR)
3. Психодинамічна психотерапія

Хоча АПА схвалює вищезазначені методи лікування у своїх практичних настановах, варто зазначити, що вони також вказують на необхідність дослідження більш ефективних методів лікування, стверджуючи, що "існує недостатня кількість високоякісних доказових досліджень втручань для пацієнтів з резистентним до лікування ПТСР ..." [49].

У практичних рекомендаціях АПА зазначено, що цілі лікування ПТСР "включають зменшення тяжкості ... симптомів ... (шляхом) покращення адаптивного функціонування та відновлення психологічного відчуття безпеки та довіри, обмеження генералізації небезпеки, пережитої в результаті травматичної ситуації (ситуацій), та захист від рецидиву". Далі йдеться про те, що "...фактори, на які необхідно звернути увагу щодо пацієнтів, які не реагують на лікування, включають проблеми в терапевтичному альянсі; наявність психосоціальних або пов'язаних з навколишнім середовищем труднощів; вплив попереднього життєвого досвіду, такого як насильство в дитинстві або попередні травми..." [49].

Незважаючи на значні відмінності між цими різними видами терапії, включаючи МДМА-асистовану терапію всі вони мають спільні важливі теоретичні підвалини. Більше того, деякі дуже схожі терапевтичні випадки трапляються з будь-яким з цих різних підходів, що не дивно, оскільки кожен підхід по-своєму стимулює доступ до універсального, внутрішнього зцілювального інтелекту. Наприклад, недирективний підхід МДМА-асистованої терапії часто призводить до спонтанного виникнення багатьох видів переживань, які більш прямо викликаються і вважаються терапевтично важливими в інших

підходах. Як зазначалося раніше в цьому посібнику, роль терапевта полягає в тому, щоб спочатку підготувати учасників до такої ймовірності, заохочуючи їх до неконтролюючого і відкритого ставлення до переживань, що виникають, а потім підтримати розгортання і подальшу інтеграцію цих переживань.

У таблиці 1 (див. розділ 11.1 "Порівняння терапевтичних підходів до ПТСР") порівнюються основні терапевтичні підходи до лікування ПТСР, описані в настановах АПА та практичних рекомендаціях Міжнародного товариства вивчення травматичного стресу (International Society for Traumatic Stress Studies) [1], з методом МДМА-асистованої психотерапії, який розглядається в цьому посібнику.

### **9.1 Порівняння терапії внутрішніх сімейних систем (Internal Family Systems therapy, IFS) та МДМА-асистованої психотерапії**

Елементи терапії ВСС, розпізнавання та роз'єднання частин, збільшення доступу до "селф-енергії", визнання та повага до захисників, а також спостереження та полегшення минулих травм часто відбуваються під час МДМА-асистованої психотерапії практично без вказівок з боку терапевтів. Один із способів описати вплив МДМА полягає в тому, що він сприяє доступу до високого рівня селф-енергії, а отже, надає сміливості зустрітися з болючим досвідом і забезпечує ясність і самоспівчуття до власних частин і тягарів, які вони несли.

### **9.2 Порівняння соматичної обробки та МДМА-асистованої психотерапії**

Як сенсомоторна психотерапія, так і психотерапія за допомогою МДМА спрямовані на усвідомлення соматичних переживань і можуть бути використані для "встановлення зв'язку між психологічними симптомами та фізіологічними станами" [26]. В обох методах учасника заохочують працювати зі своїм тілом для обробки травми. Допомога учаснику в усвідомленні того, що його тіло хоче зробити у відповідь на травматичні спогади, і виконання цих дій може стати початком вивільнення того, що колись було природним процесом (рухом), та інтеграції неопрацьованого досвіду. В обох методах терапевти запитують про тілесні відчуття учасника і заохочують вивільнення болю, скутості або енергії в тілі через рух у будь-який спосіб, який відчуває учасник. Мета - допомогти учаснику почати дружити зі своїм тілом замість того, щоб розглядати його як джерело небезпеки і непередбачуваності.

## **10.0 Додаток Б: Рекомендований список літератури**

Angeles Arrien, Ph.D.

*The Four-Fold Way: Walking the Paths of the Warrior, Teacher, Healer, and Visionary*

Stanislav Grof, M.D.

*Psychology of the Future*

*The Adventure of Self Discovery*

Judith Herman, M.D.

*Trauma and Recovery*

Richard Schwartz, Ph.D.

*Introduction to Internal Family Systems Therapy*

Pema Chodron

*The Places that Scare You: A Guide to Fearlessness in Difficult Times*

*When Things Fall Apart: Heart Advice for Difficult Times*

Pat Ogdon, Kekuni Minton, Claire Pain, and Daniel Siegel

*Trauma and the Body*

Peter Levine and Ann Fredrick

*Waking the Tiger: Healing Trauma*

Peter Levine and Gabor Mate

*In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*

Jalal al-Din Rumi

*"The Guest House" (a poem that can be found online or in The Essential Rumi translated by Coleman Barks, Harper Collins 1995)*

Анджелес Аррієн, доктор філософії

*"Чотиристоронній шлях: Шляхами воїна, вчителя, цілителя та візонера*

Станіслав Гроф, доктор філософії

*Психологія майбутнього*

*Пригода самопізнання*

Джудіт Герман, доктор філософії

*Травма та відновлення*

Річард Шварц, доктор філософії

*Вступ до внутрішньосімейної системної терапії*

Пема Чодрон

*Місця, які вас лякають: Посібник з безстрашності у важкі часи*

*Коли все валиться з рук: Поради серця для важких часів*

Пет Огдон, Кекуні Мінтон, Клер Пейн та Деніел Сігел

*Травма і тіло*

Пітер Левін та Енн Фредрік

*Пробудження тигра: зцілення травми*

Пітер Левін та Габор Мате



*Невимовний голос: як тіло вивільняє травму та відновлює добро*

Джалал ад-Дін Румі

*"Гостьовий дім" (вірш, який можна знайти в Інтернеті або у виданні "Основне про Румі" у перекладі Коулмана Баркса (видавництво "Гарпер Коллінз", 1995))*

## 11.0 Додаток В: Порівняння терапевтичних методів лікування ПТСР

### 11.1 Порівняння терапевтичних підходів до ПТСР

Таблиця 1: Порівняння терапевтичних підходів до ПТСР

Терапевтичний елемент	Когнітивно-поведінкова терапія	EMDR	Психодинамічна психотерапія	МДМА-асистована психотерапія
<b>Тривала експозиція (експозиція in vivo, або переживання травми в терапії)</b>	Для експозиції in vivo розробить ієрархічний список ситуацій і дайте конкретне домашнє завдання, що передбачає експозицію до цих ситуацій. Для уявної експозиції попросить пацієнта детально описати травму в теперішньому часі. Цей процес повторюється протягом кількох візитів.	Цільовий образ, пов'язаний з травмою, використовується як відправна точка, з недирективним підходом до того, що буде далі. Пацієнта заохочують до ставлення "нехай трапиться те, що трапиться". Обговорення з терапевтом відбуваються з перервами.	Обговорюються травматичні події, але не розглядається специфічний підхід до тривалої експозиції. (На практиці психодинамічну психотерапію та когнітивно-поведінкову терапію часто поєднують).	Недирективний підхід до того, як травма з'являється та опрацьовується, із заохоченням залишатися присутнім, а не відволікатися від важких спогадів та емоцій. Обговорення з терапевтом є переривчастими  (Примітка: перед сесією укладається договір про те, що якщо травма не виринає спонтанно, терапевт підніме її. Але до цього часу травма завжди виринала спонтанно. По суті, тривала експозиція відбувається спонтанно).
<b>Когнітивна реструктуризація</b>	Визначте "негативні думки та переконання / когнітивні викривлення" і киньте їм виклик, використовуючи метод Сократа. Модифікуйте їх, дійшовши до раціональної відповіді.	Когнітивна реструктуризація часто відбувається спонтанно і може бути каталізована терапевтом, який додає "когнітивне переплетення", якщо це необхідно.	Зосередьтеся на "значенні травми для особистості в контексті попередніх психологічних конфліктів, досвіду розвитку та стосунків..."[1].	Когнітивна реструктуризація часто відбувається спонтанно, з мінімальним втручанням терапевта. Елементи як когнітивно-поведінкового, так і психодинамічного підходів можуть використовуватися

				в подальших інтегративних сесіях, але завжди у відповідь на те, як досвід продовжує розвиватися для учасника, а не відповідно до заздалегідь визначеної структури.
<b>Тренінг з управління тривожністю, включаючи стрес-прищепну терапію</b>	На початку лікування часто навчають навичкам релаксації, таким як дихальні вправи, глибоке розслаблення м'язів та/або уявні образи.	Протокол EMDR передбачає визначення ефективного методу релаксації на самому початку, часто це керована візуалізація.	Не є специфічним елементом психодинамічної терапії, але клінічно часто поєднується.	Учасників навчають релаксації, часто з використанням діафрагмального дихання.
<b>Підвищення обізнаності про позитивний досвід, у тому числі про наявну безпеку</b>	Може бути частиною когнітивної реструктуризації або спонтанно виникати після тривалої експозиції.	Часто відбувається спонтанно, найчастіше наприкінці сесії.	Може виникнути в результаті аналізу теперішніх і минулих стосунків та досвіду. Зазвичай відбувається на пізніх етапах терапії.	Зазвичай виникає спонтанно, часто на початку першого сеансу з МДМА. Може створити відчуття безпеки та благополуччя, що забезпечує платформу для глибшого опрацювання болючого досвіду пізніше під час сеансу або в наступному сеансі.
<b>Зняття напруги в тілі та інші соматичні симптоми</b>	Терапевт спрямовує увагу на тіло.	Терапевт спрямовує увагу на тіло.	Загалом не вважається частиною психодинамічної психотерапії.	Згадується на підготовчих сесіях і розглядається як важливий терапевтичний компонент, який може бути неадекватно врахований у звичайній розмовній терапії. МДМА-асистована психотерапія прагне до усвідомлення цього соматичного компонента і дозволяє вивільнити його, часто спонтанно, а іноді терапевт спрямовує увагу на

				тілесні симптоми (як це робиться в прикладах уявної експозиції доктора Фоа або за допомогою цілеспрямованої тілесної роботи).
<b>Питання перенесення та контрперенесення</b>	Не є фокусом, але терапевти повинні знати про них.	Не є фокусом, але терапевти повинні знати про них.	Інтерпретація перенесення може бути важливою частиною втручання.	Не є фокусом, але терапевти повинні знати про них і про те, що вони можуть бути посилені в неординарних станах, що, наприклад, викликаний МДМА. Про це слід говорити відкрито і чесно, а також розпитувати, якщо здається, що є значна невисловлена динаміка. Терапевти саморозкриваються і співпрацюють. Перенесення вирішується на ранніх стадіях, а не накопичується, як це може статися в психодинамічній терапії.
<b>Труднощі з терапевтичним альянсом як можлива перешкода на шляху до успішного лікування</b>	Розвитку альянсу приділяється час і увага, з деякими обмеженнями в обмежених у часі терапевтичних протоколах [1]. (Доктор Фоа рекомендує дев'ять сеансів з можливістю проведення ще трьох і зазначає, що "існує точка спадної віддачі" у пацієнтів, які не реагують на цей курс лікування).	Розвитку альянсу приділяється час та увага.	Розвитку альянсу приділяється час та увага.	Розвитку альянсу приділяється час та увага. Як сама модель лікування, так і вплив МДМА сприяють виникненню почуття довіри, а отже, формуванню терапевтичного альянсу за відносно короткий час.
<b>"Вплив попереднього життєвого досвіду, такого як насильство в</b>	Може розглядатися в когнітивній реструктуризації.	Може виникати спонтанно в EMDR.	Обговорення цього питання може бути у фокусі психодинамічної психотерапії.	Ранній досвід насильства або брак підтримки часто спонтанно згадується під час

дитинстві або попередні травми..." [1] як ускладнюючі фактори, що можуть спричинити резистентність до лікування				сесій з використанням МДМА, як правило, разом з усвідомленням зв'язку між цим раннім досвідом і ПТСР. Таке усвідомлення та супутній емоційний зв'язок і переживання часто відбуваються з незначним втручанням з боку терапевтів або взагалі без нього.
---	--	--	--	--

## 11.2 Стаття про елементи, спільні для МДМА-асистованої психотерапії та інших методів

[Ця стаття вперше з'явилася у весняному випуску бюлетеня MAPS за 2013 рік]

### МДМА-асистована психотерапія - наскільки вона відрізняється від інших методів психотерапії?

Майкл Мітхофер, доктор медичних наук

"Майте велику історію або не майте жодної, але не майте маленької історії".

Ці слова глибоко зачепили мене, коли я вперше почув їх від Стена Грофа понад 20 років тому. Вони завжди згадуються, коли я думаю про те, що ми знаємо і що ми відкриваємо про психологічне зцілення - навіть сам термін "психологічне зцілення" передбачає маленьку історію, що відокремлює психологію від фізіології, духовності та інших можливих рівнів зцілення. У дослідженнях ми повинні формулювати і перевіряти гіпотези, які обов'язково є маленькими історіями або лише маленькими частинами набагато більшої історії. Якими б елегантними і просвітницькими не були наші гіпотези, існує небезпека, що вони стануть концептуальними пастками, що обмежують нашу здатність спостерігати і реагувати на несподіванки. Всебічне розуміння людської психіки залишається недосяжним і, безсумнівно, виходить далеко за межі будь-якої з наших обмежених гіпотез.

Для мене дослідження МДМА у суворий, науковий спосіб завжди включає в себе напругу між прагненням зрозуміти і відсутністю потреби в розумінні. Постійний виклик полягає в тому, щоб збалансувати мій намір не прив'язуватися до жодної історії взагалі - бути відкритим і сприйнятливим до несподіваних відкриттів, коли ми сидимо поруч з людьми на сеансах МДМА-асистованої психотерапії, - з можливою і потенційно плідною схильністю мого раціонального розуму вплітати нові відкриття в наше розуміння терапевтичних методів і механізмів, що еволюціонують. Не випускаючи з поля зору цю непереборну напругу, яка певною мірою притаманна будь-якій психотерапії, я хочу обговорити деякі

подібності та відмінності між MDMA-асистованою психотерапією та іншими підходами до психотерапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ніхто не знає, як насправді працює будь-яке психіатричне лікування, психотерапія або психофармакологія, навіть якщо ми розуміємо основні елементи або багато фізіологічних ефектів. MDMA-асистована психотерапія особливо складна в цьому відношенні, тому що в ній поєднуються психотерапія і психофармакологія. Існує багато робіт, що описують вплив MDMA на мозок і решту тіла, а також деякі припущення щодо механізмів його терапевтичного впливу, але немає опублікованих досліджень, спрямованих на перевірку гіпотез про фармакологічні та психотерапевтичні механізми MDMA-асистованої психотерапії. Поки що дослідження, що фінансуються MAPS, спрямовані на вимірювання безпеки та ефективності, але не на визначення механізму дії. Якщо дозволить фінансування, ми сподіваємося дослідити потенційні механізми, додавши до майбутніх протоколів нейровізуалізацію та інші фізіологічні заходи. Крім того, інші дослідники починають проводити якісний аналіз записів наших сеансів, намагаючись дізнатися більше про психотерапевтичний процес. В цей час наші спостереження щодо можливих терапевтичних механізмів є спекулятивними, базуються на клінічних спостереженнях під час дослідницьких сесій MDMA і обмежені в точності через складність процесу.

Психотерапія впливає на багатьох рівнях: емоційному, когнітивному, фізичному, енергетичному та духовному. Хід терапії визначається власним внутрішнім зцілювальним інтелектом людини, який взаємодіє з фасилітацією з боку терапевтів у контексті терапевтичних стосунків. У MDMA-асистованій психотерапії прямі фармакологічні ефекти MDMA відбуваються в поєднанні з цим складним психотерапевтичним процесом, і, як ми сподіваємося, виступають каталізатором його зцілювального потенціалу. Крім того, ця взаємодія має двосторонній рух: нейрофізіологічні ефекти впливають на психотерапію, та сама психотерапія змінює мозок. На цьому етапі жодне обговорення залучених терапевтичних елементів не може охопити більше, ніж частину картини. Ми можемо вчитися на цьому редукціонізмі, але повинні бути обережними, щоб не "сплутати карту з місцевістю". Ми прагнемо до суворої науки, не втрачаючи при цьому з поля зору дивовижне багатство процесу, коли спостерігаємо його і беремо в ньому участь.

Моя дружина Енні і я мали можливість виступати в ролі співтерапевтів у MDMA-асистованій психотерапії ПТСР в нашому першому дослідженні, спонсорованому MAPS, яке було завершено в 2008 році, і в нашому поточному дослідженні з ветеранами, пожежниками і поліцейськими, які страждають від хронічного ПТСР. Ми також багато чому навчилися, читаючи та обмінюючись спостереженнями й думками з іншими дослідниками: Хосе Карлосом Бусо, Марселою Оталорою, Пітером Оеном і Вереною Відмер, які проводили або проводять подібні дослідження, а також з Джорджем Гріром, Реком Толбертом, Станіславом Грофом, Ральфом Метцнером, Торстеном Пассі та іншими, хто мав досвід проведення MDMA-асистованої психотерапії до того, як цей препарат став дозволеним. Наведені нижче порівняння ґрунтуються на цих можливостях дізнатися про MDMA-асистовану психотерапію на противагу моєму навчанню та клінічному досвіду використання інших методів протягом багатьох років.

\*\*\*

На перший погляд, МДМА-асистована психотерапія дуже відрізняється від конвенціонального лікування: учасники лежать на футоні, іноді з пов'язками на очах і в навушниках, слухають музику, а терапевти, чоловік і жінка, сидять по обидва боки протягом щонайменше 8 годин (не зовсім той підхід, якого мене навчали в ординатурі з психіатрії, хоча він дуже схожий на підхід, який ми вивчали на трансперсональному тренінгу Грофа). Незважаючи на ці очевидні кардинальні відмінності, при уважному розгляді більшість терапевтів визнають, що МДМА-асистована психотерапія включає знайомі елементи, які відіграють важливу роль у корисному впливі інших моделей терапії. Це не дивно, оскільки кожен підхід, в контексті терапевтичних відносин, стимулює доступ до вродженої, універсальної здібності людини до зцілення. Багато терапевтичних елементів, які в більш усталених методах викликаються безпосередньо терапевтами, виникають спонтанно при менш директивному підході, який ми використовуємо в МДМА-асистованій терапії.

### **Елемент 1: Встановлення безпечної та підтримуючої терапевтичної атмосфери і мислення, сприятливого для зцілення**

Це важливі елементи будь-якого безпечного та ефективного лікування ПТСР. На початку всіх загальноприйнятих методів лікування та на вступних сесіях, що передують МДМА-асистованій терапії, терапевти відіграють активну роль у створенні терапевтичного альянсу. Щоб безпечно продовжувати терапію, терапевти повинні оцінити і, можливо, посилити системи підтримки клієнта і їх власні ресурси для управління афектом і самопомогі. Люди з ПТСР часто мають труднощі з довірою, тому травматерапевти всіх видів знають, що терапевтичний альянс і ресурси клієнта можуть піддаватися ретельній перевірці під час емоційних викликів, пов'язаних з переживанням травми. МДМА-асистована психотерапія жодним чином не застрахована від цих викликів, але має потенційну перевагу. Вплив МДМА збільшує ймовірність того, що учасники зможуть зберегти достатній рівень довіри до терапевтів і достатньо широкий погляд на власний досвід, щоб опрацювати свої страхи без емоційного чи фізичного виходу з терапевтичного альянсу.

(Курсивом виділено цитати учасників дослідження)

*"Я продовжую отримувати повідомлення від препарату: "Довірся мені". Коли я намагаюся думати, нічого не виходить, але коли я просто дозволяю хвилям страху і тривоги піднятися, я відчуваю, що лікі вступають у дію, підхоплюють їх, підіймають, а потім вони розсіюються."*

*"Без цього дослідження я не думаю, що змогла б коли-небудь заглибитися в себе, я так боялася страху".*

*"Можливо, одна з речей, яку робить препарат, - це дозволяє вашому розуму розслабитися і відійти з дороги, тому що розум саме таким чином захищає від травми".*

## **Елемент 2: Тренінг з управління тривогою (АМТ) / Тренінг з подолання стресу (SIT)**

Будь-яка психотерапія, яка передбачає перегляд і переробку травми, може тимчасово посилити тривогу та інші сильні емоції, тому учасники повинні мати інструменти для управління загостреннями симптомів у разі потреби протягом усього курсу терапії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), включаючи пролонговану експозицію (ПЕ) та інші, зазвичай на самому початку включає навчання методу розслаблення. Десенсибілізація та репроцесинг за допомогою рухів очей (EMDR) також передбачає це, часто з використанням керованих візуалізацій. Під час вступних занять з МДМА-асистованої психотерапії ми навчаємо усвідомленому діафрагмальному диханню або підтримуємо будь-який інший метод, який учасник вважає ефективним. Важливо не недооцінювати ступінь, до якого учасники МДМА-асистованої психотерапії ПТСР можуть потребувати постійної підтримки і отримувати користь від неї в період інтеграції в дні і тижні після сеансів МДМА. Під час сеансів МДМА препарат каталізує більш глибоке пропрацювання, тому часто виникає необхідність приділенню більш пильної уваги до проблем інтеграції цих глибоких переживань у повсякденну свідомість і повсякденне життя.

*"Тепер, коли дія ліків закінчилася, я іноді відчуваю провину за те, що казав про те, що мої батьки не були емоційно доступними. Я знаю, що справа не у звинуваченні, але в мені все ще звучить осудливий голос, який каже, що ми не говоримо про це."*

*"Я отримала уявлення про те, як я здатна вирости... Я мотивована продовжувати практикувати відкритість, доки вона не стане більш розвиненою."*

## **Елемент 3: Експозиційна терапія**

Повторне звернення до травматичного досвіду під час терапії є основою пролонгованої експозиції, когнітивно-процесуальної терапії та інших видів когнітивно-поведінкової терапії ПТСР. У цих моделях "уявна експозиція" досягається шляхом прохання учасника неодноразово прочитати або переказати розповідь про свій травматичний досвід. Аналогічно, EMDR починається з "мішені", зазвичай образу, пов'язаного з травматичною подією, який несе в собі емоційний заряд і пов'язані з ним негативні усвідомлення.

У МДМА-асистованій психотерапії ми домовляємося з учасниками, що терапевти можуть в певний момент під час кожної сесії з використанням МДМА згадувати індексну травму, якщо вона не з'являється спонтанно, але на сьогоднішній день з майже 100 дослідницьких сесій з використанням МДМА нам жодного разу не довелося робити цього. Травма завжди з'являється, і ми вважаємо, що краще дозволити їй з'явитися в будь-який час і в будь-який спосіб, у який це спонтанно відбувається у кожної людини. Це відповідає принципу, що оптимальна тактика для терапевта і учасника полягає в тому, щоб підходити до кожної сесії з переважно недирективною позицією, "розумом новачка", щоб дозволити власному зцілювальному інтелекту людини визначати, в якому напрямку буде проходити сесія. У певний момент сеансу це призведе до виникнення форми експозиційної терапії, в якій МДМА діє як каталізатор, забезпечуючи емоційний зв'язок, більшу ясність спогадів про

травму та відчуття впевненості в тому, що болючий досвід може бути переглянутий і опрацьований без того, щоб він став непереборним. У багатьох випадках така уявна експозиція відбувається на початку сеансу, але іноді вона з'являється лише після того, як підтримуючі переживання надають більшої внутрішньої сили, з якою учасник може зустріти пов'язані з травмою спогади. Ці позитивні переживання є важливими елементами терапії, і ми заохочуємо учасників приймати їх як такі. А не вважати, як це роблять деякі учасники, що переживання болю - єдине продуктивне використання часу.

*"Я ніколи раніше не відчував того, що відчуваю сьогодні, з точки зору люблячого зв'язку. Я не впевнений, що зможу досягти цього знову без МДМА, але не втрачаю надії, що це можливо. Можливо, це як мати аерофотознімок місцевості, і тепер я знаю, що там є стежка".*

*"Ліки просто принесли мені папку. Наче я сиджу за великим столом у зручному кріслі, відчуваючи як діють ліки і потім вони рематеріалізуються у фізичній формі і приносять мені річ - папку з моїм послужним списком. На ній написано, що мені потрібно переглянути її і поговорити з вами про неї з самого початку, щоб її було правильно підшито".*

*"Це як щоразу, коли я занурююсь всередину, я бачу квіти. Я зриваю одну і це те, над чим мені потрібно працювати далі. Є речі, які важко прийняти, але щоразу, коли я проходжу через них, мені стає набагато легше".*

*"Я розумію, що не намагаюсь прорватися через будь-що. Це має бути м'яке відкриття. З ліками нічого не відчувається вимушеним. Я знаю, що мені доведеться відчути всі почуття, і все ще є страх, що сум та печаль будуть непереборними, і знаю, що почуття непередбачувані, і течії можуть бути вихристими, але вчора, коли я опустив туди лише палець ноги, це було таке чудове відчуття. Я пам'ятаю кожну деталь, це чистий, повний образ".*

*"Це був нелегкий досвід, але він того вартий. Це був дуже духовний досвід, дуже розширюючий. Зараз я відчуваю спокій і стабільність".*

#### **Елемент 4: Когнітивна реструктуризація**

Когнітивно-поведінкова терапія вчить людей розпізнавати негативні думки, переконання та когнітивні викривлення, кидати їм виклик, використовуючи сократівський метод, а потім змінювати їх, досягаючи раціональної відповіді. В EMDR підхід здебільшого недирективний, і когнітивна реструктуризація часто відбувається спонтанно, іноді каталізується терапевтом, який за необхідності додає "когнітивне переплетення". У психодинамічній терапії, клієнти за допомогою інтерпретацій терапевта приходять до розуміння значення травматичного досвіду та пов'язаних з ним реакцій і переконань, заснованих на історії власного розвитку, попередніх стосунках і психологічних конфліктах.

У МДМА-асистованій психотерапії когнітивна реструктуризація може бути результатом діалогу з терапевтом, який відбувається з використанням елементів КПТ, психодинамічної терапії та інших методів відповідно до індивідуальної підготовки та досвіду терапевта, як



зазначено в "Посібнику з лікування" нашого дослідження (доступний на сайті maps.org). Крім того, вплив МДМА може призвести до глибокого розуміння когнітивних викривлень з незначним втручанням терапевта або взагалі без нього. Наш здебільшого недирективний підхід часто призводить до спонтанної когнітивної реструктуризації завдяки якостям, породженим МДМА: підвищеній ясності розуму, впевненості та сміливості чесно подивитися на себе.

*"Я відчуваю, наче йду туди, куди так довго мав прийти, але просто не знав, як туди потрапити. Я відчуваю, що знаю себе краще, ніж будь-коли раніше. Тепер я знаю, що я нормальна людина. Я пережив деякі погані речі, але... вони є тим, що сталося зі мною, а не тим, ким я є... Це я. Ліки допомагають, але це в мені."*

### **Елемент 5: Перенесення та контрперенесення**

Ці терміни стосуються відповідних почуттів, які виникають у клієнта по відношенню до терапевтів і навпаки, оскільки ці почуття несвідомо формуються під впливом попереднього досвіду, особливо дитячого, який був отриманий у стосунках з батьками. Усвідомлення цих почуттів є важливим у будь-якій психотерапії, і особливо це стосується психодинамічної психотерапії, спрямованої на те, щоб зробити несвідоме несвідомим по мірі того, як це стає терпимим у процесі терапії. У МДМА-асистованій психотерапії ми обговорюємо перенесення і контрперенесення на вступних сесіях, готуючись до того, що ці почуття можуть бути значно посилені під впливом МДМА та сетингу цілоденних сесій. Ми представляємо їх як нормальні явища, які дають можливість виявити і переробити раніше несвідомий матеріал в теперішньому моменті.

Ми знаємо, що учасники, які приймають МДМА, можуть бути дуже чутливими до вербальної і невербальної експресії терапевтів, і заохочуємо чесність і відкритість у відношенні до будь-яких почуттів, що виникають. Ми чітко заявляємо про наш намір відповідати на будь-які запитання, які учасники можуть мати про нас, і не сприймати на свій рахунок, якщо вони гніваються або незадоволені чимось, що ми говоримо або робимо. МДМА може зробити несвідоме свідомим у швидкому темпі, одночасно підвищуючи здатність учасника визнавати та обговорювати проблеми перенесення, а також витримувати та мати користь від такого швидкого темпу змін. У той же час терапевти мають усвідомлювати свої власні реакції і бути чесно та емпатично залученими до процесів учасника від моменту до моменту. На щастя, якщо терапевти чесні щодо власних обмежень і "сліпих зон", учасник, який приймає МДМА, швидше за все, також буде співпереживати їм.

*"Добре, я готовий поговорити з вами, Майкле. Ви помітили, що кожного разу, коли я розмовляю з вами раніше, я намагався вразити вас тим, який я розумний? Так я робив зі своїм батьком, тому що він був розумний, але його не було поруч. Тепер я готовий до справжньої розмови з вами."*

### **Елемент 6: Робота з множинністю психіки**

Психіка людини не є унітарною; у кожного з нас є різні частини. Цей феномен є загально визнаним, але в психіатрії термінологія і теорії щодо нього далекі від уніфікації. Тим не менш, я вважаю, що "дисоціація", "частини", "субособистості", "Я" і "комплекси" стосуються одного і того ж явища або перетинаються між собою. Коли прояви множинності знаходяться на екстремально крайньому кінці спектру, їх називають дисоціативним розладом ідентичності (раніше - розладом множинної особистості). У DSM-V, який незабаром вийде, з'явиться новий "дисоціативний підтип" ПТСР - визнання того, що люди з ПТСР часто мають підвищений рівень дисоціації або змішання зі своїми частинами.

Кілька психотерапевтичних моделей визнають множинність нормальним явищем (хоча і проблематичним у більш екстремальних діапазонах спектру) і пропонують конкретні методи для терапевтичної роботи з нею. Ці моделі включають Психосинтез, Голосовий Діалог та Внутрішньосімейну Системну Терапію (ВСТ). З нашого досвіду, МДМА в терапевтичному середовищі часто підвищує усвідомлення різних "частин" психіки і одночасно викликає більше "селф-енергії", що дозволяє досліджувати ці частини з більшим співчуттям і ясністю ("частини" і "селф-енергія" - це терміни ВСТ; інші моделі описують те саме явище дещо інакше). Ми проводили невелике внутрішнє пілотне дослідження в рамках нашого поточного дослідження ветеранів, пожежників і поліцейських з ПТСР, відстежуючи, як часто відбувається усвідомлення складових частин. Наш попередній аналіз показує, що учасники дослідження спонтанно усвідомлювали різні частини себе у 81% МДМА-асистованих сесій, а краще розуміння і прийняття цих частин часто були важливими елементами терапевтичного процесу.

*"Я усвідомлюю, що частина мене - не монстр. Це воїн, цінна частина мене, і він теж потребує зцілення". (перефразовано)*

### **Елемент 7: Соматичні прояви травми**

КПТ, EMDR та психодинамічна терапія можуть привернути увагу до соматичних переживань, але не передбачають безпосередньої роботи з тілом через рух або фізичний дотик. Однак існує низка інноваційних та ефективних методів, які підкреслюють зв'язок між психологічними симптомами та фізіологічними станами. Ці методи - Сенсомоторна Психотерапія, Соматичний Досвід, Холотропне Дихання, Хакомі та інші - використовують фокусовану увагу, дихання, рух і/або дотик, щоб сприяти вираженню і вивільненню відчуттів, які виникають в організмі під час терапії травми. МДМА-асистована психотерапія часто включає фокусування уваги на тілесних відчуттях і використанні дихання та рухів для полегшення усвідомлення, вираження та вивільнення напруження або болю в тілі. Наш підхід також може включати в себе або плекаючий дотик, або цілеспрямовану роботу з тілом, завжди з ретельною увагою до дозволу учасника. Робота з цими тілесними відчуттями призвела до вивільнення більшої частини гніву та смутку:

*"Гнів схожий на вулкан. Я боюся бути в єдиному членом рятувальної бригади. Я відчуваю такий смуток, самотність, огиду".*

Фактори, які призводять до зцілення в МДМА-асистованій психотерапії, не більш загадкові, ніж в будь-якому іншому методі терапії. Деякі фактори визнані, їх можна уточнити і

поширити, інші знаходяться на межі відкриття, а багато залишаються прихованими в складнощах і таємницях набагато більшої історії про справжні механізми людського зростання і зцілення. Оскільки образи - це мова несвідомого, вони можуть бути найближчими до опису того, що відбувається. Як нещодавно сказав ветеран війни в Іраку, який брав участь у нашому дослідженні:

*"Це відчувається, наче внутрішній целитель, або що MDMA схожий на покоївку, яка робить весняне прибирання. Це як якщо б ви думали, що вже прибрали, але згодом дійшли до речей, з якими не хотіли мати справу, і ви просто закинули їх на горище. Але якщо ви збираєтеся прибрати будинок, ви не можете пропустити речі на горищі".*