

## Современная теория и лечение синдромов посттравматического стресса

В отличие от других направлений психотерапии XX века, терапия десенсибилизации и переработки движением глаз (EMDR — Eye Movement Desentization and Reprocessing) возникла не в результате теоретических построений, а стала следствием прямых эмпирических наблюдений [Shapiro, 1995, 2001]. Тем не менее другие подходы и их теории оказали сильное влияние на эволюцию EMDR-терапии и ее теоретическую основу. Выделяют четырех основных периода развития EMDR-терапии: а) простая техника (движения глаз); б) первичная процедура (EMD); в) протокол (EMDR) для лечения одного состояния (посттравматическое стрессовое расстройство); г) общий подход к терапии. Несмотря на то, что EMDR-терапия изначально имела эмпирическое, а не теоретическое происхождение, понимание ее теоретической основы, известной как модель адаптивной переработки информации AIP (Adaptive Information Processing) [Shapiro, 2001], имеет решающее значение для ее успешного клинического применения [Greenwald & Shapiro, 2010, 2011; Shapiro, 2009]. Модель AIP является основой для концептуализации клинических случаев, влияет на планирование лечения, помогает выходить из затруднительных клинических ситуаций, а также прогнозировать клинические результаты и находить новые клинические применения.

В части I представлена концептуальная основа для понимания EMDR-терапии. Глава 1 начинается с обзора избранных аспектов четырех моделей психотерапии, которые исторически самым непосредственным образом поддерживают понимание эволюции EMDR-терапии. Это гипноз, а также психодинамический, поведенческий и когнитивно-поведенческий подходы. Обзор этих моделей и их исследовательской базы для лечения посттравматического стрессового расстройства можно найти в книге *Effective Treatment for PTSD* [Foa, Keane, & Friedman, 2000; Foa, Keane, Friedman, &

[Cohen, 2009]. После обзора этих четырех моделей подводится итог истории эволюции EMDR-терапии. В главе 2 представлена модель AIP, за которой следует краткое изложение основных предложений по объяснению возможных механизмов лечебных эффектов EMDR-терапии.

## **Гипноз**

История психотерапии за последние 125 лет начинается с применения гипноза Шарко, Жане, Брейером, Фрейдом и Принсом [Whalen & Nash, 1996]. С самого начала своего существования в психотерапии гипноз был тесно связан с выявлением и лечением связи между психологической травмой и диссоциацией [Cardena, Maldonado, van der Hart, & Spiegel, 2000; van der Kolk & van der Hart, 1989]. Ранняя история и развитие EMDR-терапии, в свою очередь, также тесно связаны с выявлением и лечением связи между психологической травмой и диссоциацией [Fine et al., 1995; Lazrove & Fine, 1996; Nicosia, 1994; Paulsen, 1995].

На модели гипноза двадцатого века большое влияние оказал Милтон Эриксон [Lankton, 1987; Rossi, 1980a, 1980b]. Ключевые концепции в теорию и практику EMDR-терапии внесла теория гипноза. К ним относится, например, концепция *раппорта*, описывающая уровень доверия, связи и зависимости [Siegel, 2012], которые необходимы в отношениях между загипнотизированным человеком и гипнотизером [Frederick & McNeal, 1999]. *Референтные рамки* и *сужение внимания* относятся к явлениям, занимающим центральное место в гипнотических реакциях, приводящим к изменениям в восприятии окружающей среды и тела. *Гипнотическая внушаемость* сильно различается у разных людей. Существует или нет последовательное, измеримое измененное состояние сознания, вызванное гипнозом, остается предметом споров [Kirsch & Lynn, 1995]. Предварительные данные [Nicosia, 1995] свидетельствуют о том, что использование стандартных терапевтических процедур EMDR-терапии, описанных Шапиро [Shapiro, 1995, 2001] и в этой книге, не вызывает измененного состояния мозга, подобного паттернам мозговых волн, которые были идентифицированы при гипнозе. С процедурной точки зрения гипнотические феномены и внушения не занимают центральное место в основных лечебных эффектах EMDR-терапии [Barrowcliff, Gray, & MacCulloch, 2002; MacCulloch & Feldman, 1996]. Было обнаружено, что внушаемость не коррелирует с реакцией на EMDR-лечение [Hekmat, Groth, & Rogers, 1994]. Хотя формальный транс и внушение не имеют большого значения в EMDR-тера-

пии, эриксоновские принципы, включая *натуралистические стратегии и метафоры*, играют важную роль на этапе подготовки и в некоторых стратегиях борьбы с *неэффективной переработкой*. В отличие от более ранних моделей гипноза, основанных на внушении команд, Милтон Эриксон был *интерактивным и отзывчивым* психологом, извлекавшим информацию и *использовавшим* уникальные переживания и симптомы каждого пациента в качестве источника решений. На подготовительном этапе EMDR-терапии эти принципы определяют творческое применение протокола разработки и инсталляции ресурсов (RDI — Resources Development and Installation) [Korn & Leeds, 2002; Leeds, 1997, 2001; Leeds & Shapiro, 2000], который выявляет, укрепляет и усиливает доступ к адаптивным сетям воспоминаний. Эти же принципы лежат в основе использования натуралистических стратегий в переплетениях [Shapiro, 1995, 2001], чтобы помочь пациентам переработать интенсивный эмоциональный дистресс и способствовать синтезу между дезадаптивными и адаптивными сетями воспоминаний.

### **Психодинамические подходы**

Психодинамические подходы к лечению посттравматического стрессового расстройства имеют долгую историю с разнообразным множеством подходов и богатым набором разработанных концепций. Некоторые из многочисленных концепций и принципов психодинамических подходов позволяют понять сходство и различия между психодинамическими подходами и EMDR-терапией. Фрейд [Freud, 1955] описывал травмирующие события как нарушение стимульного барьера, ведущее к *навязчивому повторению*, при котором периоды навязчивого повторного переживания чередуются с периодами избегания. Первоначально Фрейд исследовал структурированное использование гипноза, впервые предложенное Шарко и Жане [van der Hart & Friedman, 1989] и поддержанное его наставником Брейером [Breuer & Freud, 1955]. Их подход был сосредоточен на использовании гипноза, чтобы укрепить способности пациентов функционировать, а затем развить повествовательное понимание травмирующих событий. По причинам, выходящим за рамки этого обзора, Фрейд буквально отвернулся от своих пациентов и перешел к технике *свободных ассоциаций*, в которой он требовал от пациентов обсуждать свои проблемы без директивного руководства, в то время как сам Фрейд занимал позицию *нейтралитета*. Этот сдвиг в технике сопровождался смещением

акцента с развития нарративного понимания травматических событий на исследование интрапсихического значения (защитной цели) симптомов пациента. Частые сессии и минимальная отзывчивость психотерапевта способствовали повышению интенсивности терапевтических отношений. О влиянии отсутствия условной отзывчивости на тревожность см. работу Сигела [Siegel, 2012]. Это также способствовало *проецированию материала переноса*, который, как считалось, представлял собой неразрешенные *интрапсихические конфликты* пациента. Основным активным вмешательством стала интерпретация защитного значения симптомов, вербальных провалов и провалов в памяти, а также спроецированного материала переноса.

В ходе эволюции от EMD к EMDR [Shapiro, 1991a] Шапиро использовала принцип свободных ассоциаций и еще больше отошла от *модели длительной экспозиции*. Однако в стандартной модели EMDR-терапии обычно избегают *интерпретации*. В EMDR-терапии акцент делается не на чистом нейтралитете, а на реакции пациента на процесс. Перенос и контрперенос распознаются, но когда во время переработки возникает перенос, его, как правило, оставляют в центре внимания, но без явной интерпретации или комментариев. Часто материал переноса перерабатывается, а личные воспоминания, которые являются источниками спроецированного материала переноса, по мере продолжения переработки возникают спонтанно. В противном случае психотерапевты, обученные EMDR-терапии, могут активно поощрять пациентов к исследованию ассоциаций с их личными воспоминаниями во время дополнительных серий *двусторонних движений глаз* посредством аффективных, соматических и когнитивных связей или путем смещения фокуса внимания на защитные механизмы переработки [Knipe, 2014; Mosquera, Gonzalez, & Leeds, 2012].

## **Поведенческая терапия**

Классическая поведенческая терапия рассматривает посттравматическое стрессовое расстройство через призму обусловливания, при котором формируется мощная *условная ассоциация* между *определенными сигналами* (внешними и внутренними стимулами), которые присутствовали во время неблагоприятных или травматических событий, и сильным состоянием тревоги (страха и/или стыда), вызванным событием. Систематическая десенсибилизация и погружение (имплозия) были двумя доминирующими методами лечения, предложенными бихевиористами [Keane,

*Fairbank, Caddell, & Zimering, 1989; Stampfl & Levis, 1967; Wolpe, 1954, 1958*]. При систематической десенсибилизации пациент идентифицирует иерархию сигналов от слабо беспокоящих до сильно тревожных. Затем пациента обучают достигать состояния глубокой релаксации с помощью структурированных техник самоконтроля, таких как *прогрессивная релаксация* или *обучение релаксации с помощью биологической обратной связи*. Затем пациенту предлагается сосредоточиться на наименее тревожном сигнале и попрактиковаться в расслаблении до тех пор, пока снова не будет достигнуто состояние спокойствия. Эта процедура повторяется столько раз, сколько необходимо, постепенно продвигаясь вверх по иерархии до тех пор, пока не удастся сфокусироваться на наиболее тревожном сигнале и пациент не сможет оставаться спокойным. Только шесть исследований рассматривали систематическую десенсибилизацию как метод лечения посттравматического стрессового расстройства. Отчасти это может быть связано с тем, что такое лечение занимает много времени, а другие методы для большинства пациентов оказались более эффективными и действенными [*Foa et al., 2000; Solomon, Gerrity, & Muff, 1992; van Etten & Taylor, 1998*].

Погружение, или *импловзивная терапия* [*Stampfl & Levis, 1967*], представляет собой форму воображаемой экспозиции. Погружение основано на принципе угасания, который предполагает, что нервная система может продолжать испытывать сильное возбуждение только в течение ограниченного периода времени. После этого дальнейшее воздействие пугающих сигналов больше не вызывает реакции страха. Погружение и связанные с ним формы *длительной воображаемой экспозиции* широко изучались как методы лечения посттравматического стрессового расстройства [*Foa et al., 2000; Follette & Ruzek, 2006; Rauch, Eftekhari, & Ruzek, 2012*]. В ранних отчетах указывалось, что длительная воображаемая экспозиция приводила к тому, что в 50% случаев ветераны боевых действий прекращали лечение [*Cooper & Clum, 1989*] и мало влияла на эмоциональное онемение и социальное избегание [*Keane et al., 1989*]. Более поздние отчеты содержат аналогичные показатели отсева при экспозиционной психотерапии, когнитивной терапии, стресс-прививочной терапии и EMDR-терапии [*Hembree et al., 2003*]. Тем не менее другие обозреватели предполагают, что показатели отсева при длительной воображаемой экспозиции сильно различаются (до 50% в некоторых поведенческих исследованиях). Возможно, это зависит от изучаемой популяции. Необходимы более точные данные в отчетах об исследованиях, чтобы прояснить эти показатели при лечении

посттравматического стрессового расстройства [Kar, 2011; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008]. В более позднем обзоре [Najavits, 2015] изучались показатели отсева и удержания в “золотом стандарте” рандомизированных контролируемых исследований и в реальных условиях лечения посттравматического стрессового расстройства. В этой же публикации отмечались удивительно низкие показатели завершения длительной визуальной экспозиции и когнитивной переработки: 2% “адекватной дозы” терапии, о которой сообщают Уоттс и коллеги [Watts et al., 2014], и показатель завершения менее 10%, о котором сообщают Мотт и коллеги [Mott et al., 2014].

Хотя было обнаружено, что физические упражнения успешно смягчают симптомы, связанные со страхом, остаются вопросы относительно их эффективности для устранения чувства стыда и вины [Adshead, 2000; Pitman et al., 1991; Stapleton, Taylor, & Asmundson, 2006]. Это привело к появлению таких подходов, как терапия когнитивной переработки [Resick & Schnicke, 1993] и стресс-прививочная терапия [Meichenbaum, 1985], в которых физические упражнения сочетаются с когнитивной терапией. Возможно, что последствия погружения могут частично возникать из-за того, что пациентов непреднамеренно тренируют диссоциировать, провоцируя эмоциональное онемение, так что они просто больше не чувствуют тревожный материал, а не формируют новые ассоциации с тревожными сигналами [Lanius, 2014; Merluzzi, Taylor, Boltwood, & Gotestam, 1991; Rogers & Lanius, 2001].

### **Когнитивно-поведенческая теория**

Когнитивно-поведенческая теория принимает парадигму классической обусловленности в качестве основы для понимания посттравматических синдромов и других тревожных расстройств, но обращается к *моделям переработки информации* и к концепции *переработки эмоций*, чтобы изменить обусловленность этих неблагоприятных событий. Когнитивно-поведенческие модели, фокусирующиеся на промежуточных переменных, характерных для иррациональных убеждений или негативных схем, могут быть хорошо знакомы психотерапевтам, применяющим рационально-эмоционально-поведенческую терапию Эллиса [Ellis, 1994] и когнитивную терапию Бека [Beck, Emery, & Greenberg, 2005]. Однако в понимании принципов, лежащих в основе стандартной модели EMDR-терапии центральную роль играют менее широко известные когнитивно-поведенческие модели переработки эмоциональной информации. Ключевые концепции

когнитивной модели переработки эмоциональной информации основаны на работах Лэнга и других исследователей [Lang, 1977, 1979; Rachman, 1980; Bower, 1981; Foa & Kozak, 1985, 1986; Foa & Riggs, 1995].

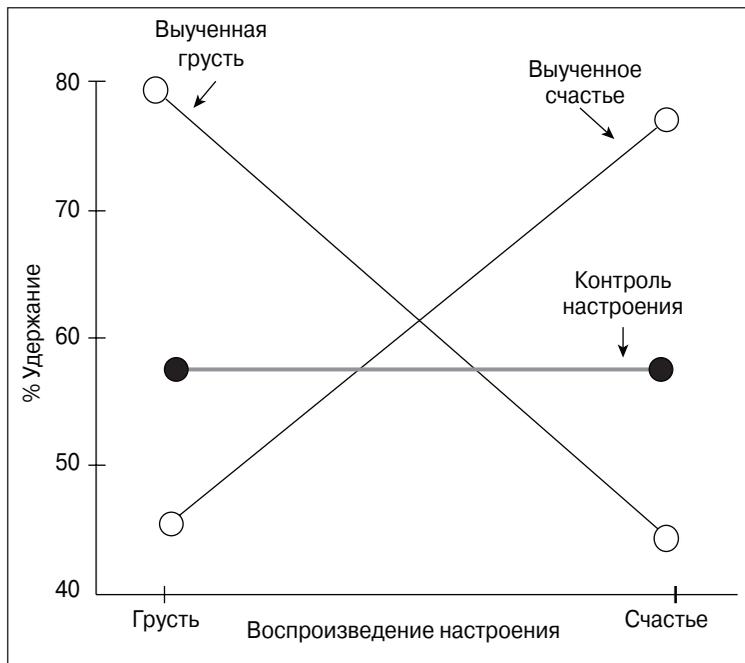
### **Когнитивно-поведенческие модели переработки эмоциональной информации**

Лэнг [Lang, 1968] операционализировал концепцию тревоги как явление, вызывающее поведенческие реакции в следующих трех системах: физиологическая активность, очевидное поведение и субъективный отчет. В своих работах Лэнг [Lang, 1977, 1979] предложил общую модель лечения тревожных расстройств при помощи *воображения* (в отличие от лечения *in vivo*). Во-первых, должны быть активированы некоторые компоненты реакции, удерживающие эти эмоциональные воспоминания в *структурах страха*. Идея о том, что лечение с помощью воображения должно сначала активировать *эмоционально окрашенные структуры памяти*, аналогична *модели зависимости от состояния*, предложенной Бауэром [Bower, 1981] (рис. 1.1). Бауэр предположил, что доступ к воспроизведению и изменению эмоциональной информации зависит от эмоционального состояния (настроения), в котором находится человек в данный момент.

Лэнг описал структуры страха как содержащие информацию о следующих компонентах: а) раздражитель, вызывающий страх; б) вербальные, физиологические и поведенческие реакции; в) значение стимула и реакции (рис. 1.2). В модели АИР сенсорным воспоминаниям по Лэнгу соответствуют образы, мысли и звуки, личный смысл выражается негативной когницией, а реакции, в которых эмоции явно не упоминаются, представлены эмоциями и физическими ощущениями. Очевидные поведенческие реакции, выделенные Лэнгом, в модели АИР явным образом не идентифицируются [Shapiro, 1995, 2001]. Это упущение более подробно рассматривается в главе 2.

Исходя из гипотезы Мэтьюза [Mathews, 1971, p. 88] о том, что “один из эффектов релаксации может заключаться в увеличении яркости образов, переживаемых во время десенсибилизации”, Рахман [Rachman, 1980] предположил, что увеличение яркости образов в результате расслабления приводит к уменьшению страха, *сначала вызывая более сильные физиологические реакции на фобические образы*. Он назвал эту последовательность эффектов *переработкой эмоций*. Рахман также предположил, что необходимы повторные тесты фобических образов, чтобы определить степень

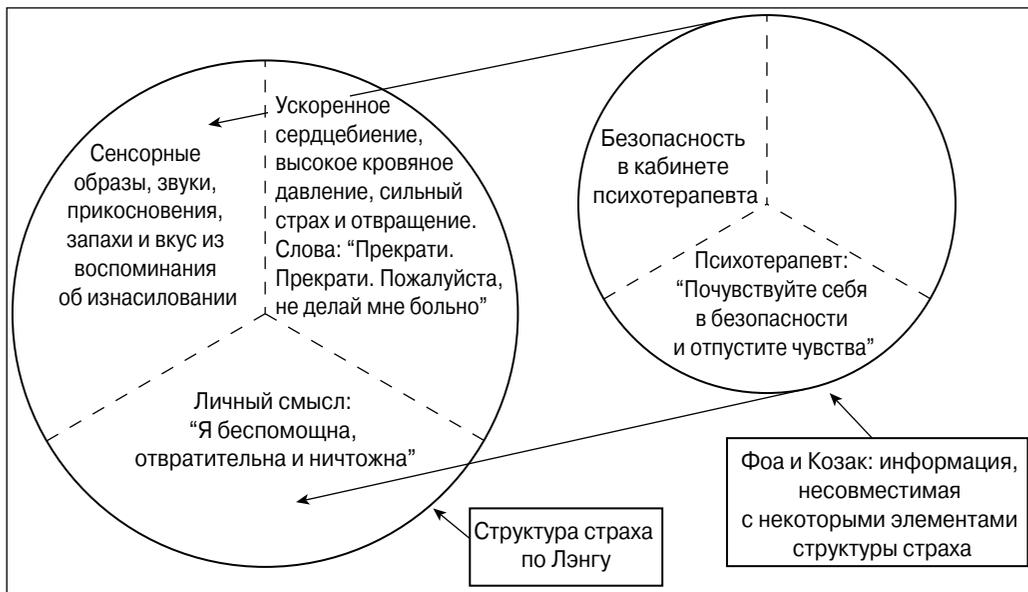
переработки эмоций. Эти повторяющиеся тестовые зонды являются прямыми предшественниками процедуры EMDR-терапии, когда психотерапевт возвращается к цели для повторного доступа к сети воспоминаний и переоценки степени, в которой произошла переработка. Позже Фoa и Козак [Foa & Kozak, 1985, 1986] предположили, что для переработки страха необходима доступная и интегрированная информация (когнитивная и аффективная), несовместимая со страхом, позволяющая изменить структуру страха и сформировать новое воспоминание (рис. 1.3). В EMDR-терапии эта концепция подразумевает необходимость состояния присутствия и доступности соответствующих адаптивных сетей воспоминаний, обеспечивающих синтез дезадаптивных и адаптивных сетей воспоминаний.



**Рис. 1.1.** Воспоминание, зависящее от состояния, по Бауэру. Процентные показатели удержания для трех групп поддающихся гипнозу испытуемых протестированы на их припоминание списков счастливых и грустных слов. Настроение во время обучения и воспоминаний индуцировалось образами, управляемыми гипнозом. Настроение во время тестирования показано на горизонтальной оси. При обучении и тестировании на припоминание контрольное настроение было нейтральным. Пересечение линий с обратным настроением при тестировании показывает эффект обучения, зависящий от аффективного состояния. Аналогичные эффекты были показаны для автобиографических воспоминаний



**Рис. 1.2.** Структура страха по Лэнгу



**Рис. 1.3.** Переработка страха при воображаемой экспозиции [Foa & Kozak, 1985, 1986; Foa & Rothbaum, 1998]

Когнитивно-поведенческая модель клинической тревожности оказала сильное влияние на лечение и исследования. Когнитивно-поведенческий подход к лечению посттравматических синдромов, который все еще развивается, включает в себя следующие компоненты: а) принцип длительной экспозиции, начинающейся с наиболее травмирующих воспоминаний и основанной на ранних поведенческих моделях погружения; б) некоторые элементы систематической десенсибилизации, начинающейся с наименее тревожных элементов и включающей в себя практику расслабления здесь и сейчас; в) некоторые элементы когнитивной реструктуризации. По-видимому, еще не достигнуто соглашение о том, как формализовать лечение посттравматического стрессового расстройства в рамках когнитивно-поведенческой модели. Различные исследовательские группы, изучающие модели лечения посттравматического стрессового расстройства на основе экспозиции, имеют разные руководства по лечению, которые меняются от одного исследования к другому.

При анализе когнитивно-поведенческой модели переработки эмоций, описанной Фoa и Козаком [*Foa & Kozak, 1986*], возникает несколько теоретических вопросов. Во-первых, что предотвращает или усиливает интеграцию информации, несовместимой со страхом, когда активируются структуры страха и присутствует информация, несовместимая со страхом? Рахман [*Rachman, 1980*] предположил, что ключевым элементом переработки эмоций может быть расслабление. Является ли расслабление единственным фактором? Какие другие факторы усиливают или подавляют переработку эмоций? Если расслабление является фактором, облегчающим переработку эмоций, как лучше всего вызвать расслабление, когда человека просят сосредоточиться на ужасающем воспоминании, включающем страх смерти или ощущение ранения себя или других?

Систематическая десенсибилизация и стресс-прививочная терапия обеспечивают обучение пациентов методам структурированной регуляции тревожности, которые чередуются с длительной экспозицией образов, вызывающих тревогу. Эти подходы контрастируют с EMDR-терапией, которая предлагает пациентам одновременно обратить внимание на образы, вызывающие тревогу, а также обеспечивает нейтральную двустороннюю сенсорную стимуляцию, которая, по-видимому, вызывает реакцию вынужденного расслабления [*Barrowcliff, Gray, MacCulloch, Freeman, & MacCulloch, 2003; Wilson, Silver, Covi, & Foster, 1996, p. 227*]. Однако во время EMDR-переработки пациентов не просят продолжать удерживать

внимание на образах, вызывающих тревогу. Действительно, большинство пациентов сообщают, что они не могут удерживать постоянное внимание на исходных образах, вызывающих тревогу, во время двусторонних движений глаз или альтернативной двусторонней сенсорной стимуляции. Вместо этого большинство пациентов сообщают о различных ассоциациях, связанных с аспектами их первоначальных тревожных образов, которые могут привести к другим тревожным, нейтральным или даже позитивным образам, ощущениям, эмоциям и мыслям. Таким образом, психофизиологическое возбуждение имеет тенденцию перемещаться из зоны гипервозбуждения в зону оптимального возбуждения, что облегчает переработку эмоциональной информации, первоначально описанную Рахманом [Rachman, 1980] (см. также рис. 2.2).

В когнитивных подходах к переработке эмоций используются две основные стратегии интеграции информации, несовместимой с реакцией страха: а) повторное выполнение пациентом ежедневных домашних заданий по самостоятельной воображаемой экспозиции до тех пор, пока не сформируются новые, менее пугающие воспоминания; б) повторяющиеся утверждения, заявления и вопросы психотерапевта, пока пациент участвует в воображаемой экспозиции. Эти стратегии контрастируют со стандартной EMDR-терапией, которая не требует от пациента выполнять домашние задания и побуждает его к переработке с минимальным вербальным общением психотерапевта во время и между сериями двусторонних движений глаз или чередующейся двусторонней сенсорной стимуляции. Стратегии формулирования случаев, описанные в главах 4–6, призывают психотерапевтов оценить перед началом EMDR-переработки степень, в которой пациенты способны сохранять самообладание и получать доступ к адаптивным реакциям и информации, несовместимой с реакцией страха. Если эти условия не выполняются или выполняются с трудом, психотерапевты, применяющие EMDR-терапию, должны предпринять соответствующие меры на этапах подготовки и активной переработки, чтобы гарантировать, что эта интеграция может происходить.

### **Консенсусная фазовая модель**

Почти все современные подходы к лечению травм основаны на новаторской работе Пьера Жане [Janet, 1889, 1977]. Одним из многочисленных научных достижений Жане является основополагающий принцип фазово-ориентированного подхода: а) стабилизация и уменьшение симптомов;

б) раскрытие и изменение травматических воспоминаний; в) реинтеграция личности. Джудит Херман [*Herman, 1992a, 1992b*] описывает эти три фазы как а) безопасность; б) память и скорбь; в) воссоединение. Аналогичные модели были описаны в целом ряде работ [*Briere, 1996; Brown & Fromm, 1986; Chu, 1998; Courtois, 1988, 1999; Gil, 1988; Horowitz, 1979, 1986; Kluft, 1993, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Putnam, 1989; Scurfield, 1985; van der Hart & Friedman, 1989; van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996*]. Кристина Куртуа [*Christine Courtois, 1999, p. 176*] в книге *Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guidelines* (Воспоминания о сексуализированном насилии: принципы и рекомендации по лечению) описала многие аспекты этой развивающейся консенсусной модели посттравматического лечения и охарактеризовала ее как “последовательную, титруемую, направленную на облегчение симптомов и функционирование”.

Принципы EMDR-терапии [*Shapiro, 1995, 2001*] помещают ее в эту консенсусную модель. В EMDR-терапии можно использовать различные стратегии для достижения целей стабилизации и смягчения симптомов. Некоторые стратегии стабилизации, обычно используемые в EMDR-терапии, были разработаны в других традициях, таких как *прогрессивная релаксация* [*Jacobson, 1938*], самовнушение [*Eisen & Fromm, 1983; Sanders, 1991*], биологическая обратная связь [*Brown, McGoldrick, & Buchanan, 1997*] и медитация [*Benson, 1975; Goldstein, 1994*]. Другие стратегии стабилизации, такие как упражнение “Безопасное/спокойное место” [*Shapiro, 2001, pp. 125–127*] и “Разработка и инсталляция ресурсов” [*Leeds, 1998a, 1998b; Leeds & Shapiro, 2000*], объединяют определенную совокупность образов способами, которые уникальны для EMDR-терапии. Независимо от того, какие стратегии стабилизации используются при лечении ПТСР, консенсусная модель признает, что важно обеспечить адекватную стабилизацию до и во время раскрытия и переработки травмирующих воспоминаний, чтобы избежать того, что Джон Бриер [*Briere, 1996, p. 11*] называет “выходом за пределы терапевтического окна”. Эта фраза относится к раскрытию подробностей тревожных воспоминаний или проявлению интенсивных негативных эмоций в темпе, превышающем когнитивные, эмоциональные или поведенческие навыки пациента. Эта проблема подавления навыков преодоления трудностей у пациентов может возникать как на этапах сбора анамнеза, так и на этапах лечения. Цель психотерапии, основанной на информации о травмах, состоит в том, чтобы работать в рамках терапевтического окна. Работа в этом терапевтическом окне обеспечивает доста-

точный доступ к дезадаптивным сетям воспоминаний, которые вызывают симптомы и текущее функционирование пациента, не выходя за пределы когнитивных, эмоциональных или поведенческих навыков пациента.

## Краткая история: от EMD до EMDR

Историю развития EMDR-терапии можно резюмировать в виде следующих четырех этапов.

1. Открытие и исследование простой техники (движения глаз).
2. Определение и тестирование процедуры EMD.
3. Эволюция, уточнение и валидация стандартного протокола EMDR-терапии для лечения посттравматического стрессового расстройства и связанных с ним синдромов.
4. Расширение теории и применения EMDR-терапии на дополнительные клинические синдромы в качестве общей модели психотерапии. Текущий статус EMDR-терапии находится в процессе перехода от третьей стадии к четвертой.

### **Открытие и исследование**

Прогуливаясь в парке в 1987 году, Фрэнсин Шапиро [*Shapiro*, 1995, pp. 2–14; 2001, pp. 7–16] заметила специфическое влияние саккадических движений глаз на определенные тревожные мысли. Эмоциональная составляющая этих мыслей быстро и спонтанно уменьшалась. Она решила исследовать этот эффект на других людях. Ее первым открытием было то, что большинству других людей было трудно генерировать достаточное количество саккадических движений глаз для достижения этого эффекта. Поэтому она попросила их двигать глазами, наблюдая за тем, как она двигает рукой вперед и назад на расстоянии от 30 до 35 сантиметров перед их лицом.

В ходе своих неофициальных исследований с участием около 70 человек Шапиро обнаружила, что несколько факторов помогли разным людям добиться одинакового снижения эмоционального компонента тревожных мыслей. У одних людей скорость движений глаз должна была быть быстрее или медленнее, у других более эффективными были диагональные движения глаз. В некоторых случаях более эффективным оказался расширенный или суженный диапазон горизонтальных движений глаз. Одним нужно было сосредоточиться на образе, другим — на соматических

ощущениях, некоторым — на мыслях, а некоторым — на эмоциях. Некоторым требовалось сочетание этих элементов. Объединив несколько из этих факторов в целенаправленный алгоритм, Шапиро смогла добиться надежного снижения эмоциональных нарушений у широкого круга людей, не страдающих каким-либо выявленным расстройством.

Затем она предложила эту процедуру человеку, пережившему боевую травму, с сохраняющимися симптомами, связанными с конкретной психологической травмой, вызванной определенным инцидентом. Одна короткая сессия этой процедуры привела к излечению эмоциональных нарушений и гашению интрузий, связанных с этим воспоминанием. Очевидная эффективность этой процедуры в отношении не только легких тревожных мыслей у обычных людей, но и серьезных нарушений памяти у лиц, переживших боевые травмы, побудила Шапиро провести контролируемое исследование с определенной группой лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством.

### **Определение и тестирование EMD**

Изучая литературу по лечению травм и тревожных расстройств, Шапиро овладела техниками систематической десенсибилизации и погружения (флудинга) [Wolpe, 1954; Fairbank & Keane, 1982; Stampfl & Levis, 1967]. Вольпе считал *реципрокное торможение* между расслаблением и тревогой основой систематической десенсибилизации и всех эффективных психотерапевтических методов лечения неврозов. Тем не менее Вольпе признавал, что лечению с помощью его подхода поддается только низкий уровень тревожности. Как и в случае погружения, Шапиро сосредоточила свою процедуру движения глаз на наиболее тревожном аспекте индексной травмы. В отличие от погружения, эта новая процедура не требовала длительной экспозиции или интенсивной абреакции. Вместо этого Шапиро наблюдала то, что, по-видимому, было своего рода реципрокным торможением между условным эмоциональным нарушением воспоминания о травме и специфическими эффектами движений глаз. Много лет спустя в первом физиологическом исследовании EMDR-терапии, Дэвид Уилсон [Wilson et al., 1996, p. 227] назовет это реакцией вынужденного расслабления. Поскольку механизмом, по-видимому, было реципрокное торможение, а не угасание, в честь модели систематической десенсибилизации Вольпе Шапиро решила назвать эту процедуру десенсибилизацией движениями глаз, или EMD [Shapiro, 1989a, 1989b].

## Структура и процедуры пилотного исследования EMD

В 1980 году посттравматическое стрессовое расстройство впервые было включено в *DSM III* (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 3-е издание) [*American Psychiatric Association*, 1980; *Parrish*, 1999]. К 1988 году росло широкое признание этого расстройства и понимание серьезных ограничений существующих методов его лечения. Шапиро решила сосредоточить свои усилия на полевых испытаниях нового метода EMD на людях, которые уже лечились от посттравматического стрессового расстройства. Вместо того чтобы заняться более широким вопросом о том, может ли процедура EMD устранить все симптомы, связанные с посттравматическим стрессом, ее более скромная цель в этом пилотном исследовании состояла в том, чтобы определить, можно ли вылечить за одну сессию тревожную интрузию, связанную с одним травмирующим воспоминанием. Она набрала 22 пациента в возрасте от 11 до 53 лет, проходивших лечение симптомов посттравматического стрессового расстройства, связанных с изнасилованием, сексуализированным насилием или боевой травмой, полученной во Вьетнаме.

Половина испытуемых была случайным образом распределена в группу EMD, а половина — в контрольную группу, описанную Шапиро [*Shapiro*, 1989a, p. 202] как группа плацебо, которая подвергалась альтернативной процедуре экспозиции без движения глаз. Все испытуемые описывали и количественно оценивали свои жалобы, такие как навязчивые мысли и нарушения сна. Каждый выбрал одно воспоминание и картину, которая представляла худшую часть инцидента или весь инцидент. В ответ на вопрос: “Какие слова о себе или о происшествии лучше всего подходят к выбранной картине?” [*Shapiro*, 1989a, p. 204] каждый испытуемый формулировал негативное убеждение о себе, например: “Я беспомощен” или “Я потерял контроль”. После этого испытуемых просили сосредоточиться на травмирующей картине и своих негативных словах, а затем присвоить им уровень от нуля до десяти баллов по шкале субъективного дистресса (SUD — Subjective Units of Disturbance) [*Wolpe*, 1954]. Затем испытуемых просили сказать, какие слова они предпочли бы использовать для выбранной ими картины, и оценить эти положительные утверждения о себе, сосредоточив внимание на выбранной картине, используя шкалу достоверности позитивной когниции (VoC — Validity of Cognition Scale) [*Shapiro*, 1989a] от одного до семи баллов. В течение оставшейся части лечебной сессии пациентов периодически спрашивали об их уровне бес-

покойства по шкале SUD и говорили: “Позвольте событиям идти своим чередом”.

Затем испытуемых в группе EMD просили представить травмирующую сцену и повторить свое негативное утверждение, в то время как Шапиро выполняла первоначальную серию из 10–20 двусторонних ритмичных движений глаз. После каждой серии движений глаз испытуемых просили “стереть картину из памяти и сделать глубокий вдох”. Затем после каждой серии движений глаз их просили сфокусироваться на картине и негативных словах и оценить свое беспокойство по шкале SUD от нуля до десяти баллов. Между сериями двусторонних движений глаз испытуемых иногда просили сообщить, что они заметили, задавая вопрос: “Что вы чувствуете сейчас?” Дальнейшие серии двусторонних движений глаз предлагались до тех пор, пока не сообщалось о других травмирующих воспоминаниях или тревожных мыслях, а их уровень SUD не достигал нуля или единицы. Это заняло от трех до 12 серий. Затем испытуемых просили оценить предпочитаемое ими утверждение по шкале VoC от одного до семи баллов. Субъектов, чей показатель VoC был меньше шести, просили сосредоточиться на выбранном ими воспоминании и положительном утверждении о себе. Для них проводили еще две-три серии движений глаз, пока показатель VoC не достигал шести или семи.

Субъектов в контрольной группе попросили подробно описать участников, окружающую среду и события, запечатленные в их травматическом воспоминании. Для получения параллельных оценок SUD в группе EMD и контрольной группе делались перерывы с интервалами от одной до полутора минут. Испытуемых спрашивали, изменилась ли картина или появилось что-то еще. Затем им предлагалось продолжить подробное описание своего воспоминания. После достижения уровня SUD, равного семи, положительные утверждения о себе испытуемых проверялись с помощью показателя VoC. После завершения исследования Шапиро предоставила всем испытуемым в контрольной группе лечение EMD, а затем назвала ее “группой отсроченного лечения”.

## Результаты, ограничения и вклад пилотного исследования EMD

Субъекты обеих групп были опрошены в течение 30 минут через месяц и три месяца после их единственной сессии лечения. Рейтинги SUD и VoC проверялись вместе с жалобами каждого субъекта. В большинстве случаев

(18 из 22 испытуемых) самооценка изменений в предъявлении жалоб была подтверждена направившим психотерапевтом или членом семьи.

План этого пилотного исследования [Shapiro, 1989a, 1989b] мог быть ошибочным по нескольким причинам. К ним относятся отсутствие стандартизированных психометрических показателей или диагностики, чрезмерная зависимость от показателей самоотчета, неполные физиологические показатели (измерялась только частота пульса в некоторых условиях) и нестандартное, комбинированное контрольное состояние. Пилотное исследование действительно дало значительный эффект в экспериментальных условиях и при отсроченном лечении. В отсутствие длительной экспозиции или продолжительной абреакции самооценка беспокойства SUD в отношении выбранных травматических воспоминаний значительно уменьшилась ( $p < 0,001$ ). Вера в предпочтительное утверждение о себе (VoC) значительно возросла ( $p < 0,001$ ). Почти все первоначальные жалобы были устранены, а остальные симптомы улучшены. При последующем наблюдении результаты сохранялись или улучшались.

Учитывая нехватку исследований результатов лечения, существовавших в то время, а также быстроту и масштаб сообщаемых эффектов лечения, можно было бы ожидать серии последующих исследований. Фактически, потребовалось пять лет, прежде чем было опубликовано хорошо спланированное последующее исследование [Wilson, Becker, & Tinker, 1995]. Тем не менее экспериментальное исследование привлекло значительное внимание. С 1989 по 1991 г. Шапиро продолжала пересматривать свои первоначальные концепции и процедуры. Эта переоценка привела к ряду изменений как в концептуальной структуре, так и в стандартизированных процедурных шагах. Это также привело к изменению названия процедуры с EMD на EMDR.

### ***Эволюция, уточнение и проверка стандартного протокола EMDR***

В период с 1989 по 1991 г. несколько факторов привели к эволюции концептуальной модели EMDR-терапии и стандартных процедурных шагов. Одним из факторов эволюции модели Шапиро была настойчивая потребность в объяснении того, какие базовые принципы привели к этим результатам. Ни экспозиционное угасание, ни простая десенсибилизация не могут адекватно объяснить опубликованные результаты EMD [Rogers & Silver, 2002]. По совету своего научного сотрудника Марка Рассела [Russell,

1992; Shapiro, 1995, p. iv] Шапиро обратила внимание на литературу по моделям переработки эмоций и информации, описанным Лэнгом [Lang, 1977, 1979], Рахманом [Rachman, 1980], Бауэром [Bower, 1981], а также Фoa и Козаком [Foa & Kozak, 1985, 1986]. Кульминацией стала публикация статьи, описывающей переход от парадигмы десенсибилизации к модели переработки информации [Shapiro, 1991a] и переименование EMD в EMDR.

Еще одним фактором стал результат дальнейших размышлений о наблюдаемых эффектах процедуры. Шапиро отметила последовательные, одновременные и параллельные изменения в возбуждении, эмоциях, ощущениях и когнитивных структурах. На нее произвели впечатление замечательные сдвиги в ассоциации с материалом, который часто был второстепенным по отношению к непосредственным обстоятельствам выбранного воспоминания о психологической травме. Эти ассоциации отвлекли внимание от выбранного воспоминания о травме. Тем не менее Шапиро заметила, что, когда она допускала эту быструю свободную ассоциацию, это приводило к важным генерализованным терапевтическим эффектам как в отношении выбранного воспоминания о травме, так и в отношении связанных с ней воспоминаний и сигналов. Это наблюдение привело ее к принципу парадигмы самоисцеления [Shapiro, 1995, p. 31]. Ее идея заключалась в том, что у мозга существует врожденная способность переработки информации, которая имеет тенденцию переводить тревожные переживания в состояние адаптивной переработки, создавая новые связи между травматическим воспоминанием и существующими адаптивными сетями воспоминаний. Чтобы подчеркнуть, что эта процедура и ее развивающаяся теоретическая модель значительно отличались как от экспозиционного угасания, так и от систематической десенсибилизации, Шапиро переименовала процедуру в десенсибилизацию и переработку движением глаз. В этот же период она внесла ряд существенных процессуальных изменений и уточнений.

При подготовке каждой лечебной сессии Шапиро несколькими способами расширяла то, что она решила назвать фазой оценки. После идентификации картины и негативного утверждения о себе, теперь называемого негативной когницией, она просила пациента определить предпочитаемое убеждение, называемое позитивной когницией. Затем она просила пациента определить хотя бы одну конкретную эмоцию непосредственно перед получением начальной оценки SUD путем сопоставления воспоминаний и негативной когниции. Она завершала фазу оценки, предлагая пациен-

ту определить физическое место в его теле, связанное с предполагаемым эмоциональным или соматическим расстройством. Чтобы разорвать ассоциативную цепочку, во время переработки воспоминания после каждой серии двусторонних движений глаз она больше не возвращала внимание пациентов к картине, которая представляла худшую часть воспоминания. Вместо этого она инструктировала пациентов и психотерапевтов, которых она обучала, возвращаться к выбранной цели только тогда, когда сообщалось, что ассоциации были нейтральными или позитивными, или когда материал, полученный после серий двусторонних движений глаз, не изменился или стал запутанным.

Она решила сделать фазу лечения, сосредоточенную на позитивном утверждении о себе, более последовательной и назвала ее фазой инсталляции. После достижения нулевого или единичного показателя по шкале SUD для целевого воспоминания каждому пациенту предлагалось ассоциировать позитивную когницию с оставшимися представлениями о цели до тех пор, пока показатель VoC не достигал шести или семи и больше не изменялся. Затем она добавила фазу сканирования тела. Каждого пациента просили закрыть глаза и сфокусироваться на текущих репрезентациях целевого воспоминания, подумать о предпочитаемом утверждении о себе, просканировать ощущения с головы до ног и сообщить о любых “напряжениях, чувствах сдавленности или необычных ощущениях” [Shapiro, 2001, p. 162]. Фаза сканирования тела стала результатом наблюдений, свидетельствовавших о том, что последний элемент, который необходимо переработать у некоторых пациентов, связан с соматическими ощущениями, представляющими собой эмоциональные или соматические резонансы с целевым воспоминанием. Иногда эти ощущения представляли собой защитные соматические реакции на целевое воспоминание. Иногда они были ссылками на другие, непереработанные воспоминания. В некоторых случаях при переработке целевого воспоминания возникали чувства облегчения, радости или другие положительные переживания. Шапиро просила пациента сосредоточиться на идентифицированных соматических ощущениях и проводила дальнейшие серии двусторонних движений глаз до тех пор, пока ощущения не становились нейтральными или переставали становиться более позитивными.

## Обучение EMDR-терапии исследователей и психотерапевтов

В этот период эволюции терапевтических процедур EMDR Шапиро начала предлагать обучение квалифицированным психотерапевтам и исследователям, заинтересованным в изучении ее новой процедуры. Движимая желанием уменьшить страдания пациентов и углубить научное понимание ее метода, в 1990 году она провела серию небольших учебных занятий для примерно 250 психотерапевтов и исследователей. Для оплаты обучения была предоставлена полная стипендия. Темпы интереса к обучению EMDR-терапии росли быстрее, чем кто-либо мог предсказать.

К концу 1980-х Шапиро стали поступать тревожные сообщения о пациентах, которым EMDR-терапия нанесла вред [Shapiro, 1991b]. В этих сообщениях указывалось, что некоторые психотерапевты, недавно прошедшие обучение по EMDR-терапии, сразу же начали предлагать свои собственные курсы по EMDR-терапии. Пациенты, которых лечили ученики этих неопытных инструкторов по EMDR-терапии, сообщали о значительных побочных эффектах своего лечения. Расследование выявило резкие отклонения от процедур и принципов, которым учила Шапиро. Первоначально предполагая, что профессиональная этика защитит пациентов от такой практики, она пришла к выводу, что для адекватной защиты пациентов от этой опасности (принцип 1.16) [American Psychological Association, 1992] необходимо заключить письменное соглашение со всеми участниками ее тренингов, что они не будут обучать других без ее письменного разрешения. Хотя это требование вытекало из опубликованных этических стандартов и предназначалось для защиты пациентов, появились обвинения в том, что Шапиро пыталась контролировать коммерческий рынок обучения EMDR-терапии. Это ограничение на обучение оставалось в силе до 1995 года, когда Шапиро опубликовала первое издание своего базового учебника [Shapiro, 1995]. В этом учебнике содержится исчерпывающая ссылка, по которой врачи, пациенты, лицензионные органы и профессиональные ассоциации могут обратиться для оценки программ обучения и методов лечения, якобы относящихся к EMDR-терапии. Затем она сняла это ограничение со всех, кто прошел ее обучение по EMDR-терапии, и пересмотрела соглашение об обучении, попросив участников не предлагать обучение другим, пока они не станут достаточно квалифицированными для этого. Затем она призвала психотерапевтов, которые обучались вместе с ней, создать профессиональную ассоциацию для установления стан-

дартов исследований, обучения и клинического применения EMDR-терапии. Это привело к созданию Международной ассоциации EMDRIA [EMDRIA, 2008b].

### Альтернативные виды двусторонней стимуляции

В этот ранний период (с 1989 по 1991 гг.) были разработаны варианты для решения ситуаций, в которых у пациентов в анамнезе были проблемы с глазами, слепота на один или оба глаза или неблагоприятные реакции на механику повторяющихся двусторонних глазных упражнений (например, напряжение глаз). В качестве альтернативных форм двусторонней стимуляции были предложены звуковые сигналы и похлопывания по рукам. Первоначально щелчки пальцами по разным сторонам головы пациента или специальный щелкающий механизм генерировали чередующиеся левые и правые тоны. Позже стали использоваться электронные генераторы тона с наушниками и блоком управления, в которых можно было легко изменять скорость. В качестве еще одного варианта замены движений глаз были предложены похлопывания по рукам или плечам. Первоначально психотерапевты ненадолго касались тыльной стороны рук пациента пальцем или молоточком с пробковым наконечником. Позже в продажу поступили небольшие лопасти, подключенные к блоку управления, которые могли генерировать переменные вибрации, когда пациент держал их в руках. В конечном итоге была также произведена серия электронных устройств для стимуляции движений глаз, чтобы избежать механических травм и усталости врачей. Хотя отдельные сообщения предполагают, что звуки и похлопывания (или вибрации) могут быть столь же эффективными, как движения глаз (и могут быть единственными практическими альтернативами для пациентов с проблемами зрения), контролируемых исследований недостаточно, чтобы сделать окончательные выводы [Servan-Schreiber, Schooler, Dew, Carter, & Barton, 2006]. Сторонники теории рабочей памяти в EMDR-терапии опубликовали исследования, в которых утверждалось, что переменные движения глаз превосходят переменные тона в снижении яркости и эмоциональности воспоминаний [van den Hout et al., 2010a, 2010b, 2012]. Это противоречило сообщениям, что большинство пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством предпочитали менее эффективные тона [de Jongh, Ernst, Marques, & Hornsveld, 2013].

К 1991 году почти все процедурные и теоретические элементы EMDR-терапии развились до той формы, в которой они изложены учеб-

нике доктора Шапиро 1995 года [Shapiro, 1995]. Исследователей, прошедших подготовку после 1991 года, поощряли использовать процедурные шаги, которые были представлены на тренингах Института EMDR. Само обучение выросло из однодневного семинара в начале 1990-х годов до 34 часов обучения в течение двух выходных в середине 1991 года, включая 13 часов практических занятий под наблюдением. Вторая часть тренинга была посвящена разъяснению основных процедурных шагов, знакомству с *когнитивными переплетениями* и принципами применения EMDR-терапии для лечения различных острых стрессовых и посттравматических синдромов, в том числе фобий травматического происхождения. В 1999 году ассоциация EMDRIA установила стандарты учебной программы для базового обучения EMDR по образцу базовых программ обучения, разработанных доктором Шапиро. Другие поставщики базового обучения вскоре получили аккредитацию и начали предлагать различные форматы и модели обучения, соответствующие стандартам EMDRIA. В 2007 году ассоциация EMDRIA повысила стандарты учебной программы, потребовав 10 часов консультаций для повышения квалификации в ходе обучения [EMDRIA, 2008b].

## Рост рецензируемой литературы по EMDR-терапии

Рецензируемая профессиональная литература по EMDR-терапии выросла с двух отчетов в 1989 году до 79 в 1995 году и 257 к концу 2001 года [Baldwin, 2002]. Поиск в библиотеке Фрэнсин Шапиро [Francine Shapiro Library, 2015] в начале 2015 года выдал 699 рецензируемых журнальных статей по ключевому слову “EMDR”. Невозможно и нецелесообразно пытаться здесь рассмотреть всю эту растущую литературную базу. К 2015 году было завершено примерно 26 рандомизированных контролируемых исследований результатов лечения ПТСР с помощью EMDR-терапии [EMDRIA, 2015c]. Количество данных о результатах лечения посттравматического стрессового расстройства с помощью EMDR-терапии продолжает быстро расти. В настоящее время это самая большая когорта лиц, изучаемых в исследованиях результатов лечения посттравматического стрессового расстройства и самая большая литература по конкретному методу лечения ПТСР. Несмотря на обширную литературу и, как правило, неизменно высокие уровни лечебного эффекта [Maxfield & Hyer, 2002], статус EMDR-терапии остается неоднозначным среди некоторых ученых и организаций, оплачивающих лечение, особенно в США.

В европейских странах и в других странах мира государственные системы здравоохранения, больницы и ученые принимают EMDR-терапию как эмпирически подтвержденное и хорошо переносимое лечение посттравматического стрессового расстройства. Отличный обзор дискуссий и недоразумений, связанных с этими вопросами в США изложен в работе Перкинса и Руанзоэна [Perkins & Rouanzoin, 2002]. Несколько опубликованных мета-анализов [Lee & Cuijpers, 2013; Maxfield & Hyer, 2002; Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer, & Stams, 2009; Sack, Lempa, & Lamprecht, 2001; Spector & Read, 1999; van Etten & Taylor, 1998] сообщили, что EMDR-терапия является эффективным и действенным средством лечения посттравматического стрессового расстройства. Утверждается, что EMDR-терапии движениями глаз продемонстрировала значительный эффект как в лабораторных, так и в клинических исследованиях [Lee & Cuijpers, 2014].

Международное общество исследований травматического стресса (ISTSS — International Society for Traumatic Stress Studies) в своем первом обзоре всех методов лечения посттравматического стресса [Foa et al., 2000, p. 333] отнесло EMDR-терапию к категории А/В, заявив: “EMDR-терапия оказалась более эффективной для лечения ПТСР, чем лист ожидания, рутинная помощь и активный контроль лечения”. Во втором издании обзора [Foa et al., 2009, p. 575] говорится: “EMDR оценивается как лечение уровня А для взрослых. Качественные клинические испытания подтверждают его эффективное использование у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством”. Для детей и подростков авторы оценили его как лечение уровня В и отметили необходимость дальнейших исследований. После отчета ISTSS за 2009 год были опубликованы три дополнительных высококачественных рандомизированных контролируемых исследования EMDR-терапии для детей [de Roos et al., 2011; Kemp, Drummond, & McDermott, 2010; Wanders, Serra, & de Jongh, 2008]. Мета-анализ всех опубликованных 59 исследований результатов психологического и лекарственного лечения посттравматического стрессового расстройства [van Etten & Taylor, 1998, p. 140] пришел к следующему выводу: “Результаты настоящего исследования показывают, что EMDR-терапия эффективна при посттравматическом стрессовом расстройстве, причем больше, чем другие методы лечения”.

В 2004 г. Американская психиатрическая ассоциация опубликовала документ *Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Acute Stress*

*Disorder and Posttraumatic Stress Disorder* (Практические рекомендации по лечению пациентов с острым стрессовым расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством), в котором утверждалось следующее.

EMDR-терапия, по-видимому, эффективна в облегчении симптомов как острого, так и хронического посттравматического стрессового расстройства.

EMDR-терапия принадлежит к видам лечения, связанным с экспозицией и коррекцией когнитивного поведения. EMDR-терапия использует методы, которые могут дать пациенту больше контроля над переживанием экспозиции (поскольку EMDR-терапия меньше зависит от словесного описания), и предоставляет методы для регулирования уровня беспокойства в тревожных обстоятельствах при лечении экспозицией. Следовательно, она может оказаться полезной для пациентов, которые не могут переносить длительную экспозицию, а также для пациентов, которым трудно выразить словами свои травматические переживания.

В 2004 году Министерство по делам ветеранов США и Министерство обороны опубликовали документ *Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress* (Клиническое практическое руководство по лечению посттравматического стресса). В нем EMDR-терапия, наряду с тремя другими методами, получила наивысшую оценку уровня доказательности своей эффективности и была рекомендована для лечения посттравматического стрессового расстройства. Аналогичные выводы были сделаны несколькими другими национальными и международными организациями, включая Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007 г.), Cochrane Database of Systematic Reviews [Bisson et al., 2013], Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care (2003 г.) и National Institute for Clinical Excellence (2005 г.).

В 2013 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала документ *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress* (Руководство по управлению состояниями, непосредственно связанными со стрессом), в котором когнитивно-поведенческая терапия и EMDR-терапия, ориентированная на психологическую травму, являются единственными психотерапевтическими методами, рекомендованными для детей, подростков и взрослых с посттравматическим стрессовым расстройством.

Как и когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме, EMDR-терапия направлена на уменьшение субъективного стресса и усиление адаптивных когнитивных функций, связанных с травмирующим событием. В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, сфокусированной на травме, EMDR-терапия не включает а) подробное описание события; б) прямое оспаривание убеждений; в) расширенную экспозицию; г) домашние задания [World Health Organization, 2013, p. 1].

В европейских странах массовый клинический интерес, а также научное и институциональное признание EMDR-терапии неуклонно росли. Напротив, в США массовый клинический интерес к EMDR-терапии продолжает расти устойчивыми темпами, но научные дискуссии и неполное институциональное признание EMDR-терапии сохраняются. В литературе продолжают появляться вводящие в заблуждение и неточные описания статуса и мета-анализов EMDR-терапии. Один из них, выполненный Институтом медицины [Institute of Medicine, 2007], был решительно опровергнут Ли и Шубертом [Lee & Schubert, 2009]. Полный анализ противоречий между неоднозначным отношением к EMDR-терапии в США и широким распространением EMDR-терапии в Европе и других регионах, таких как Япония, Южная Корея и Южная Америка, выходит за рамки данной главы. Отчасти это несоответствие может быть связано с типичными проблемами, связанными с научными революциями [Kuhn, 1996]. Тщательный обзор этих вопросов, проведенный Марком Расселом [Russell, 2008c], содержит анализ сопротивления ученых научным открытиям, описанного Куном [Kuhn, 1996] и Барбером [Barber, 1961]. Усложняет картину акцент разработчиков EMDR-терапии на использовании нестандартной и идиосинкразической терминологии. Этот сдвиг в терминологии подчеркивал идею о том, что модель AIP представляет собой фундаментальный отход от более ранних моделей переработки информации, а не эволюционный шаг, основанный на работе ученых над более ранними моделями переработки эмоций.

Кроме того, на раннем этапе возможности для федерального признания EMDR-терапии в США Национальным реестром научно-обоснованных программ и практик (NREPP — National Registry of Evidence-Based Programs and Practice), а также Управлением службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA — Substance Abuse and Mental Health Services Administration) не были своевременно реализованы. Многие клинические программы, финансируемые государ-

ством из федерального бюджета, и организации, предоставляющие гранты на исследования, при принятии решения о том, какие методы следует разрешить и финансировать, обращаются к списку SAMHSA эмпирически подтвержденных методов. Это упущение было окончательно исправлено в 2008 году по запросу ассоциации EMDRIA, который был рассмотрен и опубликован в октябре 2010 года [*National Registry of Evidence-Based Programs and Practice*, 2010]. Эта задержка привела к тому, что психотерапевты, работающие в США, столкнулись с отказом некоторых директоров клиник разрешить использование EMDR-терапии в некоторых программах психиатрической помощи по месту жительства (СМНС — Community Mental Health Care) и в некоторых лечебных центрах по делам ветеранов (VA — Veterans Affairs). В то же время другие руководители клиник, входящих в эти программы, настоятельно рекомендуют использовать EMDR-терапию. Глубокие структурные барьеры также ограничивают возможности действующих военнослужащих и ветеранов боевых действий получать лечение с помощью EMDR-терапии [Russell, 2008a], в то время как несколько региональных программ активно проводят EMDR-терапию для этой категории населения. ФБР и другие федеральные и местные правоохранительные органы [McNally & Solomon, 1999; Wilson, Tinker, Becker, & Logan, 2001] включили EMDR-терапию в свои программы управления стрессом при критических инцидентах, но она еще не стала универсальной или распространенной практикой.

### **Распространение принципов EMDR на общую модель психотерапии**

С 2001 года EMDR-терапия вступила в переходный период от третьей к четвертой стадии своего развития. В этот переходный период исследования продолжали появляться новые доказательства эффективности EMDR-терапии при остром стрессовом расстройстве как при гражданской психологической травме (в том числе связанной со здоровьем), так и при травме, связанной с боевыми действиями [Fernandez, 2008; Jarero, Artigas, & Luber, 2011; Krause & Kirsch, 2006; Kutz, Resnik, & Dekel, 2008; Ladd, 2007; Russell, 2006; Todder & Kaplan, 2007; Zaghrout-Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008] и ПТСР [Abbasnejad, Mahani, & Zamyad, 2007; Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Arabia, Manca, & Solomon, 2011; Brown & Gilman, 2007; Capezzani et al., 2013; Carlson et al., 1996; Chemali & Meadows, 2004; Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002; de Roos et al., 2011; Edmond & Rubin, 2004; Elofsson, von Scheele,

*Theorell, & Sondergaard, 2008; Heber, Kellner, & Yehuda, 2002; Hogberg et al., 2007, 2008; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Jabberghaderi, Greenwald, Rubin, & Zand, 2004; Kelley & Selim, 2007; Kemp et al., 2010; Kim & Kim, 2004; Konuk et al., 2006; Lamprecht et al., 2004; Lansing, Amen, Hanks, & Rudy, 2005; Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Lee, Taylor, & Drummond, 2006; Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh, & Olff, 2012; Oh & Choi, 2004; Oras, Ezpeleta, & Ahmad, 2004; Pagani et al., 2007; Power, McGoldrick, & Brown, 2002; Propper, Pierce, Geisler, Christman, & Bellorado, 2007; Ricci, Clayton, & Shapiro, 2006; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht, & Hofmann, 2008; Schneider, Nabavi, & Heuft, 2005; Sprang, 2001; Tufnell, 2005; van der Kolk et al., 2007].*

Также ведется работа по двум дополнительным направлениям. Во-первых, это эмпирические исследования, направленные на выяснение механизмов, лежащих в основе эффективности EMDR-терапии при использовании двусторонних движений глаз или альтернативных процедур двусторонней стимуляции, применяемых в EMDR-терапии [Bergmann, 2010, 2012; Gunter & Bodner, 2009; Maxfield, 2008]. Во-вторых, это исследования, направленные на расширение применения EMDR-терапии для лечения дополнительных клинических синдромов в качестве общей модели психотерапии. Полный обзор исследований, проведенных в этих областях, выходит за рамки этой книги. Ниже приводится краткое изложение для тех, кто интересуется этими областями.

Теории о возможных механизмах хорошо зарекомендовавших себя лечебных эффектов EMDR-терапии при синдромах, связанных с травмой, обобщены в главе 2. В последние годы быстро растет число статей, посвященных психологическим, психофизиологическим и неврологическим объяснениям эффектов EMDR-терапии [Aubert-Khalfa, Roques, & Blin, 2008; Barrowcliff, Gray, Freeman, & MacCulloch, 2004; Barrowcliff et al., 2003; Bergmann, 2001, 2008; Bossini et al., 2011; Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003; El Khoury-Malhame et al., 2011; Elofsson et al., 2008; Frustaci, Lanza, Fernandez, di Giannantonio, & Pozzi, 2010; Grbesa, Simonovic, & Jankovic, 2010; Gunter & Bodner, 2008; Harper, Rasolkhani-Kalhorn, & Drozd, 2009; Hornsveld et al., 2010; Kapoula, Yang, Bonnet, Bourtoire, & Sandretto, 2010; Kavanagh, Freese, Andrade, & May, 2001; Kristjansdottir & Lee, 2011; Kuiken, Bears, Miall, & Smith, 2001–2002; Landin-Romero et al., 2013; Lansing et al., 2005; Lee et al., 2006; Lilley et al., 2009; Nardo et al., 2009; Oh & Choi, 2004; Ohtani, Matsuo, Kasai, Kato, & Kato, 2009; Pagani et al., 2011, 2012a, 2012b; Richardson et al.,

2009; Sack, Hofmann, Wizelman, & Lempra, 2008; Sack et al., 2008; Schubert, Lee, & Drummond, 2011; Stickgold, 2002; van den Hout & Engelhard, 2012; van den Hout et al., 2010a, 2010b; van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001]. Эти статьи основаны на более ранних исследованиях и теоретических работах XX века [Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Armstrong & Vaughan, 1996; Dyck, 1993; MacCulloch & Feldman, 1996; Merckelbach, Hogervorst, Kampman, & de Jongh, 1994; Nicosia, 1994]. В совокупности эти исследования ясно показывают, что двусторонние движения глаз, используемые в стандартных процедурах EMDR-терапии, продемонстрировали следующие эффекты: а) облегчение извлечения и уменьшение яркости автобиографических воспоминаний; б) увеличение гибкости внимания, поощрение новых ассоциаций со старыми воспоминаниями; в) уменьшение психофизиологического возбуждения, связанного с негативными автобиографическими воспоминаниями. В нескольких описаниях клинических случаев, серий клинических случаев и одном контролируемом исследовании, упомянутом ранее, заявленные положительные результаты были подтверждены достоверными измерениями. Эти измерения были выполнены с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, электроэнцефалографии, спектроскопии в ближней инфракрасной области и функциональной магнитно-резонансной томографии [Pagani, Hogberg, Fernandez, & Siracusano, 2013], а также психофизиологическими методами [Bergmann, 2010; Gunter & Bodner, 2009].

Растущее число сообщений о клинических случаях и сериях клинических случаев подтверждают точку зрения, что EMDR-терапию можно рассматривать как общую модель психотерапии для широкого круга состояний, в которых играют роль факторы окружающей среды, т.е. обучение, обусловливание или стресс. Среди состояний, при которых EMDR-терапия становится потенциально полезным лечением, следует отметить депрессию [Bae, Kim, & Park, 2008; Hofmann et al., 2014; Rosas Uribe, Lopez Ramirez, & Jarero Mena, 2010; Song & Wang, 2007], комплексное ПТСР и диссоциативные расстройства [van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera, & Solomon, 2013, 2014], злоупотребление психоактивными веществами и аддиктивно-компульсивное поведение [Amundsen & Karstad, 2006; Bae & Kim, 2012; Besson et al., 2006; Brown & Gilman, 2007; Brown, Gilman, & Kelso, 2008; Hase, Schallmayer, & Sack, 2008; Miller, 2010, 2012; Popky, 2005; Vogelmann-Sine, Sine, Smyth, & Popky, 1998], обсессивно-компульсивное расстройство [Bohm & Voderholzer, 2010; Marr, 2012; Nazari, Momeni, Jariani,

& Tarrahi, 2011], ряд соматоформных расстройств, включая хроническую боль и мигрень [Gauvry, Lesta, Alonso, & Pallia, 2013; Grant, 2009; Grant & Threlfo, 2002; Konuk, Epozdemir, Hacıomeroglu Atceken, Aydin, & Yurtsever, 2011; Marcus, 2008], фантомные боли в конечностях [de Roos et al., 2010; Flik & de Roos, 2010; Russell, 2008b; Schneider, Hofmann, Rost, & Shapiro, 2008; Tinker & Wilson, 2005; Wilson, Tinker, Becker, Hofmann, & Cole, 2000], эпилепсия [Chemali & Meadows, 2004; Schneider et al., 2005], хроническая экзема [Gupta & Gupta, 2002], желудочно-кишечные проблемы [Kneff & Krebs, 2004], дисморфическое расстройство тела и обонятельный эталонный синдром [Brown et al., 1997; Dziegielewski & Wolfe, 2000; McGoldrick, Begum, & Brown, 2008]. Кроме того, появились первые отчеты о клинических случаях и стратегиях, описывающие применение EMDR-терапии для лечения расстройств личности [Bergmann, 2008; Brown & Shapiro, 2006; de Jongh, ten Brocke, & Meijer, 2010; Egli-Bernd, 2011; Grand, 2003; Korn & Leeds, 2002; Knipe, 2003; Mosquera & Gonzalez-Vazquez, 2012; Mosquera & Knipe, 2015; Mosquera, Leeds, & Gonzalez, 2014]. Растет число книг, описывающих применение EMDR-терапии для пар и семей [Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007], интеграцию EMDR-терапии с рядом общепринятых психотерапевтических подходов [Shapiro, 2002b] и роль EMDR-терапии в лечении комплексного посттравматического стрессового расстройства, пограничных расстройств личности и диссоциативных расстройств [Forgash & Copeley, 2008; Gonzalez & Mosquera, 2012; International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Knipe, 2014; Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014].

## Резюме

Менее чем за 20 лет EMDR-терапия быстро превратилась из наблюдаемого эффекта двусторонних движений глаз в стандартизированную процедуру и во всемирно признанный метод лечения острого стресса и посттравматического стрессового расстройства. Хотя некоторые противоречия и вводящие в заблуждение мифы об эмпирическом статусе EMDR-терапии сохраняются, прежде всего, в США, EMDR-терапия получила глобальное признание как эмпирически подтвержденное лечение, предлагающее новую парадигму облегчения человеческих страданий. Более 175 тыс. психотерапевтов по всему миру прошли обучение EMDR-терапии. С помощью EMDR-терапии миллионы людей оправились от последствий природных, техногенных, автомобильных, железнодорожных

и авиационных катастроф, гражданских войн, боевых травм, терроризма, сексуального насилия, насилия в детстве, травмы от диагноза серьезного или неизлечимого заболевания, фантомных болей в конечностях, хронического злоупотребления психоактивными веществами и ряда соматоформных расстройств. Профессиональные ассоциации EMDR-терапии существуют на пяти континентах. Ежегодно конференции по EMDR-терапии проходят в 20 странах мира.

Эти достижения отражают дальновидность и настойчивость Фрэнсин Шапиро. Она лично преподавала EMDR-терапию по всему миру. Она поощряла и уговаривала аспирантов, психотерапевтов и исследователей проводить и публиковать отчеты о клинических случаях, сериях клинических случаев и результатах лечения. Она неустанно публиковалась. Она способствовала развитию программ гуманитарной помощи как в США, так и в Европе, чтобы обеспечить обучение и применение EMDR-терапии людям и местам, где нет инфраструктуры психического здоровья или финансирования для оплаты профессионального обучения. Она обучила замечательный корпус психотерапевтов в США и за границей, чтобы они стали инструкторами и консультантами по EMDR-терапии. То, как она добилась всего этого менее чем за 20 лет, — это замечательная история, заслуживающая отдельного рассказа [Luber & Shapiro, 2009].

Вдохновение, самоотверженность и дальновидность Фрэнсин Шапиро привело к созданию профессиональных ассоциаций EMDR-терапии в более чем 20 странах мира. Достижения этих профессиональных ассоциаций могли бы заполнить еще одну главу и включать в себя упоминание о более чем 90% голландских психологов, прошедших обучение по EMDR-терапии, и огромном количестве психотерапевтов, прошедших обучение в Италии и Испании. Она также могла бы содержать описание постоянного потока опубликованных европейских исследований о детях и людях с психозом и посттравматическим стрессовым расстройством, многоцентрового исследовательского проекта по лечению большой депрессии, в котором принимают участие много стран, а также гуманитарных проектов в развивающихся странах, охватывающих весь мир, и многого другого. Недавно Рольф К. Карьер, научный сотрудник ЮНИТАР и бывший директор ЮНИСЕФ, призвал создать глобальный план лечения психологических травм с помощью EMDR-терапии в качестве потенциально масштабируемого вмешательства для преодоления четырех видов насилия. В США, где государственное финансирование исследований в области

EMDR-терапии стало ограниченным в начале XXI века, Фонд исследований EMDR стал основным источником поддержки исследований в области EMDR-терапии благодаря постоянной финансовой поддержке психотерапевтов, прошедших обучение по EMDR-терапии, а также спонсоров.

Однако история замечательной эволюции и роста EMDR-терапии гораздо больше, чем история личных достижений Фрэнсин Шапиро или достижений глобальной сети профессиональных ассоциаций EMDR-терапии. Это история тысяч исследователей, психотерапевтов и аспирантов, а также миллионов пациентов, испытавших EMDR-терапию в рамках учебных программ и индивидуальных терапий и преображенных человеческим опытом изменений сознания [*Krystal et al., 2002*]. Этот сдвиг в сознании во время EMDR-терапии происходит не со всеми, но он происходит у значительного процента тех, кто подвергается EMDR-лечению. Для тех, кто испытал эту трансформацию, EMDR-переработка открывает нечто убедительное в нашем человеческом потенциале, чтобы развиваться и расти как личности и как вид. Опыт лечебных эффектов EMDR-терапии пробуждает в нас что-то, что говорит: “Куда делась боль? Куда делись страх, стыд и гнев? Я думал, что они были частью меня. Без всего этого можно достичь гораздо большего. Теперь я свободен действовать”. Этот опыт является убедительным для многих. Он дает безграничную энергию и вызывает стремление узнать, что еще может быть возможным.