

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

навчальної дисципліни «Сучасні психологічні практики»
вибіркових компонент
освітньої програми другого (магістерського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема № 4 *EMDR-терапія*

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол від 25.08.2023 № 7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології

Протокол від 15.08.2023 №8

Розробник:

1. Доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент Маннапова К.Р.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О.М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук Твердохвалова Ю.Л.

План лекції:

1. Суть EMDR-терапії.
2. Компоненти процедури EMDR.
3. Методологічні принципи, модель адаптивної переробки інформації.
4. Результат психотерапевтичного впливу.

Рекомендована література:

1. Вічалковська Н.К. Техніки психодрами в психокорекційній роботі: методичні рекомендації.- Луцьк.: СЛУ імені Лесі Українки, 2018. 17 с.
2. Каліна Н.Ф. Психотерапія: Підручник. К.: Академвидав, 2010. 288 с.
3. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. с. 253
4. EMDR Терапія наслідків психотравми /за редакцією Арне Гоффманна. Львів: Свічадо, 2017. 259 с.

Текст лекції

1. Суть EMDR-терапії.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – перекладається, як Десенсибілізація та Репроцесуалізація (опрацювання) Рухом Очей.

EMDR – спеціальна травматерапія, яка є методом психотерапії, що об'єднує багато успішних елементів цілого ряду терапевтичних підходів та комбінує їх з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції таким чином, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації мозком.

Історія EMDR почалася в 1987, коли Ф. Шапіро відкрила вплив рухів очей на спогади, що викликають занепокоєння. Виходячи з цього, вона розробила протокол терапії, який назвала Десенсибілізація рухом очей (EMD). Оскільки спочатку Ф. Шапіро дотримувалася біхевіористських поглядів, то спочатку вирішила, що ефект від рухів очей схожий на систематичну десенсибілізацію, і вирішила, що в основі його лежить природна реакція розслаблення організму.

Вона також припустила, що процес EMD пов'язаний з таким феноменом, як фаза швидкого сну (REM) та її впливом на людину.

Перші проведені Ф. Шапіро дослідження являли собою рандомізовані клінічні дослідження та показали багатообіцяючі результати при лікуванні жертв сексуального насильства та ветеранів війни.

Шапіро продовжила розробку та вдосконалення процедур EMD, вийшовши за рамки поведінкової парадигми, і в 1991 змінила назву терапії на EMDR. Рішення додати слово «переробка» було пов'язане з розумінням того, що десенсибілізація є лише одним із результатів терапії, яка насправді має більш глибокий вплив, який можна краще зрозуміти, виходячи з теорії переробки інформації.

На початку 1990-х років. EMDR переживає період бурхливого зростання і водночас запеклих дискусій. Підтримка Джозефа Вольпе, автора методу систематичної десенсибілізації, а також публікація результатів кількох досліджень стали підставою для твердження, що EMDR є вкрай перспективною формою психотерапії. З іншого боку, опоненти EMDR ставили під сумнів роль самих рухів очей і не бачили наукових підстав додавати їх до терапії, яка, на їх

погляд, була одним із видів експозиційної терапії. Ця критика була визнана помилковою, але наявність противників не завадила Ф. Шاپіро та її колегам продовжувати роботу та проводити додаткові дослідження. У міру збору емпіричних даних почалися навчальні програми з EMDR-терапії по всіх штатах США, а також у Європі, Австралії, Центральній та Південній Америці.

Викладачі EMDR Institute з самого початку прийняли рішення проводити благодійне навчання у гарячих точках та зонах стихійного лиха по всьому світу. 1995 року після теракту в Оклахомі EMDR-спільнота відреагувала створенням Програми Гуманітарної Допомоги EMDR (EMDR-HAP).

Програма EMDR-HAP та її відділення по всьому світу, і надалі проводила сотні благодійних тренінгів у таких регіонах, як постраждалі від війни Боснія, Нікарагуа, Північна Ірландія, Мехіко, у Стамбулі після землетрусу, у Південно-Східна Азія за цунамі, в Ізраїлі, Палестині, Гаїті після землетрусу, а також за запитами багатьох державних установ США.

З 1995 року, коли в США було засновано першу асоціацію EMDR, з'явилося безліч інших державних та регіональних асоціацій, серед яких EMDR Asia, EMDR Ibero-America, а також EMDR Europe Association, до якої входить понад 20 національних асоціацій та понад 8000 членів.

Завдяки великому матеріалу емпіричних досліджень, що накопичився за останні 20 років, EMDR-терапія визнана ефективною терапією травми та включена до клінічних керівництв багатьох професійних організацій та рекомендована міністерствами охорони здоров'я різних країн.

Ця терапія складається з базового стандартизованого протоколу, який включає 8 фаз. Лікування має на меті максимальну адаптацію до людини, так що встановлений маршрут фаз не слід сприймати буквально, їх порядок може чергуватися, дотримуючись у всі часи критеріям чутливості і гнучкості протягом всього лікування, щоб пристосуватися до пацієнта.

2. Компоненти процедури EMDR.

8-фазовий терапевтичний підхід.

Інтегративна психотерапія EMDR використовує 8-фазовий протокол, яким терапевт керується під час роботи з поточними психологічними труднощами, які з негативних подій у минулому.

Фаза 1 – Збір анамнезу. Терапевт збирає загальні психологічні дані, приділяючи особливу увагу поточним сильним сторонам і утрудненням, подіям у минулому, які пов'язані з поточними проблемами, ситуаціям, викликають проблеми, а також позитивним цілям у майбутньому.

Фаза 2 – Підготовка. Терапевт готує клієнта до переробки спогадів, встановлюючи терапевтичний альянс, проводячи психологічну підготовку з урахуванням його труднощів, і навіть пояснюючи процес EMDR, і навчає клієнта особливим видам релаксаційних технік, щоб допомогти клієнту підтримувати «подвійний фокус уваги» під час серії сесій.

Фаза 3 – Оцінка. Терапевт допоможе клієнту прояснити деталі спогадів-мішені, включаючи центральну картинку, поточну негативну когніцію, бажану позитивну когніцію, емоції та фізичні відчуття, що випробовуються на даний момент, а також проводить деякі базові вимірювання за шкалами.

Фаза 4 – Десенсибілізація. Терапевт слідує за клієнтом, керуючи переробкою спогадів, що турбують, з минулого або поточного події-мішені. На пізнішій стадії також переробляються позитивні сценарії поведінки у майбутньому. Переробка включає зміни сенсорної, когнітивної, емоційної та соматичної інформації. Мета даної фази полягає в тому, щоб знизити занепокоєння, що асоціюється з цим спогадом, до максимально низького рівня, та сприяти особистісному зростанню шляхом набуття інсайту та нових точок зору, що призводить до формування нового самовідчуття та світогляду.

Фаза 5 – Інсталяція. Терапевт допомагає клієнту виявити бажане на даний момент позитивне переконання про себе щодо відпрацьованого спогаду, та посилює його, сприяючи інтеграції спогаду у мережі адаптивних спогадів.

Фаза 6 - Сканування тіла. Терапевт допомагає клієнту виявити та переробити будь-які залишкові соматичні відчуття, прагнучи повного соматичного дозволу.

Фаза 7 - Завершення. Терапевт дає клієнту зворотний зв'язок про сесію і про те, чи можна очікувати після закінчення сесії. Клієнта просять вести короткі записи про психологічні реакції між сесіями. При необхідності терапевт може використовувати релаксаційну техніку, щоб допомогти клієнту стабілізуватися перед закінченням сесії.

Фаза 8 - Повторна оцінка. Терапевт оцінює клієнта на початку наступної сесії, звертаючи особливу увагу на ефект від терапії та оцінюючи те, що відбулося у період між сесіями. Цей етап також включає повторну оцінку переробленої минулого разу мішені для оцінки стійкості ефекту терапії, а також для виявлення інших аспектів, які потенційно потребують додаткової переробки. Отриману інформацію терапевт використовує визначення наступного кроку (наступних кроків) у курсі терапії.

Після завершення планування терапії (фаза 1) та підготовки та стабілізації (фаза 3) EMDR-терапія включає тричастковий протокол, в якому розглядаються релевантні спогади/сценарії минулого, сьогодення та майбутнього. В рамках цього підходу терапевт допомагає клієнту виявити подробиці кожного спогаду/сценарію (фаза 3) та переробити його (фази 4, 5, 6). Виходячи з моделі API, спочатку клієнта просять переробити досвід з минулого (як ранній, так і нещодавній), пов'язаний з поточними труднощами. Потім переробка фокусується на поточних ситуаціях, що викликають неадаптивні реакції в теперішньому (включаючи негативні думки, емоції, відчуття та поведінку). Як тільки спогади з минулого і сьогодення перероблені, клієнта просять уявити варіанти адаптивної поведінки, які будуть використані як сценарій спогади для майбутнього. Це робиться по відношенню до кожної з раніше визначених ситуацій у сьогоденні, які викликають дисфункціональні реакції. Потім сценарії, що включають когнітивну, соматическую і поведінкову інформацію, переробляються, що сприяє їх інтеграції в адаптивну мережу спогадів. Потім клієнта можуть попросити зіткнутися з тією чи іншою ситуацією, що викликає труднощі, а потім дати терапевту зворотний зв'язок, який допоможе йому прийняти рішення щодо необхідності продовження терапії.

Один з елементів EMDR, білатеральна стимуляція, привертає найбільшу увагу як клініцистів, так і вчених. Висунуто кілька теорій, що пояснюють дію БЛЗ, проте механізми впливу досі вивчаються. Раннє компонентне аналітичне дослідження, що оцінювало роль рухів очей, дало суперечливі результати. Однак

критики знайшли в цьому дослідженні ваду, пов'язану з використанням некоректно підбраної групи пацієнтів та недостатньою тривалістю терапії. З іншого боку, були виявлені особливі фізіологічні ефекти від руху очей під час сесій EMDR-терапії. Вчені вважають, що рухи очей призводять до збільшення парасимпатичної активності та зниження психофізіологічного збудження. Подібні фізіологічні результати були отримані під час дослідження, коли після однієї сесії EMDR у пацієнта фіксувалося зниження частоти пульсу та шкірно-гальванічного рефлексу.

Найбільшою підтримкою вчених мають дві теорії. Одна стосується орієнтовного рефлексу, який, на їхню думку, безпосередньо пов'язаний із процесами, що відбуваються під час фази швидкого сну. На підтримку цієї теорії свідчать і ті рандомізовані дослідження, під час яких було виявлено, що рухи очей покращують функціонування подійної пам'яті, підвищують гнучкість фокусу уваги і посилюють здатність до розпізнавання істинної інформації. Гіпотеза орієнтовного рефлексу також оцінювалася в дослідженнях, що показали зниження рівня збудження.

Друга домінуюча гіпотеза свідчить, що рухи очей та інші форми стимуляції подвійного фокусу уваги (наприклад, постукування та аудіальна стимуляція) порушують звичну роботу короткочасної пам'яті. Рандомізовані дослідження, присвячені даній теорії, показують, що рухи очей знижують насиченість та/або емоційну зарядженість спогадів і лякаючих образів. На даний момент невідомо, коли саме настає зміна насиченості та емоційної зарядженості – до або після зниження фізіологічного збудження, чи є ці два явища тісно пов'язаними або є самостійними елементами процесу.

3. Методологічні принципи, модель адаптивної переробки інформації.

Денсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) – це терапевтичний підхід, в основі якого лежить модель адаптивної переробки інформації (АПІ). З точки зору даного інтегративного психотерапевтичного підходу першорядною основою клінічної патології вважаються спогади, що дисфункціонально зберігаються. Переробка цих спогадів та їх інтеграція у більші адаптивні мережі спогадів дозволяє трансформувати їх та відновити функціонування системи.

За останні 25 років було проведено достатньо клінічних досліджень EMDR-терапії, що призвело до широкого визнання цього підходу для ефективної терапії психічної травми. Історія терапії, модель АПІ, клінічне застосування та елементи безпосередньо процедури описані в різній літературі, де також описані дослідження, що підтверджують дві головні теорії, що пояснюють механізми дії білатеральної стимуляції (БЛЗ), що застосовується під час EMDR-терапії.

EMDR – це інтегративний психотерапевтичний підхід, процедурні елементи якого добре поєднуються з більшістю інших видів психотерапії. Терапія розроблена на основі моделі АПІ, яка наголошує на ролі системи обробки інформації нашого мозку для розвитку як здорового функціонування людини, так і патології. В рамках моделі АПІ недостатньо перероблені спогади про дискомфортний або травматичний досвід розглядаються як первинне джерело будь-якої психопатології, не викликані органічними порушеннями. Переробка цих спогадів веде до вирішення проблеми шляхом відновлення системи та асиміляції даних спогадів у більші адаптивні мережі спогадів. EMDR являє собою

8-фазову терапію, в яку входить тричастковий протокол, що фокусується на:

- спогадах, що стоять за поточними проблемами;
- ситуаціях у сьогоденні та тригерах, з якими необхідно працювати окремо, для того, щоб привести клієнта у стабільний стан психологічного здоров'я;
- а також на інтеграції позитивних сценаріїв спогаду для більш адаптивної поведінки у майбутньому.

Однією з відмінних рис EMDR є використання білатеральної стимуляції, зокрема рухів очей з боку в бік, почергових постукування по колінах або ж почергової аудіальної стимуляції, задіяної в стандартизованих процедурах і протоколах для роботи з усіма аспектами мережі спогадів, обраної в якості мішені.

За перетворенням EMD на EMDR в першу чергу стояла модель АПІ, яка є теоретичною базою для всієї клінічної практики EMDR). Згідно з цією моделлю, мережі спогадів, що зберігають у собі весь попередній досвід, є основою, як для здоров'я людини, так і для виникнення у неї патології. Новий досвід є нескінченним потоком свідомих та несвідомих елементів інформації, що обробляються мозком за допомогою системи переробки інформації всередині цих мереж спогадів. Ця система за своєю суттю адаптивна, оскільки при нормальному функціонуванні вона здатна використовувати інформацію для підтримки росту та розвитку людини через навчання. Релевантна сенсорна, когнітивна, емоційна та соматична інформація зберігається в мережах спогадів, які в майбутньому будуть використані для того, щоб людина змогла адаптивно реагувати на навколишній світ.

Зважаючи на все, деякі стресогенні негативні події призводять до перевантаження системи переробки інформації, внаслідок чого не можуть адаптивно асимілюватися. Така подія зберігається в пам'яті разом з емоціями, що викликають занепокоєння, фізичними відчуттями і страхами, пережитими в момент події. Такі ситуації іноді можуть бути серйозними травмами, але куди частіше це повсякденні негативні події, які відбуваються з людьми вдома, у відносинах, у школі, на роботі і так далі, наприклад – приниження, відкидання і невдача. У таких ситуаціях інформація щодо негативної події зберігається ізольовано від адаптивних мереж спогадів. Поточні ситуації в теперішньому можуть бути тригерами більш ранніх спогадів, внаслідок чого людина може переживати деякі або всі сенсорні, когнітивні, емоційні та соматичні аспекти подій, що призводить до неадаптивної або симптоматичної поведінки.

Моделі АПІ розглядає негативні переконання, поведінки та риси особистості як наслідок дисфункціонально збережених спогадів (F. Shapiro, 2001). З цієї точки зору, будь-яке негативне переконання про себе (напр., «Я – дурний»), будь-яка негативна емоційна реакція (напр., страх у присутності авторитетної фігури), будь-яка негативна соматична реакція (напр., біль у животі напередодні іспиту) є скоріше симптомами, аніж причиною поточних проблем. Причиною вважаються спогади про неперероблені події з життя пацієнта, які активуються в теперішньому. Цей погляд на психологічну патологію є основним теоретичним базисом EMDR-терапії та допомагає клініцисту зрозуміти клієнта, скласти план терапії та вибрати належні терапевтичні інтервенції.

Під час сесії EMDR для отримання доступу до спогадів, пов'язаних із поточними труднощами, використовуються стандартизовані процедури та протоколи, відповідно до яких також застосовується нетривала білатеральна

стимуляція (рухи очей, тактильна та аудіальна стимуляція). Записи сесій показують, що переробка головним чином відбувається за рахунок швидкого налагодження інтрапсихічних зв'язків між виникаючими в ході сесії емоціями, інсайтами, відчуттями і спогадами стимуляції. Відповідно до моделі АПІ цей процес розглядається як налагодження зв'язку між спогадом-мішенню та адаптивною інформацією, що дає клієнту можливість рухатися вперед, проходячи через необхідні стадії афекту та усвідомлень, пов'язаних з такими темами, як (1) правильний ступінь відповідальності, (2) безпека в сьогодення, і (3) можливість здійснення вибору в майбутньому.

EMDR-переробка розуміється як спонукання до виникнення нових асоціацій та зв'язків, що уможливорює подальше навчання та призводить до збереження спогаду в новій, адаптивній формі. Як тільки це сталося, клієнт може дивитися на подію, що турбує, і на себе самого з нової, адаптивної точки зору. Ця нова думка не несе в собі негативних когніцій, афекту та соматичних відчуттів, які раніше знаходилися в центрі його неадаптивного сприйняття цієї події. Отже, подія перестає негативно впливати на особистість клієнта, його світосприйняття, а також на його емоційний та соматичний досвід. Ця переробка, що веде до нового навчання, є центральним елементом моделі та терапії EMDR. Тричастинний протокол, що використовується в EMDR-терапії, працює та переробляє позитивний досвід та нову інформацію/освіту, які необхідні для того, щоб упоратися з будь-яким недоліком знань чи навичок.

4. Результат психотерапевтичного впливу.

Як і у випадку з будь-якими іншими формами психотерапії, нейрофізіологічна природа впливу EMDR на даний момент невідома, однак у досягнення терапевтичного ефекту можуть вносити свій внесок деякі механізми дії. Вчені пропонують цілу низку можливих механізмів дії, що відрізняють EMDR від традиційних практик когнітивно-поведінкової терапії. Один із подібних механізмів стосується «припинення» (extinction) та «відновлення» (reconsolidation). В EMDR-терапії серед інших механізмів дії пропонується асиміляція адаптивної інформації, виявленої в інших мережах спогадів, які вступають у контакт із мережею, що містить раніше ізольовану подію, що викликає занепокоєння. Після успішного закінчення терапії передбачається, що спогад більше не є ізольованим, оскільки, зважаючи на все, воно належним чином інтегрується в більшу мережу спогадів. Ця ідея цілком узгоджується з останніми нейробіологічними теоріями про відновлення спогадів, які говорять про те, що при отриманні доступу до спогаду воно може стати лабільним і потім знову зберегтися в зміненій формі. Процес EMDR, пов'язаний із приєднанням нових асоціацій до раніше ізольованих мереж спогадів, справді може активувати процес відновлення. Отже, в основі дії EMDR можуть лежати інші механізми, ніж головний механізм дії різних видів експозиційної терапії, а саме «припинення». Вважається, що «відновлення» змінює спогад, а «припинення», у свою чергу, створює новий спогад, який починає конкурувати зі старим.

Під час фази оцінки в EMDR-терапії мають місце також додаткові механізми, які допомагають зібрати разом різноманітні фрагменти спогаду. При проходженні експозиційної терапії, клієнта просять докладно описати спогад, тоді як в EMDR-терапії таких вимог не пред'являється. Швидше, під час фази оцінки,

терапевт допомагає клієнту виділити картинку, що є негативним спогадом, визначити актуальне негативне переконання і бажане позитивне переконання, супутні емоції та тілесні відчуття. Досвід, недостатньо перероблений, може зберігатися у фрагментарному вигляді. Отже, систематизація компонентів спогаду як елемент процедури стимулює процес переробки. Ця процедура активує мережі спогадів, що містять інші аспекти негативного досвіду, що потенційно дає клієнту можливість об'єднати окремі частини досвіду, осмислити його та полегшити процес збереження спогади в наративної пам'яті.

Когнітивна реструктуризація є ще одним елементом процедури, яким можна пояснити ефективність EMDR. Однак, у традиційних видах когнітивної терапії прийнято виявляти якесь ірраціональне переконання про себе (негативну когніцію), а потім навмисно піддавати її сумніву, реструктуризації та проводити рефреймінг цього переконання, перетворюючи його на адаптивне переконання про себе (позитивну когніцію). Фаза оцінки в EMDR відрізняється від когнітивних методів реструктуризації тим, що тут терапевт не робить свідомих спроб змінити або провести рефреймінг актуального для клієнта переконання. Передбачається, що переконання зміниться спонтанно у процесі подальшої переробки. Тим не менш, з точки зору АПІ попереднє формування асоціації між негативною когніцією та більш адаптивною інформацією, яка суперечить негативному досвіду, може сприяти подальшій переробці, оскільки активізує відповідні адаптивні мережі.

Для фаз десенсибілізації та інсталяції характерні інші механізми дії. Один із можливих механізмів дії – усвідомленість. Під час фази десенсибілізації EMDR клієнтам дають інструкцію «дозволяти відбуватися всьому, що відбувається» і «просто звертати увагу» на те, що з'являється. Це цілком узгоджується із принципами практики усвідомленості. Подібні інструкції знижують завищені вимоги до себе і, можливо, допомагають клієнтам безоцінно спостерігати, що вони відчувають і думають. Дослідження підтверджують, що прийняття парадигми, згідно з якою негативні думки та почуття розглядаються як минулі ментальні явища, а не як аспекти особистості має сприятливий терапевтичний ефект. Однак, якщо техніки медитації найчастіше пропонують учасникам повернутися до первісного фокусу уваги, то в EMDR-терапії клієнтам пропонується просто «помічати» різні асоціації в міру їхньої появи.

Здатність, що відчувається (Perceived mastery) може бути ще одним важливим процедурним елементом, завдяки якому EMDR є результативною терапією. У той час як експозиційні техніки вимагають концентрації уваги і не заохочують відволікання уваги від інциденту для того, щоб запобігти уникненню, EMDR-терапія використовує лише короточасну увагу до різних асоціацій, що виникають у клієнта під час сетів рухів очей. Отже, в ході EMDR клієнти можуть відчувати збільшення відчуття здатності перемикатися між переживанням події, зверненням уваги на те, що відбувається, та повідомлення про зміни, що відбуваються терапевту. Здатність клієнта ефективніше використовувати копінгові стратегії може вдосконалюватися разом із здатністю справлятися зі стресом, тривожністю і депресією в небезпечних ситуаціях. (Bandura, 2004). З точки зору АПІ таке відчуття здатності та ефективності кодується в мозку як адаптивна інформація, доступна для з'єднання з мережами спогадів, що містять інформацію, що дисфункціонально збереглася.

Нарешті, експозиційна терапія підтримує високий рівень занепокоєння, спочатку фокусуючись на подію, що турбує, як вже згадувалося вище, в той час як використовуються в EMDR руху очей, судячи з усього, призводять до підвищення рівня парасимпатичного збудження і зниження яскравості і емоційності негативного матеріалу до збільшення гнучкості уваги. Можливо, такі ефекти дозволяють інформації з інших систем спогаду з'єднатися з мережею-мішенню, в якій знаходиться інформація, що дисфункціонально збереглася, що призводить до трансформації, а потім відновлення спогади. Для дослідження даних гіпотез і більш повного розуміння особливих, побічних та інтерактивних ефектів, що надаються різними факторами результативності EMDR, потрібно проведення подальших клінічних досліджень.