

Фаза первая: история клиента

*Любопытный парадокс состоит в том,
что когда я принимаю себя таким, какой я есть,
я способен измениться.*

КАРЛ РОДЖЕРС

В этой главе мы рассмотрим первую фазу EMDR-терапии, включающую в себя сбор анамнеза, цель которого — определить, получит ли конкретный клиент пользу от EMDR-терапии, и разработать план лечения. Любая форма переработки травмы может вызвать беспокойство у клиента как во время сессии, так и после нее. В первом разделе этой главы показано, как понять природу беспокойства, которое может возникнуть, и оценить его интенсивность. Это должно помочь психотерапевту оценить готовность клиента. Крайне важно, чтобы психотерапевт принимал информированные решения относительно способности клиента сохранять чувство стабильности и решал определенные терапевтические задачи с учетом сильных эмоций клиента.

В следующем разделе, посвященном факторам безопасности, описываются методы обследования, используемые для выбора клиентов, подходящих для EMDR-лечения. Как указывалось ранее, эта информация должна быть дополнена практикой под руководством опытного специалиста. Для тех клиентов, которые считаются подходящими для EMDR-терапии, психотерапевт собирает подробный анамнез, чтобы наметить план лечения и определить конкретную информацию, необходимую для решения имеющихся проблем. Чтобы проиллюстрировать взаимодействие психотерапевта и клиента, эта глава завершится стенограммой реальной сессии сбора анамнеза.

ГОТОВНОСТЬ КЛИЕНТА

Психотерапевту необходимо получить тщательную и подробную историю клиента, чтобы оценить его пригодность для EMDR-лечения и оценить психологические потребности клиента во время и после сессий. Важно помнить, что каждая сессия индивидуальна, а потребности и реакции каждого клиента уникальны. Чтобы принять обоснованное решение, психотерапевт должен быть внимателен к переживаниям, которые испытывают клиенты во время переработки информации как во время сессий, так и между ними после начала EMDR-лечения.

Стимулирование информации, составляющей воспоминание-мишень, позволяет осознать ее различные компоненты. На поверхность может легко всплыть разрозненная информация, а также разнообразные эмоции и физические ощущения, возникшие во время события. Хотя клиенту нет необходимости давать подробное описание события, эти воспоминания могут быть чрезвычайно неприятными для клиента. При правильном обращении со стороны психотерапевта ускоренная переработка травмирующей информации, которую активирует EMDR-терапия, разрешит ее гораздо быстрее, чем традиционные методы лечения. Тем не менее, психотерапевт должен оценить готовность и способность клиента раскрывать информацию и перерабатывать ее, чтобы определить, может ли клиент справиться с беспокойством, которое может возникнуть при переработке воспоминаний. В противном случае перед началом переработки необходима дополнительная подготовка.

Важной характеристикой EMDR-терапии является то, что переработка информации может продолжаться *после* сессии, хотя и с меньшей скоростью. Таким образом, клиент может испытывать некоторый дискомфорт между сессиями, поскольку в этом периоде в его сознании и подсознании стимулируются новые воспоминания. Этот процесс можно сравнить с рядом падающих костяшек домино: когда стимулируется и перерабатывается очередное воспоминание, оно может активировать ассоциированное с ним воспоминание. Более того, когда стимулируется очередное воспоминание, оно может высвобождать тревожные образы и эмоции. Чтобы лечение было успешным, клиент должен уметь справляться с любыми эмоциями (отчаянием, беспомощностью, уязвимостью и т.д.), связанными с воспоминаниями.

Невозможно точно предсказать, как клиент будет перерабатывать конкретное событие. Ответы могут варьироваться от умеренной эмоциональной реакции до полномасштабной абреакции. В EMDR-терапии мы называем абреакцией повторное переживание стимулированного воспоминания при высоком уровне беспокойства. По мере переработки информации клиентом в его сознании могут возникать образы, мысли, эмоции и физические ощущения. Во время абреакции эмоции и физические ощущения особенно сильны, возможно, почти так же, как и во время исходного события. Однако EMDR-терапия не воспроизводит полноценных воспоминаний, поскольку клиента учат иметь двойную фокусировку, сохраняя осведомленность о тревожном прошлом событии и в то же время оставаясь в безопасности в настоящем времени. Этому способствует двойная задача: сосредоточиться на мишени и следить за пальцами психотерапевта.

Из-за своей большой интенсивности физические ощущения могут пугать клиента. Например, одна клиентка в детстве играла в ковбоев и индейцев. Во время игры друзья схватили ее, обвязали шею веревкой и повесили на дереве. К счастью, мать одного из детей вовремя прибежала и обрезала веревку. Когда началась EMDR-терапия, клиентка начала издавать звуки, характерные для удушья, покраснела и явно испытывала большие трудности с дыханием. В этом случае переработка травмы была успешно завершена, но психотерапевты должны учитывать возможность такой агрессивной реакции клиента при определении факторов безопасности.

Даже если воспоминание, выбранное мишенью, кажется незначительным, она может быстро переключиться на сильно заряженное воспоминание. Отличительной чертой EMDR-переработки является ускоренная переработка с ее потенциалом для быстрого обнаружения ранее не подозреваемых материалов, некоторые из которых могут быть крайне неприятными. Поэтому следует тщательно оценивать готовность клиента.

ФАКТОРЫ БЕЗОПАСНОСТИ КЛИЕНТА

Перечисленные ниже факторы имеют решающее значение для обеспечения безопасности клиентов. Психотерапевт должен тщательно оценить их, чтобы определить, какие клиенты готовы к EMDR-терапии.

Уровень раппорта

Клиенты должны быть в состоянии чувствовать себя комфортно и справляться с высоким уровнем уязвимости, отсутствием контроля и любыми физическими ощущениями, связанными с воспоминанием о событии-мишени. Это означает, что клиенты должны быть готовы рассказать своему терапевту правду о том, что они переживают. Хотя им не обязательно раскрывать подробности своей травмы, они должны быть готовы испытать в присутствии психотерапевта любые возникающие эмоции и откровенно сообщить о природе и интенсивности этих эмоций. Иногда из-за недостаточного доверия, высокой восприимчивости к деталям опроса или желания избежать болезненных воспоминаний, клиент неискренне сообщает о низком уровне стресса и ненадлежащим образом или преждевременно завершает сессию. Когда это происходит, клиент с большей вероятностью будет испытывать дискомфорт между сессиями и может быть вынужден справляться с воспоминаниями на уровне абреакции без соответствующей клинической поддержки. Сообщается, что клиенты подвергаются большому риску суицидальных мыслей и попыток самоубийства, когда они испытывают сильную тревогу, но скрывают эту информацию от психотерапевта. Хотя это верно для любой формы психотерапии, возможность дополнительного беспокойства между сессиями во время EMDR-лечения подчеркивает необходимость в прочном терапевтическом альянсе, конкретных соглашениях говорить правду. При этом психотерапевт должен внушать спокойствие, быть гибким и безоговорочно заботливым.

Перед тем, как приступить к лечению, следует внимательно изучить клиентов, подвергшихся серьезному насилию, поскольку они обычно сталкиваются с трудностями в вопросах безопасности и доверия. Пока клиент не почувствует себя комфортно с психотерапевтом при обычных взаимодействиях традиционной психотерапии, EMDR-терапия не должна применяться.

Эмоциональное расстройство

Клиенты должны быть в состоянии противостоять высоким уровням эмоционального беспокойства, которые могут возникнуть во время или между сессиями EMDR-лечения. Чтобы помочь проверить эту

способность до того, как произойдет нацеливание на травмирующие воспоминания, настоятельно рекомендуется, чтобы психотерапевт выяснил во время сессий сбора анамнеза, может ли клиент реагировать на методы самоконтроля и расслабления. Психотерапевт должен опробовать эти методы с клиентом во время приема и приступить к EMDR-терапии только в том случае, если клиент способен снизить уровень тревожности до умеренного (см. примеры в главе 9).

Если воспоминание-мишень не было полностью переработано во время какой-либо сессии, необходимо провести соответствующее обсуждение (как определено в главе 6) и использовать управляемую визуализацию, технику релаксации или гипноз, чтобы помочь клиенту восстановить эмоциональное равновесие. Поскольку психотерапевт не может предсказать уровень беспокойства между сессиями, прежде чем приступить к EMDR-терапии полезно обучить клиентов методам самоконтроля. Я также рекомендую использовать аудиозаписи, которые можно использовать между сессиями (например, “Letting Go of Stress”; [Miller, 1994]). Некоторые из этих методов релаксации описаны в главе 9 и могут быть использованы для завершения незаконченных сессий. Они также должны использоваться клиентами ежедневно и для облегчения ситуации, если спонтанная переработка между сессиями вызывает эмоциональные расстройства.

Если клиент не может использовать такие методы самоконтроля, EMDR-терапию не следует начинать, пока не будет завершена достаточная подготовка. Клинические отчеты показывают, что EMDR-процедуры можно использовать для подготовки сложных клиентов с нарушением регуляции аффекта [Korn and Leeds, 2002]. Эти процедуры, известные как “разработка и инсталляция ресурсов” (RDI; [Leeds, 1998; Leeds and Shapiro, 2000]), расширяют доступ к разнообразным положительным аффектам аналогично технике безопасного/спокойного места (Safe/Calm Place), описанной в главе 9. При необходимости психотерапевты должны поэкспериментировать с этими и альтернативными методами до тех пор, пока клиент не сможет значительно снизить уровень беспокойства. Неспособность уменьшить беспокойство может обоснованно усилить страх клиента при обращении к дисфункциональным воспоминаниям и серьезно затруднить достижение положительного эффекта лечения.

Стабильность

Жизненно важно оценить личностную стабильность клиента. Как и в большинстве случаев лечения эмоциональных травм, после EMDR-терапии у некоторых клиентов, в частности, сильно пострадавших от многочисленных сексуальных домогательств, нередко возникают суицидальные мысли. Психотерапевты должны надлежащим образом вести обсуждение с такими клиентами (см. главу 6), а первичная оценка должна включать способность клиента запоминать инструкции по подведению итогов и способность обращаться за помощью в случае необходимости.

Не менее важен уровень стабильности окружающей обстановки. Например, психотерапевты не должны пытаться перерабатывать не связанные между собой эмоциональные травмы, если клиенты в настоящее время испытывают серьезные жизненные трудности (например, семейные/социальные кризисы или финансовые/карьерные проблемы) и не могут справиться с дополнительными нарушениями, вызванными переработкой травмирующих воспоминаний.

Конечно, психотерапевтам необходимо определить, действительно ли ранние травмы не связаны с нынешними условиями жизни клиента. Клиенты, которые постоянно находятся в состоянии кризиса, могут испытывать влияние предыдущего неблагоприятного жизненного опыта, который необходимо разрешить, прежде чем они смогут избавиться от своих нынешних проблем. Важно определить, какие тревожные воспоминания непосредственно ответственны за нынешнюю дисфункцию и поэтому должны быть переработаны в данный момент с помощью EMDR-терапии, а какие являются случайными для настоящего кризиса и могут быть отложены, пока не будут решены текущие проблемы.

Внешняя поддержка

У клиентов должна быть внешняя поддержка, в частности со стороны друзей и членов семьи, которые могут помочь им справиться с любыми проявлениями беспокойства между сессиями. Если клиент одинок или сам заботится о ком-то, не имея поддержки, то психотерапевту следует действовать осторожно. Психотерапевт должен определить, способен ли его клиент самостоятельно поддерживать себя психологически или можно ли его успокоить по телефону, если потребуется.

Общее физическое здоровье

Клиент должен быть достаточно здоровым, чтобы выдерживать физические нагрузки, связанные с переработкой воспоминаний. В приведенном выше примере с воспоминаниями об удушьи клиентке на момент лечения было около 30 лет и она была достаточно сильной, чтобы противостоять возможным физическим последствиям. Однако если бы ей было 70 лет и у нее было бы сердечное заболевание, следовало бы серьезно обеспокоиться ее способностью противостоять физическим последствиям.

Также следует принимать во внимание потенциальное воздействие вызванных эмоций на беременных женщин. Хотя до настоящего времени не было сообщений о серьезных побочных эффектах со стороны физического здоровья, всегда лучше соблюдать осторожность. Если какая-либо физическая проблема, включая респираторное или сердечное заболевание, является частью клинической картины, следует проконсультироваться с врачом относительно возможных негативных последствий высокого уровня эмоциональной реакции.

Амбулаторное и стационарное лечение

Воспоминания следует оценить, чтобы выяснить, какие из них можно переработать в кабинете психотерапевта, а какие могут потребовать медицинского вмешательства или консультации, включая возможность стационарной поддержки в больнице. Во время одной переработки смертельно опасных переживаний клиент перестал дышать. К счастью, психотерапевтом была медсестра психиатрической клиники, и она смогла осуществить реанимацию. В другом случае клиента осматривал психиатр в стационаре. Во время переработки воспоминаний о пытках электрическим током клиент начал корчиться и биться в постели, как будто его снова били током. Психиатр смог завершить переработку, но очевидно, что все закончилось бы хуже, если бы сессия не проходила в клинике. Психотерапевты всегда должны оценивать потребность в соответствующих ограничениях, медицинском обслуживании или лекарствах при лечении клиентов с шизофренией, клиническими воспоминаниями или физическими нарушениями, или когда возникают сомнения относительно суицидальных наклонностей, личностной стабильности или

наличия внешней поддержки. Для лиц, страдающих сильной наркотической и/или алкогольной зависимостью, потребности в лечении зависят от степени тяжести этой зависимости (см. главу 11). Лица, страдающие тяжелым/хроническим алкоголизмом, нуждающиеся в детоксикации, находящиеся в тяжелом физическом состоянии или подверженные риску судорог (например, из-за резкого прекращения употребления большого количества алкоголя), требуют повышенного внимания и должны находиться под наблюдением врача. Если возникает вопрос о том, что клиенты представляют опасность для себя или других, следует серьезно подумать о помещении их в стационар.

Неврологические нарушения

Сообщений о причинении вреда клиентам, страдающим неврологическими нарушениями, не поступало. Однако, поскольку модель АПИ предполагает определенные основные физиологические процессы, психотерапевты должны быть внимательны к любым неврологическим аномалиям или органическим повреждениям мозга в анамнезе. Противопоказаний к применению EMDR-терапии к клиентам, страдающим синдромом дефицита внимания/гиперактивности, не поступало.

Психотерапевты сообщают, что у некоторых клиентов с органическим поражением головного мозга наблюдается тенденция к меньшей генерализации и, как следствие, для достижения полного терапевтического эффекта им требуется переработать больше воспоминаний, чем обычно. Несмотря на то, что EMDR-терапия успешно применяется к клиентам, имеющим ряд неврологических проблем, при попытках лечения таких людей следует соблюдать осторожность. Бывают такие виды повреждения мозга, которые не вызывают реакции или сильного дискомфорта во время сессий EMDR-лечения. Если психотерапевт подозревает, что физическое состояние, включая неврологические нарушения, может представлять проблему, всегда следует обращаться за консультацией к врачу. Психотерапевты, пытающиеся провести EMDR-терапию с такими людьми, также должны быть хорошо знакомы с широким спектром лечебных эффектов EMDR-лечения, чтобы распознать любую ненормальную реакцию, и в этом случае сессию следует прекратить.

Эпилепсия

Несмотря на то, что ряд клиентов с эпилепсией успешно прошли курс лечения с помощью EMDR-терапии, при работе с ними следует соблюдать осторожность, как и в случае с любыми клиентами, имеющими неврологические нарушения.

Мне известны только три отчета о клиентах, испытывавших судороги (во всех случаях незначительные) во время сессий EMDR-лечения. В одном случае перерабатываемое воспоминание было связано с приступом эпилепсии. Клиентка пришла в сознание в течение пяти минут, улыбась и продолжила сессию без дальнейших инцидентов. (Это был единственный припадок, перенесенный клиенткой в течение более чем дюжины сессий.) Другой клиент перенес небольшой припадок во время сессии EMDR-лечения, но после завершения лечения припадки больше никогда его не беспокоили. Оба случая произошли во время EMDR-терапии с использованием движений глаз. Третий случай связан с использованием световой панели для слежения. В целом, клиенты с эпилепсией должны быть проинформированы о возможности приступа во время EMDR-терапии до начала лечения, и для них рекомендуется использовать тактильную или звуковую стимуляцию под руководством терапевта.

Также заслуживает внимания случай пациентки с эпилепсией, которая успешно лечилась от посттравматического стрессового расстройства и пыталась самостоятельно двигать глазами всякий раз, когда у нее появлялась “аура” или другие признаки приближающегося припадка. Она обнаружила, что движения глаз позволяют ей избегать припадков.

Проблемы со зрением

Было сообщение о пациенте, получившем серьезное повреждение зрения, которое привело к слепоте из-за лечения с помощью движения глаз. Это повреждение произошло по вине психотерапевта, не обученного использованию EMDR-терапии. Несмотря на то, что клиент сообщал о постоянной боли в глазах, психотерапевт, не знавший об эффектах EMDR-лечения, продолжал управлять сериями движений глаз. *Ни при каких обстоятельствах нельзя продолжать EMDR-терапию, если клиент сообщает о боли в глазах.* В этом случае психотерапевт должен использовать альтернативные формы стимуляции. То же самое верно и для

клиентов, которые не могут поддерживать постоянные движения глаз из-за слабости глазных мышц.

Клиенты, которые носят контактные линзы, должны приносить на сессии лечения свои футляры для линз, чтобы их можно было снять при появлении любых признаков сухости или раздражения. Для многих клиентов может быть предпочтительнее избегать движений глаз при ношении контактных линз.

Напоминаем, если невозможно использовать движения глаз, психотерапевт может использовать альтернативные формы тактильной или слуховой стимуляции (как описано в главе 3).

Злоупотребление наркотиками и алкоголем

Клиенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, до начала EMDR-лечения должны получить соответствующую поддержку, например, в рамках 12-шаговой программы, а также программ Smart Recovery, Buddhist Recovery или их эквивалентов. Нельзя недооценивать внешнюю поддержку со стороны других людей в общей эмоциональной борьбе. Изоляция и стыд не позволяют многим людям просить или принимать помощь. Психотерапевты сообщают, что, хотя некоторые клиенты легко отказываются от злоупотребления психоактивными веществами или тяги к ним во время лечения, у других появляется большее желание возобновить их употребление, предположительно из-за стимуляции тревожного психологического материала. Неясно, представляет ли возобновление злоупотребления химическими веществами или иного аддиктивного поведения попытку избавиться от возникающего стресса или стимуляцию старого желания. В любом случае психотерапевты должны проявлять особую осторожность с этой группой пациентов, информируя клиентов о потенциальных проблемах и устанавливая меры защиты от возможного возобновления или обострения жестокого поведения (см. главу 11). Кроме того, психотерапевты должны предпринять все усилия для заключения договоренности с аддиктивными клиентами о строгой честности относительно употребления ими психоактивных веществ или срывов, чтобы обеспечить их безопасность и укрепить доверие в отношениях. Такой уровень честности в значительной степени способствует их выздоровлению.

Правовые требования

Если жертва преступления, свидетель или сотрудник полиции проходят курс лечения в связи с критическим инцидентом, важно установить, требуется ли от лица юридические показания или какое-либо конкретное свидетельство в суде. Во время EMDR-лечения образ события может исчезнуть, размыться или полностью исчезнуть. Клиент не забудет, что произошло, и все равно сможет рассказать о нем, но не сможет дать его яркое и подробное описание. И наоборот, после EMDR-лечения клиент может дать более подробное описание и увидеть более четкую картину. Однако невозможно заранее узнать, как клиент будет перерабатывать конкретное событие.

Следовательно, если проводится или планируется судебное разбирательство, то все заинтересованные стороны должны дать информированное согласие. Психотерапевты должны объяснить, что после EMDR-лечения: 1) клиент может быть не в состоянии получить доступ к яркой картине события; 2) клиент больше не сможет пересказывать инцидент, испытывая сильные эмоции (что может стать проблемой, если свидетель должен дать показания в суде).

Системный контроль

Как и любая другая форма психотерапии, EMDR-терапия влияет не только на клиентов, но и на их семьи и друзей. По мере переработки дисфункциональной информации и возникновения новых самооценок поведение клиента меняется. По мере того как клиенты становятся открытыми для новых возможностей, их следует обучать навыкам поведения. Например, возможно, их придется научить общаться с проблемными людьми или вести себя в новых ситуациях, посредством выработки ассертивности, умения вести себя на свидании или решать вопросы, связанные с карьерой. В начале лечения психотерапевты должны организовать для клиента соответствующие группы поддержки и обучения. Клиенты EMDR-терапии могут перерабатывать материал с удивительно большой скоростью, и они должны быть готовы справиться с сопротивлением, которое может возникнуть со стороны коллег, членов семьи или друзей. Например, если клиенты настаивают на том, чтобы оставаться в опасной среде, в которой новая ассертивность может стать пагубной (например,

в случае избиваемой жены, которая все еще живет со своим мужем-алкоголиком), их следует проинформировать о потенциальных проблемах и предложить альтернативные стратегии для самовыражения.

Клиентов, находящихся в дисфункциональных социальных отношениях (например, если они могут получить преимущество, демонстрируя свою уязвимость), следует предупредить, чтобы они избегали этих отношений сразу после переработки травмы.

По этой причине лечение клиентов в пенитенциарных учреждениях во многих случаях может быть противопоказано из-за давления со стороны сокамерников.

Вторичная выгода

Особое внимание следует уделить оценке возможных положительных последствий, а также потребностей и/или личностных проблем, выражаемых в виде жалоб. Иногда клиенты организуют всю свою жизнь вокруг патологии, и эту возможность необходимо рассмотреть, по крайней мере, когнитивно, прежде чем можно будет ожидать каких-либо изменений от EMDR-лечения. По сути, психотерапевт должен определить, с чем клиенту придется столкнуться или от чего отказаться, если лечение будет успешным, и определить, есть ли у клиента стабильность и ресурсы, чтобы справиться с изменениями.

Яркий пример этой проблемы можно найти у некоторых ветеранов. После многих лет страданий от внезапных воспоминаний, кошмаров и навязчивых мыслей им предлагают лечение с помощью EMDR-терапии, заявляя: “Мы избавим вас от всего этого вместе с вашим чеком на инвалидность”. Страх ветерана (который он может осознанно отрицать) стать бездомным из-за потери дохода вполне объясним. Если этот вопрос не будет решен, его дисфункция останется неразрешенной. Психотерапевт должен решить эту (и другие) проблемы с помощью соответствующих планов действий, прежде чем пытаться лечить травму клиентов, которые получают компенсацию или особый уход из-за их эмоционального расстройства.

Страх потери социальной идентичности также может быть проблемой. Ряд ветеранов говорили: “Кто я, если не раненый ветеран?” Ветераны боевых действий могут бояться потерять чувство товарищества, которое сопровождает страдания членов их группы лечения. Они также могут

бояться, что по мере того, как их эмоциональная боль уменьшится, они перестанут чтить своих умерших. Настоятельно рекомендуется изучить эти опасения перед тем, как приступить к переработке травмы. Факторы, непосредственно связанные с ветеранами боевых действий, более подробно рассматриваются в главе 11.

Страх потерять идентификацию с подобными себе людьми также характерен для некоторых жертв домогательств. Они могут бояться исцеления, потому что осознают, что по мере того, как их боль утихнет, они больше не почувствуют такой сильной связи с другими пострадавшими. Наконец, клиенты, находившиеся в терапевтической группе в течение многих лет, возможно, сформировали свою идентичность и социальную структуру вокруг лечения своей дисфункции. Таким людям необходимо по-другому присоединиться к группе, чтобы лечение было успешным.

Расписание сессий

Эмоциональные реакции клиентов и интенсивность их беспокойства между сессиями сильно различаются. Невозможно точно предсказать эти реакции до начала переработки. Поэтому важно оценить текущую жизненную ситуацию клиента (и психотерапевта), чтобы уменьшить возможные проблемы. Например, если у клиента запланировано выступление на работе с важной презентацией, переработку психологической травмы с помощью EMDR-терапии не следует начинать, потому что он может быть слишком увлечен другими делами или думать только о том, чтобы работать с максимальной эффективностью.

Более того, поскольку нет возможности узнать, сколько остаточного дисфункционального материала может остаться в конце сессии или как связанная с этим переработка будет продолжаться спонтанно, необходимо принять меры для предотвращения высокого уровня дистресса, если клиенту не хватает психологической поддержки. Если, например, клиент собирается отправиться в поездку за город или психотерапевт уезжает в двухнедельный отпуск, переработку серьезной эмоциональной травмы начинать не следует.

Психотерапевты должны объяснить клиентам, что переработка воспоминаний с помощью EMDR-лечения может повлечь за собой эмоционально напряженную работу мозга и что не следует планировать важные

встречи или длительные часы работы сразу после сессии. График работы клиента должен соответствовать этим требованиям после окончания сессии. Если это невозможно, переработка травмирующей информации противопоказана.

Психотерапевты должны выделять достаточное время во время каждой сессии для переработки представленных травмирующих воспоминаний и осуществления необходимого завершения. Рекомендуется, чтобы первоначальный сбор анамнеза проводился в ходе отдельных 50-минутных (или более длительных) сессий, а последующая переработка эмоциональных травм в процессе EMDR-лечения проводилась в течение 90-минутных сессий. Хотя по общепринятым стандартам это долгая сессия, даже 90-минутная сессия может предоставить достаточно времени только для реализации фаз с третьей по седьмую и достаточной переработки конкретной эмоциональной травмы. По крайней мере, 90-минутная сессия может позволить должным образом решить самые тревожные аспекты памяти. Если отдельная эмоциональная травма лечится быстро, то в течение этой сессии можно переработать несколько воспоминаний.

Как упоминалось ранее, если эмоциональная травма переработана недостаточно, клиент, вероятно, останется с относительно высоким уровнем беспокойства, которое может продолжаться и даже усиливаться между сессиями. Независимо от продолжительности сессии, ни при каких обстоятельствах клиент не должен покидать кабинет во время (или сразу после) неразрешенной реакции. Хотя применять 50-минутный клиентский час обычно не рекомендуется, рандомизированное контролируемое исследование показывает, что его могут успешно использовать опытные психотерапевты, практикующие EMDR-лечение гражданских лиц (см. [Marcus, Marquis and Sakai, 1997, 2004]). В этих обстоятельствах EMDR-терапия должна выполняться с учетом повышенной вероятности того, что в конце сессии и во время переработки, которая продолжается между сессиями, клиент будет испытывать относительно высокий уровень беспокойства. Дополнительный упор следует делать на самоконтроль дистресса и использование методов регулирования аффекта в конце сессии и между сессиями. Использование традиционного 50-минутного часа обычно более чем вдвое увеличивает количество сессий, необходимых для полного рассмотрения жалоб клиентов. Поскольку сразу после лечения может возникнуть некоторая дезориентация,

психотерапевт должен оценить способность клиента покинуть кабинет и безопасно вести машину. По завершении сессии необходимо оставить достаточно времени, чтобы клиент подвел итоги и, если необходимо, восстановил потерянное равновесие. Даже в самых лучших условиях существует вероятность того, что эмоциональная травма будет недостаточно переработана после 90-минутной сессии. Для устранения некоторых эмоциональных травм требуется несколько сессий. Всегда соблюдайте осторожность, если клиент остается в состоянии беспокойства, и оценивайте, какие особые потребности могут возникнуть у него при возвращении на работу или домой. Время встречи должно быть адаптировано к конкретным потребностям клиента. Например, клиентам с большой ответственностью на работе следует назначать встречи в конце дня или в конце недели, а не в начале, потому что они могут чувствовать себя неготовыми к возвращению в ситуацию высокого напряжения. При необходимости для ускорения лечения сессии переработки можно назначать в течение нескольких дней подряд.

Потребности в лекарствах

Иногда клиент может стабилизироваться с помощью прописанного лекарства или быть признанным нуждающимся в таком лекарстве для поддержания эмоциональной стабильности между сессиями. Пока не существует лекарств, которые полностью блокируют EMDR-терапию, хотя бензодиазепины, как сообщается, снижают эффективность лечения у некоторых клиентов. За клиентом, принимающим какие-либо лекарства от эмоционального расстройства, следует внимательно следить, чтобы в подходящее время можно было уменьшить или прекратить прием препарата. Предположительно, когда дисфункциональный психологический материал перерабатывается, сопутствующая тревога или депрессия облегчаются, что снижает потребность в лекарствах для лечения проблемы.

После того, как клиент перестанет принимать лекарство, психотерапевту следует переработать имеющиеся эмоциональные травмы. Психотерапевты сообщают, что если клиента попросят повторно получить доступ к переработанным воспоминаниям после прекращения приема лекарств, они испытывают примерно в два раза меньшее беспокойство по сравнению с начальным. Например, первичная эмоциональная

травма, связанная с боевыми действиями и получившая оценку 10 по шкале ШСБ, после лечения может снизиться до нулевого уровня, пока клиент принимает лекарства, но после того, как лечение прекратилось, уровень беспокойства при этих воспоминаниях может достичь отметки “пять”. Эта регрессия выявляет наличие некоторой остаточной дисфункции в зависимой от состояния форме. Эта проблема контрастирует со стабильными эффектами лечения, обычно обнаруживаемыми у пациентов, не принимающих лекарства. Следовательно, потребность в лекарствах следует тщательно оценивать, понимая, что ее наличие, вероятно, увеличит время, необходимое для успешного лечения.

Диссоциативные расстройства

EMDR-терапия для лиц с диссоциативными расстройствами, особенно с диссоциацией идентичности (DID — dissociative identity disorder), которая до принятия новой классификации DSM-IV называлась расщеплением личности (MPD — multiple personality disorder), настоятельно не рекомендуется без предварительного обучения под наблюдением специалиста по диссоциативным расстройствам и соблюдения соответствующих EMDR-протоколов. Кроме того, в таких случаях необходимо применять более продвинутые процедуры EMDR-терапии (описанные в главе 10) из-за склонности таких клиентов испытывать трудности с полной переработкой травматических воспоминаний (см. рекомендации Рабочей группы EMDR по диссоциативным расстройствам в приложении Д). В то время как диссоциативные расстройства составляют отдельный раздел в классификации DSM-5, специалисты по EMDR-терапии рассматривают диссоциацию идентичности как сложную форму посттравматического стрессового расстройства [Spiegel, 1993], при котором виктимизация была настолько велика, что для выживания глобальная память была разделена на части, чтобы удерживать различные аспекты боли и беспокойства в диссоциативном состоянии личности. Таким образом, состояния личности можно теоретически описать как конфигурации нейронных сетей, которые служат отсеками памяти [Braun, 1988; Lanius and Bergmann, 2014]. Когда EMDR-терапия (или другие методы лечения, например, гипнотическая абреакция) успешно разрешает травмирующий материал, потребность в разделении уменьшается, амнестические барьеры между

состояниями личности растворяются, “совместное сознание” увеличивается, и может происходить интеграция. Тем не менее, жизненно важно использовать фазо-ориентированное лечение (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), дающее время для достаточной подготовки и стабилизации перед переработкой травмы [Chu, Dell, van der Hart and Cardena, 2011; Pocc, 1997; van der Hart, Nijenhuis and Steele, 2006].

Психотерапевты сообщают, что при правильном применении EMDR-терапии к лицам с диссоциативными расстройствами наблюдается сравнительно быстрая спонтанная интеграция состояний личности (см. главу 11). Тем не менее, клиенты подвергаются большому риску, если патология неправильно диагностирована или если лечение будет предпринято психотерапевтом, не имеющим соответствующей подготовки в области тяжелых диссоциативных расстройств. Если клиент с диссоциативным расстройством лечится без соответствующих мер предосторожности, нацеливание на травматические воспоминания может привести к тому, что клиенту будет трудно перерабатывать высокий уровень аффекта и соматических ощущений. Более того, хотя может показаться, что материал приходит к успешному завершению во время сессии, его активация может вызвать высокий уровень беспокойства за счет “перекрытия аффектов” (в остальной части памяти), что может привести к необходимости госпитализации или неотложной помощи между сессиями. Кроме того, были сообщения о значительном количестве инцидентов, в которых диссоциативные состояния личности спонтанно возникали при инициировании EMDR-лечения. Это явление может быть связано с активной стимуляцией связанных нейронных сетей.

Поскольку многие психотерапевты не имеют образования в области лечения диссоциативных расстройств и сильно недооценивают их распространенность, необходимо подчеркнуть важность соответствующих мер безопасности [Ross, 2015]. Общей характеристикой клиентов с диссоциацией идентичности является наличие в анамнезе множества предыдущих диагнозов, поскольку их нелегко идентифицировать. Следовательно, психотерапевт, намеревающийся начать EMDR-терапию, должен сначала применить Шкалу диссоциативных переживаний – II (DES-II; [Carlson and Putnam, 1992]) и провести тщательную клиническую оценку каждого клиента. Если оценка по этой шкале выше 30,

показано применение структурированного диагностического интервью для диссоциативных расстройств, такого как структурное клиническое интервью для диссоциативных расстройств DSM-IV (SCID-D; [Steinberg, 1994]) (см. также приложение Д) .

Ниже приводится краткое изложение некоторых основных признаков диссоциации идентичности. Обратите внимание, что в то время как большинство психотерапевтов связывают диссоциацию идентичности с провалами памяти, клиенты могут не осознавать свою амнезию и заполнять пробелы в памяти, не зная, что имели место диссоциативные эпизоды [Putnam, 1989].

В рамках стандартного обследования психического статуса о том, что у клиента может быть диссоциативное расстройство свидетельствуют следующие клинические признаки: 1) трудноизлечимые необъяснимые соматические симптомы; 2) проблемы со сном; 3) внезапные воспоминания; 4) дереализация и деперсонализация; 5) симптомы Шнайдера (например, голоса, необъяснимые чувства); 6) провалы в памяти; 7) множественные психиатрические госпитализации; 8) множественные диагнозы с незначительным прогрессом в лечении [Ross, 2015; Van der Hart et al., 2006]. Если диссоциативные расстройства не диагностируются, необходимо также проявлять осторожность, чтобы не поставить чрезмерный диагноз [Draijer and Boon, 1999]. Рекомендации рабочей группы EMDR по диссоциативным расстройствам в приложении Д содержат дополнительные диагностические советы. В случае сомнений психотерапевту настоятельно рекомендуется направить клиента к специалисту по диссоциативным расстройствам для тщательного обследования.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Как и в любой другой форме психотерапии, цель сессий сбора анамнеза — выявить полную клиническую картину перед попыткой лечения клиента. В то время как начальный этап сбора анамнеза в EMDR-терапии определяет пригодность клиента для переработки эмоциональной травмы, второй этап определяет потенциальные мишени с максимальной возможной точностью. Полезная метафора — представить патологию в виде доски, нависающей сверху над клиентом. Работа психотерапевта — убрать доску, чтобы дать клиенту пространство для роста. Вместо

того чтобы просто бить по доске молотком, более уместно попытаться найти винты, на которые нужно воздействовать. Таким образом, можно сказать, что EMDR-терапия служит инструментом для более быстрого извлечения этих винтов.

Даже если два клиента начинают лечение с одинаковой жалобой, их потребности в лечении могут сильно различаться. Психотерапевты должны определить, какие проблемы следует решать с помощью обучения, решения проблем или методов управления стрессом, а какие основаны на дисфункциональной информации, требующей переработки. Хотя EMDR-терапия может использоваться для ускоренного усвоения новых навыков, любые существующие дисфункциональные модели, как правило, следует рассматривать в первую очередь.

Например, если клиентка просит о помощи из-за насилия в семье, то в процессе сбора анамнеза необходимо выяснить, на что следует нацелить EMDR-терапию. Если муж клиентки стал проявлять насилие после автомобильной аварии, то соответствующий план лечения явно будет отличаться от необходимого, если у клиентки была долгая история, связанная с проявлениями жестокости, в том числе со стороны властного отца. В первом примере клиентке может потребоваться переработка травмирующих событий, которые только что произошли в ее семье. Наличие нормальных отношений до того, как муж получил травму, изменившую его личность, позволяет психотерапевту сосредоточиться на поиске факторов, стимулов и решения проблем, существующих в данный момент.

Во втором примере история травмирующих отношений указывает на характерные элементы, требующие особого внимания. Это наблюдение не ново в области психотерапии в целом. Однако в этом случае план EMDR-лечения основан, среди прочего, на выводах клинических наблюдений, сделанных в ходе тысяч сессий переработки информации, а именно, что более ранний опыт жестокого обращения часто напрямую ответственен за дисфункциональные отношения в настоящем. Связь между существующей дисфункцией и более ранними инцидентами (рассмотренная в главе 2 в контексте модели АПИ) подтверждена исследованиями и последовательно демонстрируется в отчетах клиентов во время сессий EMDR-лечения, направленных на текущие ситуации. Чтобы лечить клиентов с текущими дисфункциональными отношениями, которые в анамнезе подвергались раннему или серийному насилию,

необходимо выявить их общие характеристики (включая предрасположенность и поведение, связанные с негативными убеждениями). Наряду с травматическими событиями, произошедшими в нынешних отношениях, необходимо выбрать в качестве мишени и переработать более ранние ключевые события (т.е. ранние ключевые самоопределяющиеся инциденты). Только тогда можно будет ожидать существенных и тотальных психологических и поведенческих изменений.

В то время как некоторых жертв посттравматического стрессового расстройства можно лечить с помощью EMDR-терапии, просто воздействуя на травмирующие воспоминания, большинству клиентов требуется комплексное лечение. Это лечение должно включать в себя последовательное нацеливание на ранние ключевые переживания, текущие ситуации, которые стимулируют дисфункцию, и альтернативные формы поведения, которые можно использовать в будущем для достижения целей терапии. Психотерапевт должен попытаться выяснить жалобу и то, что ей предшествовало с максимально возможной конкретностью. Хотя следующий список не является исчерпывающим, он предоставляет психотерапевту некоторые основные рекомендации (см. также приложение А). При планировании лечения психотерапевты должны убедиться в следующем.

1. *Симптомы.* Каковы наиболее распространенные проявления дисфункционального поведения, эмоций и негативных когниций? Каковы конкретные симптомы, такие как воспоминания, навязчивые мысли, панические атаки и безрассудное поведение? Каковы текущие триггеры и их частота, время, местоположение и другие характеристики?

Возьмем в качестве примера случай с клиенткой, которая в данный момент состоит в браке, ставшим самым последним в серии травмирующих отношений. Психотерапевт определил, что первичная патология определялась чувством стыда и беспомощности клиентки, а также когницией “Я никчемная”. Все это способствовало ее продолжающемуся влечению к жестоким партнерам и ее неспособности самоутвердиться. Сбор анамнеза показал, что чувство паники и воспоминания об избиениях в детстве возникали, когда муж клиентки вел себя холодно, когда на нее злился начальник, когда ей приходилось отстаивать свои права перед продавцом и т.д.

2. *Продолжительность.* Как давно проявляется патология? Как она изменилась со временем? Какие изменения произошли в факторах, способствующих патологии?

В нашем случае патология клиентки существовала с детства, но в последние годы количество и интенсивность панических атак увеличились. После рождения ребенка клиентка почувствовала себя более уязвимой и неконтролируемой.

3. *Первичная причина.* Что было первичным происшествием или наиболее тревожным первичным событием, сценарием, уроком и т.д., представляющим генезис дисфункции? Каковы были обстоятельства, включая факторы взаимодействия с людьми, а также социальными или семейными системами во время первичного события? Полезный вопрос: “Вспомните, когда вы впервые ощутили это чувство?”

В нашем случае клиентка была младшей из троих детей. Отец избивал ее за незначительные нарушения, а братья и сестры издевались над ней. Первая паническая атака, которую она смогла вспомнить, произошла, когда она побежала к матери за помощью, но та ее оттолкнула. Ее мать поверила рассказам ее братьев и сестер и кричала на нее: “Подожди, когда отец вернется домой, он тебе покажет”.

4. *Дополнительные прошлые события.* Какие еще инциденты способствовали влиянию или усилению патологии? Какие еще существуют важные факторы? Кто был основным участником событий? Какие категории участников, неадаптивных реакций, негативных когний и т.д. были связаны с ними? Какие кластеры и группы можно сформировать из событий, чтобы максимизировать обобщение эффектов лечения? Клиентов можно попросить назвать десять их самых тревожных воспоминаний. Их можно побудить исследовать свою жизнь с исследовательской позиции, рассматривая психотерапевта в качестве подкрепляющего партнера при обследовании. Краткое описание десяти или около того воспоминаний обычно помогает определить типы негативных когний и переживаний, с которыми нужно бороться. Как правило, это подходящий момент, чтобы выделить такое же количество положительных воспоминаний, которые можно использовать для определения людей и опыта как потенциальных ресурсов. Если клиент не может

идентифицировать положительные воспоминания и/или испытывает беспокойство, это указывает на то, что может потребоваться дополнительная стабилизация (см. раздел главы 11 о сложном посттравматическом стрессе). В нашем случае на клиентку негативно повлияли многочисленные издевательства и побои в детстве, ее дислексия, приведшая к унижениям в школе, изнасилование на свидании, которое произошло в юности и ее опыт отношений с рядом жестоких парней. Возникла возможность объединить различные виды жестокого обращения и унижения в кластеры, состоящие из событий, похожих во многих аспектах, таких как словесные оскорбления со стороны одного и того же человека или момент времени, когда один и тот же родитель проявлял к ней пренебрежение. Основными мишенями стали родители, братья и сестры, три учителя и жестокие бойфренды. При этом были выявлены следующие негативные когниции: “Я никчемная”, “Я испорчена”, “Я не контролирую ситуацию” и “Я не могу добиться успеха”. Эти когниции проявлялись на работе, в социальных отношениях и при столкновении с лицами, имеющими власть. В других случаях кластеры могут включать аналогичные инциденты, такие как перестрелки с участием военнослужащих. Нацеливание на наиболее тревожные из этих случаев часто приводит к обобщению положительных эффектов переработки на другие переживания в кластере.

5. *Другие жалобы.* Какие еще трудности встречаются? Какие еще дисфункции могут маскироваться первичным проявлением? Оцените личное пространство и пространство отношений клиента.

В данном случае необходимо было решить проблемы, связанные с работой и неадекватными отношениями между клиенткой и ее дочерью.

6. *Существующие ограничения.* Как в настоящее время страдает клиентка? Какие дисфункциональные эмоции или поведение у нее возникают? Какие действия клиентка не может предпринять? Какие системные проблемы (например, дисфункциональная семья или социальная структура) необходимо решить?

В нашем примере клиентка была недовольна своим домом и рабочей средой, у нее было глобальное чувство неудачи и низкая

самооценка. Она не могла самоутвердиться, выйти из нынешней ситуации или предложить дочери соответствующую поддержку. Более того, было ясно, что ни ее родители, ни ее муж не будут при-
ветствовать поведение, которое может стать результатом повышения ее самооценки.

7. *Желаемое состояние.* Как клиент предпочел бы действовать, проявлять себя, чувствовать и во что верить? Что конкретно этому мешает? Каковы возможные последствия успешного лечения? Какой положительный опыт имеется в истории клиента?

Хотя клиентка в нашем примере хотела быть более асертивной и иметь повышенное чувство собственного достоинства, ее постоянно мучили воспоминания о жестоком обращении в детстве и негативные эмоции, вызванные ее мужем и начальником. Хотя некоторые из ее чувств были уместны для представленных ситуаций, их интенсивность усугублялась детскими событиями. Таким образом, чувства часто подавляли ее до бездействия. Потенциальные последствия успешного лечения включали вывод клиентки о том, что ей, возможно, придется развестись с мужем и найти более высокооплачиваемую работу, чтобы содержать себя и своего ребенка. Понятно, что перспектива постоять за себя вызвала негативную когницию: “Я не могу добиться успеха”. Конечно, в первую очередь необходимо решить любые существующие проблемы, связанные с вторичной выгодой.

В целом, при планировании лечения психотерапевт пытается обнаружить параллели между прошлым и настоящим клиента, чтобы выявить паттерны реагирования. Определив существующие стимулы, дисфункциональные когниции, эмоции и поведение, психотерапевт должен выделить конкретные мишени, которые могут варьироваться от самых ранних воспоминаний клиента до последнего травмирующего события. Планы лечения влекут за собой консолидацию ресурсов, а затем нацеливание на: 1) ранние воспоминания, которые закладывают основу для дисфункции; 2) текущие триггеры, которые стимулируют материал; 3) желаемые будущие реакции (стандартный протокол обсуждается в главах 3 и 8, а рекомендации по лечению сложного посттравматического стрессового расстройства представлены в главе 11).

СЦЕНАРИЙ СБОРА АНАМНЕЗА

Следующая стенограмма содержит разделы сессии сбора анамнеза, которая включала планирование лечения. Клиентка — жертва сексуального насилия, которая проходит курс терапии для облегчения его последствий. Аннотации указывают на психотерапевтическую цель, на которую направлены вопросы. Ответы на эти вопросы психотерапевт намеревается получить на будущих сессиях.

Психотерапевт: Что привело вас сюда?

Клиентка: Сколько себя помню, меня постоянно мучили кошмары и нарушения сна. Я не помню моменты, когда бы у меня их не было, и я связываю это с сексуальным насилием со стороны моего дяди, когда мне было около пяти лет. Я думаю, это комбинация того, что мой отец был тем, что я называю эмоционально инцестуозным. Он никогда не касался меня и не совершал ничего похожего, но делал действительно неуместные сексуальные комментарии и тому подобное. А моя мама в детстве всегда была в ярости. Вы когда-нибудь смотрели обучающие фильмы о жестоком обращении с детьми? А вы знаете, когда родитель, который собирается ударить ребенка, начинает эскалацию? Это был именно такой уровень эскалации, если не считать ежедневных побоев. Так что это похоже на тройной удар. Я много лечилась, много медитировала и много чего делала. Вы знаете, пять лет назад я просыпалась в ужасе шесть ночей в неделю, и теперь я бы сказала, что это больше похоже на нарушение сна. Когда я в стрессе, мне снятся кошмары.

[Психотерапевт определяет первичную жалобу как нарушение сна. Основные мишени будут включать отца, мать и дядю клиентки.]

Психотерапевт: Как часто?

[Психотерапевт пытается установить основную частоту травматических событий.]

Клиентка: Я пыталась определить, потому что думала, что вы спросите меня об этом. Это зависит от моего уровня стресса. Может, несколько раз в месяц.

Психотерапевт: Сколько? Четыре, три?

Клиентка: Примерно так.

Психотерапевт: Хорошо. Чем вы объясните частичное разрешение проблемы, в результате которого пять лет назад кошмары появлялись шесть ночей в неделю, а теперь только три раза в месяц?

Клиентка: Я думаю, это комбинация всего, что я сделала. Я много медитирую, рисую, пишу, лечусь. Я думаю, что пять лет назад было ощущение, что травма носит бессознательный характер и, следовательно, более сильна. И я думаю, что на данный момент, ну, может быть, у меня больше сил. Я лучше осознаю, как травма влияет на меня и как она влияет на мои отношения с другими людьми, поэтому я думаю, что это снизило напряжение.

Психотерапевт: Что привело к большему осознанию?

Клиентка: Воспоминания были подавлены в течение 15 лет: с пяти до 20. Я была в отпуске, и со мной произошло следующее: [описывает произошедшее событие]. После этого я все вспомнила. Воспоминания вернулись. И даже за пару лет моей терапии я не была уверена, что это произошло, потому что, когда тебе пять лет, это похоже на сон. И через пару лет я рассказала своим родителям и узнала, что мой дядя домогался большинства женщин в моей семье.

[В этом диалоге психотерапевт исследует параметры и ограничения воспоминаний и пытается определить, какие условия следует включить в формальный отчет.]

Психотерапевт: Расскажите мне немного о том, что вы помните, вплоть до совращения.

[Психотерапевт определяет одну из основных мишеней.]

Клиентка: Воспоминания очень похожи на сновидения. Что я помню, так это вечеринку по случаю дня рождения, и что он забрался на меня на четвереньках со спущенными штанами. Около четырех месяцев назад я попала в автомобильную аварию, и мне пришлось много работать над телом, особенно в области ягодиц и бедер. Во время пары сессий у меня появились воспоминания о том, как меня держали и что-то вставляли мне между ягодицами. Не думаю, что это был пенис. Это было похоже на палец, или какой-то предмет, или что-то в этом роде.

Психотерапевт: Хорошо. Есть еще воспоминания?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Итак, одно воспоминание о вечеринке по случаю дня рождения, когда он взбирался на вас, держал вас и что-то вставлял.

Клиентка: Это были два разных воспоминания. Вечеринка по случаю дня рождения — это одно воспоминание, а когда меня держали и что-то вставляли в меня — другое. Это как два отдельных фрагмента.

Психотерапевт: Хорошо. Вы представляете, где это произошло?

[Психотерапевт проверяет ясность воспоминаний.]

Клиентка: В моем доме, первом. Я очень хорошо это помню. В доме, где я выросла.

Психотерапевт: Значит, у вас дома был день рождения? А другое воспоминание?

Клиентка: Не знаю.

Психотерапевт: Хорошо. Сколько ему было лет?

Клиентка: Наверное, за тридцать.

Психотерапевт: А вам было пять? Хорошо. Итак, мы говорим о ком-то, кому где-то за шестьдесят?

[Психотерапевт определяет параметры безопасности для будущей работы.]

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Хорошо. Когда вы говорите, что верите, что причиной кошмаров являются эти воспоминания, не могли бы вы быть более конкретной?

Клиентка: Ну, мужчины всегда пристают ко мне с сексуальными домогательствами.

Психотерапевт: Хорошо. Значит, это один и тот же сон, одни и те же люди?

[Психотерапевт пытается определить мишени, связанные с образами сновидений.]

Клиентка: Нет, разные, но на одну и ту же тему.

Психотерапевт: У вас остались яркие воспоминания о них?

[Психотерапевт пытается определить мишени для переработки.]

Клиентка: В самом последнем сне, что у меня был, на самом деле был не мой дядя, а мой отец. В моем сне — это был действительно плохой сон — он мастурбировал и использовал меня как фантазию для возбуждения. Я кричала ему во сне, чтобы он этого не делал.

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: Обычно это угроза, пробуждение и ощущение, будто кто-то находится в комнате и собирается причинить мне боль, кто-то вторгается в квартиру.

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: Один сон, который у меня был в детстве, был особенно пугающим. Мне приснилась группа мужчин, заходящих в дверь с угрозами и оружием. Одним из них был мой отец. Я знала, что мой отец работал в гараже, и что это был злой двойник, который маскировался под него. И это меня пугало в детстве.

Психотерапевт: Хорошо. Помимо продолжающихся кошмаров, как еще, по вашему мнению, вы можете пострадать сейчас?

[Психотерапевт провоцирует другие жалобы.]

Клиентка: Ну, у меня настоящая сверхбдительность. Знаете, очень трудно успокоиться. У меня много проблем в отношениях с мужчинами.

Психотерапевт: Какие именно?

Клиентка: Самые разные. Недавно я поняла, что предпочитаю выбирать мужчин, которые в некотором роде социопаты, как мой отец. Очень харизматичные, очень обаятельные, очень привлекательные и ни к кому по-настоящему не привязанные. У них романы с другими женщинами, и они лгут мне об этом. Я бы сказала, что обычно это мужчины, которые очень злобные, враждебные, проявляющие эмоциональное насилие.

Психотерапевт: Вы сейчас в отношениях?

Клиентка: Нет! (Смеется.)

Психотерапевт: Когда были последние отношения?

[*Психотерапевт* ищет отношения, которые можно использовать в качестве мишени.]

Клиентка: Около шести месяцев назад я пережила разрыв отношений. Это были отношения, которые продолжались восемь месяцев и были очень серьезными, и в них было все, что я только что описала. Он сказал, что влюбился в кого-то еще, и был очень жестоким. Это было действительно мучительно для меня, и теперь я действительно только сейчас справилась со своими переживаниями.

Психотерапевт: Хорошо. А как насчет отношений с вашим отцом сейчас?

Клиентка: Это сложный вопрос, потому что после случая с дядей я как бы отделила отца от себя. В моей семье отец был человеком, который заботился обо мне, наверное, больше, чем кто-либо другой. Мне всегда было очень трудно отделиться от отца, и — как бы это сказать? — я по-прежнему ощущаю с его стороны много тепла и заботы. Несколько лет назад я просто установила ограничения на его сексуальные комментарии и сказала ему, что не смогу проводить с ним время, если будет продолжать, и он прекратил.

[Нынешние отношения с отцом будут одной из мишеней.]

Психотерапевт: Вы сказали, что мужчины напоминали вашего отца с точки зрения социопатии. Как это проявилось в отношении к вам? А что конкретно случилось с вашим отцом?

Клиентка: Ну, через 25 лет он бросил мою мать, оставил записку и сбежал в Европу со своей девушкой, и, казалось, никогда не находил в этом ничего плохого. Любопытно, что моя мама начала лечение за пару лет до этого и начала меняться. Начала действительно приходить в себя и справляться с гневом. Мои отношения с мамой стали более здоровыми, чем когда-либо. Мы отбросили чепуху в сторону. Она все еще моя мать. Она до сих пор сводит меня с ума, но у меня с ней нормальные отношения.

Психотерапевт: Хорошо. Какие воспоминания отце отражают ваше беспокойство по поводу него?

Клиентка: Одна из первых вещей, которая приходит мне в голову: я выхожу за дверь, чтобы пойти на вечеринку, а мой отец посмотрел на меня и сказал: “На тебе слишком много макияжа”, а на мне вообще не было макияжа. Было ощущение, будто он сказал: “Не взрослей, не будь женщиной, не будь сексуальной, не будь с кем-то другим”.

[Эта воспоминание будет мишенью.]

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: Я действительно не думала об этом около 15 лет.

Психотерапевт: Хорошо. А как насчет вашей мамы?

Клиентка: Это воспоминание о том, как я буквально стояла на коленях, когда она кричала на меня, и спрашивала ее: “Чего ты от меня хочешь?”, а она не могла ответить.

[Эта воспоминание будет мишенью.]

Психотерапевт: Хорошо. Какие еще у вас есть отношения или воспоминания, которые усиливают ощущение того, что вы недостаточно хороши или бессильны?

[Вопросы самооценки и контроля будут выбраны в качестве мишеней и использованы для выявления негативных и позитивных когнитивных.]

Клиентка: Это обязательно должна быть семья? Может ли это быть кто-нибудь в моей жизни?

Психотерапевт: Что-то вроде топ-10 в хит-параде.

[В этом случае терапевтические проблемы кажутся ясными; в других случаях психотерапевт может спросить о 10 наиболее тревожных воспоминаниях, не предлагая конкретной когнитивной темы.]

Клиентка: Одни из отношений были с мужчиной, с которым я переспала несколько лет назад. Мы собирались заняться сексом, и он сказал мне в постели, что я просто его не завожу. Это меня поразило. Сейчас бы меня это не так сильно задело, но тогда это было действительно так.

[Эта воспоминание будет мишенью.]

Психотерапевт: Сколько вам было лет?

Клиентка: Может, двадцать три. В течение последних полутора лет я действительно вникаю в суть некоторых из этих вещей.

Психотерапевт: Что еще усиливает ваши чувства?

Клиентка: Расставание с мужчиной шесть месяцев назад. Это не было похоже на другие отношения, и он действительно обращался со мной, как с мусором.

Психотерапевт: Есть ли какое-нибудь воспоминание, которое могло бы это описать?

Клиентка: Как-то я сказала ему: “Ты меня обманул”, а он сказал: “Просто ты хочешь так думать”. И в его голосе было столько враждебности.

[Это может быть мишенью в зависимости от уровня беспокойства на более поздней стадии лечения.]

Психотерапевт: Хорошо. Есть еще что-то, что может усилить ваши чувства?

Клиентка: Да. У меня есть убеждение. Записываясь к вам на прием, я подумала, а почему бы мне не избавиться от всех своих кошмаров? Вы знаете, я отождествляю себя со своими кошмарами. Я отождествляю себя со своей эмоциональной травмой и своим настроением, и у меня есть одно убеждение, что я испорчена на всю жизнь. И что на каком-то уровне мой выбор профессии и мои отношения с мужчинами, все это вращается вокруг моей раны и травмы.

Психотерапевт: А что было бы, если бы вы не стали испорченной на всю жизнь?

[Психотерапевт исследует вторичную выгоду и мишени. Утверждение “Я испорчена на всю жизнь” также будет рассматриваться как негативная когниция.]

Клиентка: Вы знаете, у меня есть проблески этого. Я думаю, что у меня есть проблески очень неконкретного желания быть просто более радостной. Ощущение, что я заслуживаю любви и того хорошего, что уже есть в моей жизни. Возможность иметь хорошие, стабильные, здоровые отношения.

[Эти утверждения будут использоваться в терапевтических целях и преобразованы в позитивные когниции.]

Психотерапевт: Есть ли у вас какие-то особые воспоминания, когда вы чувствуете, что вам внушали, будто вы не заслуживаете любви и хорошего отношения?

[Эти негативные когниции. Они будут мишенями.]

Клиентка: Да. Главное наставление, которое я получила от мамы, это то, что я должна быть красивой. Я вспоминаю один случай так ясно, будто он произошел сегодня. Видите вот это пятнышко на моих штанах? У нее оно вызвало бы припадок гнева на целый час. Если я не выглядела идеально, не была красивой, поправлялась на пять фунтов, то она злилась на меня. А я ведь была худым ребенком, и у меня нет расстройства пищевого поведения, хотя у всех остальных женщины в моей семье оно есть.

[Реакция матери будет мишенью.]

Психотерапевт: Какого наилучшего результата, по вашему мнению, вы достигли за все годы психотерапии, которую вы прошли?

Клиентка: Осознание, что есть причина, по которой у меня плохие отношения с мужчинами. Раньше я никогда не понимала этого. Я хороший человек. Почему у меня плохие отношения? У меня прекрасные друзья. Я на самом деле повторяю паттерны, которые связаны с моим дядей, мамой, отцом и я действительно вижу, как я это делаю. Я хватаю себя за шиворот, когда чувствую, что вот-вот начну их повторять. Я со многими встречалась и пару раз споткнулась. Я встречалась с одним парнем, который был похож на этот паттерн, и мы очень быстро прошли весь цикл. Это произошло всего за несколько недель.

Психотерапевт: Вы упомянули чувства или мысли о том, что вы недостаточно хороши, бессильны или испорчены на всю жизнь. Чувство необходимости быть совершенной все еще имеет для вас смысл?

[Психотерапевт обобщает негативные когниции клиентки и ищет дополнительную информацию.]

Клиентка: Это приятное чувство. Я все еще его испытываю.

Психотерапевт: Какие конкретно воспоминания связаны у вас с этим чувством? Только гнев из-за пяти фунтов лишнего веса?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Хорошо. Есть ли другие убеждения, которые, по вашему мнению, управляли вами, например, необходимость быть красивой и совершенной, понимая при этом, что вы недостаточно хороши? Что-нибудь еще?

Клиентка: Мне действительно важно только то, как я выгляжу.

Психотерапевт: И какие воспоминания связаны с этим?

[Психотерапевт вызывает воспоминание, чтобы воздействовать на негативную когницию.]

Клиентка: Все. Вообще-то, это недавние воспоминания. Моя мама приехала в гости, и постоянно следила за тем, что я ем. Она повела меня по магазинам и сосредоточила свои комментарии на том, какая у меня красивая фигура, лучше, чем у всех остальных. Вас интересует что-то конкретное?

Психотерапевт: Да. Допустим, в детстве и позднее вам часто говорили, что о вас будут судить по внешнему виду. Если вы сгруппируете их и скажете: “Да, часто”, то кто вам это чаще говорил: мать или отец?

Клиентка: Оба.

Психотерапевт: Оба. Хорошо.

Клиентка: Мама чаще говорила: “Ты должна быть красивой”. Но, как видите, с моим отцом все было более тонко. Для того чтобы отец проявил внимание ко мне, я должна была быть в некотором роде женщиной. Мне нужно было проявлять сексуальность, чтобы заслужить заботу от отца, и я должна была быть красивой, чтобы получить какую-то ласку от моей мамы.

Психотерапевт: Хорошо. Итак, какие у вас есть воспоминания о необходимости быть сексуальной, чтобы заслужить внимание?

Клиентка: Я помню, как они оба просто стояли и говорили: “О, ты такая красивая”. Мне было 10 лет или около того. Я смотрела на фотографии, когда мне было 10 лет, и я была некрасивой. Я была очень

неуклюжей и ... но они считали иначе. В подростковом возрасте мой отец постоянно говорил по телефону о том, какая я сексуальная и нравлюсь людям, в особенности мужчинам, потому что я хорошенькая и что я, наверное, не оплачиваю штрафы за нарушение правил дорожного движения, потому что я красивая.

[Воспоминания о реакции родителей будут использоваться в качестве мишеней.]

Психотерапевт: Что касается снов, какой был последний сон?

Клиентка: Последним сном был сон о мастурбации моего отца.

Психотерапевт: А до этого?

Клиентка: Это был еще один сон с моим отцом. На самом деле, последние два кошмара были немного более сильными и страшными. Во сне я назначила свидание одному мужчине, но он не пришел. Я собиралась провести с ним ночь, а он не пришел, и я легла спать в одной комнате с отцом. Там была двуспальная кровать, цветы или что-то в этом роде. В другой части сна, которую я помню, я говорю ему, что хочу спать в своей постели.

Психотерапевт: Хорошо. Вы сказали, что сны возникают чаще, когда вы переживаете стресс. Что вас беспокоит?

[Психотерапевт пытается определить существующие стимулы.]

Клиентка: Я встречалась с одним человеком, и в течение последнего месяца наши отношения стали портиться. Мы оба поняли, что ни к чему хорошему не приведет, и тогда мне начали сниться сны. Если я вижу по телевизору что-нибудь, что связано с эмоциональной травмой, то начинаю переживать.

Психотерапевт: Какой конкретно травмой?

Клиентка: Сексуальной травмой.

Психотерапевт: Хорошо. Что-нибудь еще?

Клиентка: Думаю, это все.

Психотерапевт: Итак, стресс вызывает разрыв отношений или сексуальная травма, показанная по телевизору?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Как бы вы сейчас описали свою работу?

[Психотерапевт изучает альтернативные жалобы и системные проблемы.]

Клиентка: Моя работа... Я работаю в [крупной компании], и мне это нравится.

Психотерапевт: Хорошо. Что-нибудь еще?

Клиентка: Ничего конкретного.

Психотерапевт: Если мы продолжим EMDR-терапию, как вы узнаете, что мы достигли цели? Как вы определите, что лечение закончено?

[Цели, указанные клиентом, могут представлять собой поведенческие критерии для последующей оценки.]

Клиентка: Я хочу иметь возможность спать глубоко и мирно и по-настоящему разрушить представление о том, что я испорчена на всю жизнь, не заслуживаю любви и не могу ее иметь. Я хочу здоровых отношений.

Психотерапевт: Что-нибудь еще?

Клиентка: Больше радости в жизни.

Психотерапевт: Что-нибудь еще?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Когда у вас возникло убеждение “я не заслуживаю любви и не могу ее иметь”?

[Психотерапевт ищет мишень для негативной когниции.]

Клиентка: Я не думаю, что бывают случаи, когда это убеждение проявляется особенно ярко. Наверное, когда я очень нервничаю, много работаю и не получаю достаточно энергии. Конечно, во время последнего разрыва.

Психотерапевт: Есть ли что-нибудь еще в мужчинах, которых вы выбираете, помимо того факта, что они неспособны установить прочную связь?

[Психотерапевт исследует дополнительные проблемы.]

Клиентка: Я слишком много внимания уделяю внешности. То есть, если они будут красивыми, я буду встречаться с ними. Остальное я игнорирую. Другое дело, что я всегда с самого начала знаю, что это ошибка. Моя интуиция действительно хороша; она меня не подводит. Просто я к ней не прислушиваюсь и это стало для меня проблемой.

Психотерапевт: Расскажите подробнее.

Клиентка: Когда у меня были последние отношения, я помню, как сказала подруге: “Знаешь, я встречаюсь с этим парнем, но я знаю, что у него проблемы. Я не собираюсь связываться с ним”. И тут у меня заканчиваются отношения, которые продолжались восемь месяцев. Я не только подумала об этом, я сказала это вслух другому человеку. Теперь понятнее?

Психотерапевт: Так что же произошло между этим заявлением и тем временем, когда вы перестали встречаться с ним?

Клиентка: Он пришел с видом мажора. Он был действительно соблазнительным, и секс был хорош. Я просто сделала то, что сделала. Я просто отказалась от попыток контролировать ситуацию и отпустила события на самотек.

Психотерапевт: Что значит “отказались от попыток контролировать ситуацию”?

Клиентка: Это означает, что я не влияю на свое восприятие действительности. Как будто мой внутренний и внешний мир теряют конгруэнтность. Как будто у меня есть восприятие, а потом я его игнорирую и соглашаюсь с планом другого человека, с его повесткой дня.

Психотерапевт: А как насчет способности устанавливать границы, говоря: “Нет, я бы предпочла не делать этого” или “Я хочу сделать это вместо этого”, или заявлять о желании что-то сделать? Как у вас обстоят дела в отношениях?

[Психотерапевт ищет модели поведения, на которые можно нацелить внимание.]

Клиентка: Иногда я занимаюсь сексом с мужчинами, даже если знаю, что они мне не подходят. Я просто преодолеваю чувство, что это неправильно.

[Психотерапевт определяет это как поведение-мишень.]

Психотерапевт: Что вы от этого получаете?

Клиентка: Ничего. Просто следую старому паттерну как самому знакомому. Просто игнорирую, понимаете. Я имею в виду, что выросла в окружении таких же жестоких людей. Что я могла сделать, кроме как игнорировать свое восприятие? Это было слишком больно, и я все равно ничего не могла с этим поделать.

Психотерапевт: Что еще, кроме секса, даже если это неприятно?

Клиентка: Я действительно очень заботливая, и иногда я просто помогаю, помогаю и помогаю, вместо того, чтобы говорить: “Это твоя проблема, ты справишься с этим”.

[Психотерапевт определяет это поведение как потенциальную мишень, если она будет все еще вызывать проблемы на более позднем этапе терапии.]

Психотерапевт: А как насчет заботы о себе?

[Психотерапевт проверяет явные признаки саморазрушения или нестабильности.]

Клиентка: Я много занимаюсь этим. У меня была травма спины, но я действительно люблю много тренироваться, гулять пешком и принимать много горячих ванн.

Эта стенограмма свидетельствует о том, что клиентка страдает нарушениями сна и низкой самооценкой. Связанные с этим негативные когниции демонстрируют чувство неполноценности и отсутствия контроля. Негативная самооценка клиентки, по-видимому, является результатом возможного раннего совращения, а также дисфункциональных отношений между родителями и детьми. Эти трудности отчасти были причиной серии саморазрушительных и травмирующих отношений во взрослой жизни.

Инциденты, непосредственно связанные с отсутствием самоуважения у клиентки, будут переработаны на начальном этапе терапии. К ним относятся инциденты в более раннем детстве с участием ее матери и отца,

а также ряд недавних взаимодействий, которые усилили ее чувство неполноценности и испорченности. Особые кошмары, непосредственно связанные с чувством страха и неоднозначными эмоциями, связанными с мужчинами в ее жизни, также будут мишенями.

Аналогичная терапевтическая оценка, проводимая на основе анамнеза, полученного на глубине, эквивалентной той, которая была выявлена в приведенной выше расшифровке стенограммы, была бы необходима, если бы клиентка указала на расстройство пищевого поведения или призналась в употреблении психоактивных веществ, которые необходимо было непосредственно решить, поскольку в этих условиях применяются конкретные EMDR-протоколы.

Помимо выявления дисфункционального жизненного опыта, для психотерапевтов важно выявить положительный опыт клиента, чтобы облегчить переработку эмоциональной травмы и его подготовку. Позитивные ролевые модели и контрпримеры помогают раскрыть заблокированную переработку информации (глава 10) и дают психотерапевтам указание на полную историю болезни. Клиенты, которые не могут распознать положительный опыт и не имеют близких, обычно нуждаются в более длительном времени на подготовку и сильнее зависят от отношений с психотерапевтом. Для расширения базового процесса сбора анамнеза можно использовать широкий спектр вспомогательных средств, включая мультимодальную анкету истории жизни [Lazarus and Lazarus, 1991], функциональный анализ [Smyth and Poole, 2002], генограмму [Friedman, Rohrbaugh and Krakauer, 1988; McGoldrick, Gerson and Petry, 2008], анкету измененного личностного потенциала [Briere, 1996], анализ неблагоприятного детского опыта [Felitti et al., 1998] и анкеты [Young and Brown, 1994]. Все паттерны негативной реакции, наблюдаемые в настоящий момент, исследуются и прослеживаются к более ранним мишеням для переработки, с помощью вопросов: “Когда вы почувствовали это в прошлом? Какой самое раннее событие вы можете вспомнить, когда впервые почувствовали это?” Если ничего не приходит в голову, можно использовать технику перенесения в прошлое [Young, Zangwill and Behary, 2002]. Попросите клиента вспомнить недавний тревожный опыт, определить негативную когницию и заметить связанные с ней физические ощущения. Затем проинструктируйте его: “Теперь держите в уме образ и негативную когницию, обратите внимание на ощущения в своем теле,

позвольте своему разуму вернуться в прошлое и расскажите мне первую сцену, которая приходит в голову, в которой вы чувствовали это раньше”. Если не возникает никаких детских переживаний, можно использовать технику сканирования аффектов [Shapiro, 1995b]: “Вспоминая о недавнем тревожном переживании, обратите внимание на эмоции, которые вы испытываете прямо сейчас, и обратите внимание на то, что вы чувствуете в своем теле. Теперь позвольте вашему разуму вернуться в прошлое, когда вы, возможно, чувствовали это раньше, и просто обратите внимание на то, что приходит на ум”. Любые воспоминания, возникающие при использовании любого из этих методов, отмечаются как потенциальные мишени.

После того, как завершен сбор анамнеза, учтена вторичная выгода и достигнута соответствующая стабилизация, можно начинать переработку в соответствии с картиной симптомов клиента (см. также главы 8 и 11). Однако из-за эффекта обобщения не каждое воспоминание требует отдельной переработки. В большинстве случаев: 1) для начальной переработки не следует выбирать воспоминания до четырех или пяти лет; 2) события детства, как правило, следует рассматривать раньше воспоминаний подростка или взрослого, поскольку они являются вспомогательными для последующих воспоминаний; 3) фрагменты воспоминаний, особенно те, которые имеют в основном соматосенсорный характер, должны быть отложены в сторону до тех пор, пока не будет завершена переработка всех запомненных/содержащихся в памяти воспоминаний; 4) оказывается, для того чтобы устранить большую часть очевидной текущей дисфункции, обычно необходимо переработать не менее двух дюжин воспоминаний; 5) чтобы обеспечить комплексное и стабильное лечение, необходимо переработать остальные события прошлого, а также завершить второй (настоящее) и третий (будущее) этапы протокола (см. главу 8).

Как правило, терапию не следует считать завершенной до тех пор, пока все тревожные воспоминания, триггеры и недостатки не будут оценены для соответствующей переработки. EMDR-терапия может использоваться специально для устранения профиля симптомов, но психотерапевтам настоятельно рекомендуется помнить обо всей клинической картине и всесторонне изучать полную историю болезни пациента (см. главу 8). Клиенты могут предлагать только частичное описание

своих симптомов или травм из-за отсутствия ясности в отношении возможностей, существующих для высокофункциональных людей. Как отмечалось ранее, личностные характеристики уходят корнями в более ранние воспоминания, которые оставили клиента в детской перспективе и влияют на его состояние. Следовательно, многие дисфункциональные характеристики являются эго-синтонными для клиента, которому не хватает соответствующего взрослого развития и перспектив. Таким образом, переработка всех дисфункциональных воспоминаний может служить полезной функцией и не требует многих лет из-за способности группироваться и обобщать лечебный эффект. Тем не менее, несмотря на то, что положительные аффекты и поведение после переработки воспоминаний возникают автоматически, для оптимизации эффектов переработка должна включать введение новых, положительных социальных моделей поведения и поведения в отношениях. Следовательно, любой недостаток образования и опыта должен быть оценен с точки зрения исправления в будущем.

ПРАКТИКА ПОД РУКОВОДСТВОМ ОПЫТНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Инструкторы могут руководить студентами в выполнении практических заданий по сбору истории и пересматривать последующие планы лечения. Надлежащий отбор клиентов является настолько важной частью лечения и безопасности клиентов, что инструкторам рекомендуется проверять знания студентов о показателях осторожности и критериях недопущения. Для этой цели могут быть полезными контрольные списки клиентов из приложения А.

РЕЗЮМЕ И ВЫВОДЫ

EMDR-терапия — это высокоинтерактивный подход, требующий от психотерапевта чувствительности и гибкости. Важно, чтобы отбор клиентов проводился должным образом из-за характера неразрешенного, диссоциированного материала, который может спонтанно возникать во время лечения, и интенсивности эмоциональных переживаний, которые могут возникнуть. Таким образом, психотерапевты должны

применять EMDR-терапию только для клиентов, которые обладают достаточной стабильностью и соответствующими жизненными условиями, позволяющими им справиться с возможными абреактивными реакциями и тревожными аффектами, которые могут возникнуть между терапевтическими сессиями.

Безопасность клиента требует, чтобы психотерапевт оценил такие терапевтические факторы, как клинические отношения, условия жизни, включая юридические тонкости и потребность в отношениях, вопросы стабилизации, включая потребности в госпитализации и лекарствах, двойной диагноз, физические ограничения и способность клиента использовать процедуры релаксации. Перед попыткой провести EMDR-терапию также необходимо провести надлежащий скрининг на диссоциативные расстройства (см. приложение Д).

В общей клинической практике EMDR-терапия не должна осуществляться при отсутствии адекватного анамнеза клиента, клинических отношений, которые включают раппорт и комфорт клиента, адекватных клиентских ресурсов и плана лечения. План лечения должен определять конкретные цели, включая аспекты вторичной выгоды, которые следует последовательно решать. Для большинства клиентов полезно выделить 10 самых тревожных воспоминаний из детства и оценить весь спектр неблагоприятных жизненных событий, которые могут способствовать неоптимальному функционированию. По сути, психотерапевт должен установить на протяжении всей клинической картины прошлые воспоминания, которые приводят в действие патологию, людей из настоящего времени и ситуации, которые стимулируют дисфункцию, а также компоненты, необходимые для позитивного адаптивного шаблона адекватного будущего поведения. Если симптомы, способствующие факторы и исходный уровень дисфункции не будут должным образом оценены, клиническая эффективность будет ограничена. EMDR-терапия — это не одноразовая терапия, и психотерапевт должен иметь четкое представление о проблемных областях клиента и последовательности, в которой они должны быть выбраны в качестве мишеней. Различные клинические вспомогательные средства, помогающие при сборе анамнеза, планировании лечения и выборе клиентов, приведены в приложении А.