



DOKUMENT ODNOŚNIE DOWODÓW NAUKOWYCH TERAPII EMDR

KRÓTKI OPIS

Badacze przedstawiają istotne badania kontrolowane, metaanalizy i przeglądy systematyczne, które dostarczają naukowego poparcia dla terapii EMDR.

Benedikt Amann, Alicia Valiente, Ana Moreno, Miguel Angel Santed, Anabel Gonzalez

Tłum. Radosław Tomalski

Podsumowanie dowodów naukowych terapii EMDR

1 CO OZNACZA, ŻE METODA LECZENIA JEST POPARTA DOWODAMI NAUKOWYMI?

Kiedy analizuje się, czy dana forma leczenia jest skuteczna czy też nie, lub czy jest bezpieczna, czy nie, nie wystarczy, żeby osoba prowadząca to leczenie potwierdziła, że tak jest. Niekiedy można spotkać się z zapewnieniem co do skuteczności danej terapii z zamiarem jej sprzedaży i tym samym uzyskania korzyści ekonomicznych. W innych sytuacjach, pełni dobrych intencji terapeuci bronią zażarcie danej metody gdyż „w ich doświadczeniu” przyniosło ono dobre rezultaty. Wszystko to jednak może być mylące, a pacjenci oraz szkolący się terapeuci, często narażeni są na mało wiarygodne informacje.

Nawet doświadczenie wiarygodnego znajomego, który twierdzi, że odniósł korzyści z leczenia, nie przyda nam się na wiele. Po pierwsze, problem dwóch różnych pacjentów może się różnić, nawet jeśli diagnoza jest podobna. Po drugie, potwierdzono, że we wszystkich formach leczenia, zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych, a nawet w neurochirurgii, efekt sugestii jest bardzo istotny. Jeśli ktoś ma przekonanie, że leczenie mu pomoże lub ma zaufanie do osoby prowadzącej to leczenie, pomyślny efekt tego leczenia jest o wiele bardziej prawdopodobny.

Zatem, jeśli jest się pacjentem, to jak stwierdzić, które terapie działają, a które nie? A jeśli jest się terapeutą, to jak zdecydować jakie szkolenie terapeutyczne podjąć? W odpowiedzi na te pytania musimy odwołać się do **dowodów naukowych**.

Aby zapobiec tendencyjności wyników, zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta, w nauce realizuje się **badania kontrolowane**. W takich badaniach porównuje się zawsze grupę osób, które otrzymują leczenie z grupą osób, które go nie otrzymują, albo otrzymują inne leczenie, do którego porównywane jest to pierwsze. Najściślej kontrolowane badania to takie, w których pacjenci przydzielani są losowo do obu grup. Badania te nazywane są randomizowanymi badaniami kontrolowanymi.

Uważa się, że dana forma leczenia posiada pewne dowody naukowe, gdy istnieje przynajmniej jedno dobrze zaprojektowane badanie kontrolowane, w którym wykazany jest jego istotny efekt w porównaniu do grupy kontrolnej (zwany w statystyce rozmiarem efektu). Ale nawet w takiej sytuacji badanie może wykazywać efekty leczenia ze względu na wpływ wielu czynników (rodzaj wybranych pacjentów, zmienne, które nie zostały zarejestrowane, czynniki osobowe badaczy ...), dlatego też tylko wtedy, gdy istnieją **dwa lub trzy kontrolowane badania, możemy zacząć twierdzić, że dane leczenie posiada dowody naukowe**. W takiej sytuacji zaczyna być określane jako **leczenie z wyboru**.

W nauce zawsze istnieje pewna zmienność między badaniami, gdyż jak wyjaśniliśmy wcześniej, na ich wyniki wpływ ma bardzo wiele różnych czynników. Należy więc przeanalizować wyniki wszystkich dostępnych badań, aby móc wyciągać wnioski na temat jakiejś formy leczenia i nigdy nie należy formułować opinii na temat jakiejś interwencji terapeutycznej na podstawie jednego wybranego badania, niezależnie czy przemawia ono na korzyść metody, czy na jej niekorzyść. Dopiero, kiedy w wielu badaniach, wykonanych w różnych miejscach, u różnych pacjentów i przez różne grupy badaczy będziemy uzyskiwać wyniki dające poparcie danej metody zmierzające w jednym kierunku, możemy zacząć ustalać kryterium. Nazywamy to posiadaniem **znacznej ilości dowodów**. Równowaga między wynikami wszystkich badań dobrej jakości, które istnieją na danym obszarze jest przeprowadzana w dwóch rodzajach publikacji, w których badacz analizuje wszystkie te dane według rygorystycznych kryteriów, które są nazywane **metaanalizami** i **przeглядami systematycznymi**. Jednakże nauka stale się rozwija i wiedza ciągle postępuje naprzód. Z tego względu za najbardziej wiarygodne metaanalizy i przeglądy systematyczne uważa się te najnowsze, ponieważ obejmują większość opublikowanych do tej pory adekwatnych badań.

Dana forma leczenia może posiadać poparcie w dowodach naukowych i być uznawana za leczenie z wyboru w jakiejś konkretnej patologii, ale nie w innej. Nie wszystkie formy leczenia mają podobną wartość we wszystkich zaburzeniach, ani też nie są skuteczne w podobnym stopniu. Oznacza to, że dane leczenie ma **wskazanie dla określonej choroby lub problemu**. Informacje te są gromadzone w tak zwanych **zaleceniach dotyczących praktyki klinicznej** lub **zaleceniach dotyczących leczenia opartego na dowodach**. Są w nich dokonywane okresowo analizy dowodów naukowych, w szczególności badań kontrolowanych, publikowanych w czasopismach o odpowiednim poziomie rygoru metodologicznego oraz określane są zalecane metody leczenia i poziom ich rekomendacji.

W dalszej części dokumentu zbierzemy badania dające poparcie dla zastosowania terapii EMDR w zaburzeniu stresowym pourazowym (PTSD) i w innych patologiach. Jak można się przekonać, w odniesieniu do stresu pourazowego ogromna większość badań kontrolowanych wykazuje kliniczne efekty terapii EMDR, co najmniej porównywalne do innych metod leczenia traumy. Poza zastosowaniem w PTSD, zaczynamy dysponować dowodami na skuteczność terapii EMDR w wielu innych formach patologii, między innymi w depresji, schizofrenii lub bólu przewlekłym. W niniejszym dokumencie zebrane zostały dane, które dostarczają poparcia dla poniższych stwierdzeń:

1. Istnieje wiele **randomizowanych badań kontrolowanych** terapii EMDR, które wykazują skuteczność kliniczną tej formy psychoterapii.
2. Skuteczność ta znajduje odzwierciedlenie w kilku **metaanalizach i przeglądach systematycznych**.
3. Najnowsze metaanalizy pokazują, że **ruchy gałek ocznych** objęte procedurami EMDR są **aktywnym składnikiem** tej psychoterapii.
4. EMDR jest **uznawany w większości międzynarodowych zaleceń klinicznych** za jeden z najlepszych sposobów leczenia zespołu stresu pourazowego.
5. W najnowszych wytycznych klinicznych EMDR ma coraz więcej **wskazań do stosowania w innych chorobach**, takich jak depresja, a ponadto posiada coraz więcej kontrolowanych badań odnośnie innych zaburzeń.

2 JAK PRZYGOTOWANO PONIŻSZY RAPORT?

Sygnatariuszami tego dokumentu są specjaliści (psychiatrzy i psychologowie) z długą karierą naukową, pracujący w hiszpańskich instytucjach publicznych (szpitalach i uniwersytetach). W jednej z części niniejszego dokumentu swoją opinię na temat naukowych podstaw terapii EMDR przedstawiają również naukowcy o międzynarodowej renomie.

Dokument ten podsumowuje krótko:

- 1) Czym jest terapia EMDR w odniesieniu do najważniejszych hipotez odnośnie mechanizmów jego działania.
- 2) Randomizowane badania kontrolowane w zaburzeniu stresowym pourazowym.
- 3) Przeglądy systematyczne i metaanalizy randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących zaburzenia stresowego pourazowego

- 4) Towarzystwa międzynarodowe, które rekomendują użycie EMDR w zaburzeniu stresowym pourazowym.
- 5) Instytucje publiczne i prywatne, które finansują projekty badawcze (z badaniami zarejestrowanymi w ClinicalTrials).

Przegląd obejmuje istotne prace badawcze przeprowadzone do grudnia 2018 r.

3 WPROWADZENIE

Terapia psychologiczna EMDR (akronim z angielskiej nazwy Eye Movement Desensitization and Reprocessing) została opracowana pod koniec lat '80 XX przez amerykańską psycholog Francine Shapiro, w celu przepracowania wspomnień urazowych i związanych z nimi objawów stresu. EMDR jest ośmioletnim leczeniem psychologicznym złożonym ze standardowych protokołów i procedur mających zastosowanie zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Osiem faz (wywiad od pacjenta, przygotowanie pacjenta, ocena pierwotnych aspektów wspomnienia, desensytyzacja wspomnienia urazowego, instalacja przekonania pozytywnego, skan ciała, zamknięcie i reewaluacja) oraz protokół w linii czasowej przeszłość – teraźniejszość – przyszłość, ułatwiają kompleksową ocenę obrazu wspomnienia urazowego, przygotowanie pacjenta i przetworzenie 1) przeszłych wydarzeń, które stworzyły podstawę dla rozwinięcia się zaburzenia, 2) obecne niepokojące sytuacje i 3) wyzwiań lub możliwych przyszłych bodźców które mogłyby przyczynić się do wystąpienia objawów (F. Shapiro, 2001).

Gdy ocenia się pacjenta z tej perspektywy, poszukiwane są doświadczenia, które przyczyniły się do obecnego problemu danej osoby. Doświadczenia te mogą być poważnymi traumatycznymi zdarzeniami, takimi jak wypadek lub agresja, lub bardziej codziennymi sytuacjami, takimi jak relacje ze znaczącymi ludźmi w życiu. Te ostatnie doświadczenia mają związek z tak zwaną traumą interpersonalną, a także z koncepcją dysfunkcyjnego przywiązania. Dowody naukowe na wpływ traumy dziecięcej na rozwój problemów medycznych i psychologicznych w czasie życia są na dzień dzisiejszy bardzo silne. W większości zaburzeń można dostrzec udział tych dysfunkcyjnych form uczenia się. To oczywiście nie wyklucza znaczenia innych wpływów, takich jak czynniki genetyczne, toksyczne lub społeczno-kulturowe. EMDR, podobnie jak inne terapie zorientowane na traumę, koncentruje swoją pracę na identyfikowaniu, uzyskiwaniu dostępu i przetwarzaniu tych doświadczeń, które są podstawą patologii i które nie zostały przetworzone.

Szczególną cechą tej techniki jest to, że jej teoretyczno-praktyczne połączenie różnych orientacji psychologicznych obejmuje bilateralną stymulację, w większości przypadków za pomocą poziomych, sakadycznych **ruchów gałek ocznych**, w celu odczulenia dyskomfortu spowodowanego traumatycznymi wspomnieniami i w konsekwencji uzyskania ponownego przetworzenia oraz ich integracji z normalnymi wspomnieniami biograficznymi pacjenta (F. Shapiro, 2001). Jest to nietypowy element procedur psychoterapeutycznych, który doprowadził do wątpliwości i pytań związanych z tą psychoterapią. Jednakże po licznych badaniach naukowych najnowsza metaanaliza (Lee i Cuijpers, 2013) stwierdza, że ruchy gałek ocznych

wpływają na leczenie, i że efekt ten jest istotny. Używając terminologii statystycznej można określić wielkość efektu dla ruchów gałek ocznych jako dużą oraz istotną, gdy analizowane są tylko same ruchy, oraz umiarkowaną i istotną, jeśli uwzględniono ją w leczeniu klinicznym, na które może mieć wpływ wiele innych zmiennych. Dlatego też, **na dzień dzisiejszy dowody naukowe potwierdzają rolę ruchów gałek ocznych w przetwarzaniu wspomnień i w leczeniu EMDR.**

Jedną z głównych zalet EMDR jest to, że zarówno jego standardowy protokół, jak i protokoły specyficzne do leczenia różnych problemów psychologicznych lub psychiatrycznych są dobrze znormalizowane i potwierdzone naukowo, co ułatwia zarówno jego kliniczne zastosowanie, jak i badania naukowe (Novo i in., 2018). Terapia EMDR od samego początku starała się oprzeć swoje procedury na badaniach.

4 MECHANIZM DZIAŁANIA EMDR

W ostatnich latach stosowanie terapii EMDR, zarówno w praktyce klinicznej, jak i w dziedzinie badań, gwałtownie wzrosło na całym świecie, co nieuchronnie doprowadziło do **znacznego wzrostu liczby publikacji naukowych potwierdzających jej skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu niektórych patologii.** W ostatnich latach **wiele z tych publikacji koncentrowało się na badaniu mechanizmów działania leżących u podstaw tej formy psychoterapii,** aby odpowiedzieć na różne postawione dotychczas hipotezy, co wskazuje, że społeczność naukowa jest coraz bardziej zainteresowana poznawaniem terapii EMDR. Tak więc systematyczny przegląd opublikowany niedawno w czasopiśmie *Frontiers in Psychology* (Landin-Romero, Moreno-Alcazar, Pagani i Amann, 2018) gromadzi i podsumowuje wyniki 87 randomizowanych i kontrolowanych badań klinicznych zorganizowanych w trzech szerokich kategoriach według różnych hipotez wyjaśniających skuteczność EMDR:

- 1) **Hipotezy oparte na modelach psychologicznych:** hipoteza dotychczas najszerzej akceptowana opiera swoje wyjaśnienie na **modelu pamięci roboczej** Baddeleya i Hitcha (Baddeley & Hitch, 1974). Według tych autorów posiadamy „centralny system wykonawczy” odpowiedzialny za integrację i koordynację informacji przechowywanych w różnych podsystemach, w tym pętlę fonologiczną, w której przechowywane są informacje werbalne i słuchowe, oraz szkicownik wzrokowo-przestrzenny odpowiedzialny za utrzymanie informacji wizualnych lub przestrzennych i manipulację nimi. Zgodnie z tym modelem, podwójne zadanie wynikające z ruchów gałek ocznych i utrzymywania obrazu wspomnienia wyczerpuje możliwości szkicownika wzrokowo-przestrzennego i centralnego systemu wykonawczego. Wskutek tego, konkurencja w zasobach sprzyja degradacji wspomnienia, przez co jest ono mniej emocjonalne i żywe, więc daje pacjentowi poczucie dystansu od traumatycznego zdarzenia.

- 2) **Hipotezy oparte na modelach psychofizjologicznych:** w obrębie tej kategorii spotykamy się zasadniczo z dwoma różnymi modelami wyjaśniającymi. W pierwszym z nich autorzy postulują, że ruchy gałek ocznych i zadanie podwójnej uwagi promują zmiany psychofizjologiczne w organizmie, **sprzyjając zmniejszeniu pobudzenia poprzez aktywację przywspółczulnego układu nerwowego**. Hipoteza ta opiera się na zmianach zaobserwowanych w różnych badaniach, między innymi na spowolnieniu akcji serca, zmniejszeniu reakcji galwanicznej skóry oraz modyfikacji wzorca oddychania zgodnej z reakcjami relaksacyjnymi. Druga z przedstawionych propozycji dowodzi, że ruchy gałek ocznych powodują **zmiany fizjologiczne podobne do tych, jakie zachodzą podczas fazy snu REM** (szybkie ruchy gałek ocznych, ang. *rapid eye movements*). Model ten utrzymuje, że integracja pamięci epizodycznej z pamięcią semantyczną zachodzi podczas snu. Powtarzające się bilateralne ruchy gałek ocznych aktywowałyby mechanizmy neurologiczne podobne do mechanizmów fazy REM poprzez **reakcję orientacyjną**, umożliwiając w ten sposób integrację traumatycznych wspomnień.
- 3) **Hipotezy oparte na modelach neurobiologicznych.** W ostatnich latach, wraz z postępem i zastosowaniem technik neuroobrazowania, przeprowadzono badania naukowe w celu lepszego zrozumienia neuronalnych podstaw skuteczności terapii EMDR. Chociaż mechanizm działania tej terapii nie jest jeszcze dokładnie znany, **w funkcjonalnych badaniach neuroobrazowych zaobserwowano przywrócenie kontroli korowej, szczególnie obszarów czołowych, nad strukturami podkorowymi układu limbicznego, takimi jak ciało migdałowate, których aktywność jest zbyt duża.**

5 DOWODY NAUKOWE

W ostatnich latach terapia EMDR zyskała znaczną popularność wraz ze wzrostem ilości wyszkolonych terapeutów, a w konsekwencji znacznym wzrostem jej zastosowania klinicznego w różnych krajach europejskich (McGuire, Lee, & Drummond, 2014). Warto również zauważyć, że w ostatnim dziesięcioleciu miał miejsce **znaczący wzrost ilości publikacji naukowych indeksowanych w PubMed, w którym skuteczność EMDR została porównana z innymi dobrze ugruntowanymi i zaakceptowanymi terapiami psychologicznymi**, w tym terapią poznawczo-behawioralną (CBT), terapią ekspozycyjną i terapią narracyjną. Poniżej znajduje się podsumowanie obecnego stanu wiedzy w tym zagadnieniu.

5.1 RANDOMIZOWANE I KONTROLOWANE BADANIA KLINICZNE

Randomizowane kontrolowane badania kliniczne (RCT) odpowiadają najwyższemu poziomowi dowodów naukowych, ponieważ pozwalają kontrolować możliwe zniekształcenia, które mogą pojawiać się w badaniu klinicznym. Są to procedury medyczne, które pozwalają wykazać naukową skuteczność leczenia i / lub interwencji terapeutycznej. Należy pamiętać, że potrzebne są co najmniej dwa lub trzy kontrolowane badania, aby uznać, że leczenie ma dowody naukowe.

Obecnie istnieją trzydzieści cztery RCT, które wykazują skuteczność terapii EMDR w leczeniu PTSD, 25 w populacji dorosłych (Acarturk et al., 2016; Arabia, Manca, & Solomon, 2011; Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L. & Muraoka, 1998; Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Högberg et al., 2007; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Jarero, Uribe, Artigas, & Givaudan, 2015; Jarero, Artigas, & Luber, 2011; C. Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis, & Sakai, 2004, 1997; Nijdam et al., 2018; Nijdam, Gersons, Reitsma, De Jongh, & Olf, 2012; Power et al., 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Sack et al., 2016; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998; E. Shapiro & Laub, 2015; F. Shapiro, 1989; Taylor et al., 2003; Ter Heide, Mooren, Van De Schoot, De Jongh, & Kleber, 2016; Van Der Kolk et al., 2007; Vaughan et al., 1994; Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, 1995) **i 9 w populacji dzieci i młodzieży** (Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002; de Roos et al., 2011, 2017; Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino, & Lindauer, 2015; Fernandez, Abbasnejad, Mahani, & Zamyad, 2007; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004; Kemp, Drummond, & McDermott, 2010; Soberman, Greenwald, & David, 2002) (tabela 1). Podobnie, **poza leczeniem PTSD, w RCT zaobserwowano, że terapia ta jest skuteczna i bezpieczna w leczeniu istotnych zdarzeń traumatycznych u osób z innymi współistniejącymi schorzeniami psychicznymi** (Behnamoghdam, Alamdari, Behnamoghdam, & Darban, 2015; Gerhardt et al., 2016; Hase et al., 2015, 2018; Hase, Schallmayer, & Sack, 2008; Novo et al., 2014; Perez-Dandieu & Tapia, 2014; Wanders, Serra, & de Jongh, 2008) (tabela 2). W nawiązaniu do tego systematyczny przegląd opublikowany niedawno w czasopiśmie *Frontiers in Psychology* obejmuje dużą część tych badań, dostarczając poparcia dla skuteczności i bezpieczeństwa EMDR w tych sytuacjach klinicznych (Valiente-Gómez et al., 2017).

5.2 PRZEGLĄDY SYSTEMATYCZNE I METAANALIZY

Zarówno przeglądy systematyczne, jak i metaanalizy są procesami metodologicznymi, które pozwalają na ilościowy, systematyczny, obiektywny i naukowy przegląd zestawu pierwotnych badań lub randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) na dany temat (Marín Martínez, Sánchez Meca, & López López, 2009). Dokonuje się w nich przeglądu badań, które spełniają kryteria jakości wystarczająco, by móc wziąć je pod uwagę, a także analizuje się przedstawione w nich dowody. W odniesieniu do wszystkich terapii znaleźć można badania z pozytywnymi, jak i niekorzystnymi wynikami, ponieważ na wyniki może wpływać wiele czynników. Dlatego też w

metaanalizach i przeglądach systematycznych staramy się zidentyfikować wszystkie ważne badania i dokonać całościowej analizy, zarówno wyników pozytywnych, jak i negatywnych. Dopiero z całości bilansu tych badań można wyciągnąć wnioski. Chociaż początkowe metaanalizy, kiedy było bardzo niewiele badań, nie znalazły dowodów na skuteczność terapii EMDR, to w ostatnich latach i przy wielu innych opublikowanych badaniach, ogólnie rzecz biorąc metaanalizy i przeglądy systematyczne potwierdzają skuteczność EMDR, co najmniej taką, jaką mają inne terapie uznane w obszarze traumy.

Wedle naszej wiedzy **opublikowano dziesięć przeglądów systematycznych** (Bisson, 2007; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013; Forman-Hoffman et al., 2018; Gillies et al., 2016; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2012; Jonas et al., 2013; Pilz, Hartleb, Konrad, Reininghaus, & Unterrainer, 2017; Purgato et al., 2018; Sin, Spain, Furuta, Murrells, & Norman, 2017; Valiente-Gómez et al., 2017) **i dwadzieścia metaanaliz** (Bandelow et al., 2015; Benish, Imel, & Wampold, 2008; Bisson et al., 2007; Boccia, Piccardi, Cordellieri, Guariglia, & Giannini, 2015; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & D, 2005; Brown et al., 2017; L. Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015; Y. R. Chen et al., 2014; Cusack et al., 2016; Davidson & Parker, 2001; Ehling et al., 2014; Haagen, Smid, Knipscheer, & Kleber, 2015; Khan et al., 2018; C. W. Lee & Cuijpers, 2013; Moreno-alcázar et al., 2017; Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer, & Stams, 2009; Seidler GE & Wagner FE, 2006; Thompson, Vidgen, & Roberts, 2018; Van Etten & Taylor, 1998; Watts et al., 2013) odnośnie **skuteczności EMDR w leczeniu PTSD w populacji dorosłych oraz dzieci od roku 2001 aż do teraz** (tabela 3). **Większość wyników tych badań sugeruje, że terapia EMDR jest równie skuteczna, jak inne podejścia psychologiczne, takie jak CBT, CBT skoncentrowane na traumie, terapia ekspozycyjna lub terapia narracyjna. Jednak znaleźliśmy również artykuły wskazujące na wyższość EMDR w stosunku do CBT, jeśli chodzi o zmniejszenie objawów PTSD i lęku, lub pojedynczy przegląd, który pokazuje odwrotne wyniki, wyższość CBT w stosunku do EMDR i terapii ekspozycyjnej oraz narracyjnej.**

Tabela 1: Randomizowane badania kontrolowane nad EMDR w leczeniu PTSD i PTSD współwystępującego z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi.

Autorzy i rok publikacji	Zaburzenie	Grupa badana	Wyniki
Nijdam et al., (2018)	PTSD	Dorośli	Zarówno krótka psychoterapia eklektyczna, jak i EMDR zmniejszają objawy pourazowe, bez różnic między nimi.
De Roos et al., (2017)	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR i CBT to krótkie i skoncentrowane na urazach leczenie, które dało równoważne wskaźniki remisji dla PTSD
Ter Heide et al., (2016)	PTSD	Dorośli	Używanie EMDR u uchodźców jest bezpieczne
Acarturk et al., (2016)	PTSD + objawy depresyjne	Dorośli	EMDR może być skuteczny w zmniejszaniu objawów PTSD i depresji u uchodźców syryjskich
Sack et al., (2016)	PTSD	Dorośli	Skuteczność EMDR z wariantami w jego stosowaniu w odniesieniu do ruchu gałek ocznych
Jarero et al., (2015)	nowe rozp. PTSD	Dorośli	Protokół EMDR dotyczący świeżych traumatycznych zdarzeń okazał się skuteczny w zmniejszaniu ostatnich objawów
Shapiro et al., (2015)	nowe rozp. PTSD	Dorośli	Protokół EMDR dotyczący świeżych zdarzeń traumatycznych skutecznie zmniejszył objawy PTSD w ciągu tygodnia i w ciągu trzech miesięcy po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego.

Diehle et al., (2014)	Objawy związane z traumą	Dzieci i młodzież	EMDR i CBT wykazały znaczne zmniejszenie we wszystkich pomiarach, ale korzyści z leczenia EMDR uzyskano w mniejszej liczbie sesji.
Nijdam et al., (2012)	PTSD	Dorośli	Chociaż oba sposoby leczenia są skuteczne, EMDR jest szybszy w porównaniu do bardziej stopniowej poprawy wykazanej przez krótką psychoterapię eklektyczną.
De Roos et al., (2011)	PTSD	Dzieci i młodzież	Zarówno CBT, jak i EMDR są skuteczne w leczeniu PTSD u dzieci.
Jarero et al., (2011)	nowe rozp. PTSD	Dorośli	Protokół EMDR dotyczący świeżych zdarzeń traumatycznych okazał się skuteczny w zmniejszaniu ostrych objawów. Ta poprawa utrzymywała się po 12 tygodniach obserwacji.
Arabia et al., (2011)	PTSD + objawy depresyjne i lękowe po zawale m. serc.	Dorośli	EMDR był bardziej skuteczny niż terapia ekspozycyjna w zmniejszaniu objawów PTSD, depresji i lęku.
Kemp et al., (2010)	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR jest przydatny w leczeniu PTSD u dzieci.
Van der Kolk et al., (2007)	PTSD	Dorośli	Interwencja z EMDR była bardziej skuteczna niż farmakoterapia (fluoksetyna) w osiągnięciu trwałego zmniejszenia objawów PTSD i depresji.

Högberg et al., (2007)	PTSD	Dorośli	EMDR ma krótkoterminowy wpływ na PTSD u pracowników transportu publicznego narażonych na traumatyczne zdarzenia zawodowe.
Ahmad et al., (2007)	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR jest przydatną strategią u dzieci z historią PTSD.
Fernández et al., (2007)	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR skutecznie zmniejszał objawy związane z PTSD.
Rothbaum et al., (2005)	PTSD	Dorośli	EMDR i terapia ekspozycji były równie skuteczne w leczeniu PTSD u ofiar gwałtu.
Marcus et al., (2004)	PTSD	Dorośli	Niewielka liczba sesji EMDR była wystarczająca do uzyskania znacznych efektów, które utrzymywały się przez dłuższy czas obserwacji.
Jaberghaderi et al., (2004)	PTSD	Kobiety 12-13 rż	Zarówno CBT, jak i EMDR mogą pomóc dziewczętom wyzdrowieć ze skutków nadużycia seksualnego, a ustrukturyzowane leczenie urazów można zastosować u dzieci w Iranie.
Taylor et al., (2003)	PTSD	Dorośli	EMDR był bardziej skuteczny niż terapia ekspozycją i trening relaksacyjny w leczeniu PTSD.
Ironson et al., (2002)	PTSD	Dorośli	EMDR był bardziej skuteczny niż terapia ekspozycyjna w leczeniu PTSD
Lee et al., (2002)	PTSD	Dorośli	EMDR był bardziej skuteczny niż terapia ekspozycyjna w leczeniu PTSD

Power et al., (2002)	PTSD	Dorośli	Zarówno EMDR, jak i terapia ekspozycyjna z restrukturyzacją poznawczą były skuteczne, chociaż do osiągnięcia efektu potrzebnych było mniej sesji EMDR, a większą poprawę zaobserwowano w odniesieniu do objawów depresyjnych i funkcjonowania społecznego.
Soberman et al., (2002)	PTSD	Mężczyźni 10-16 rż	Skuteczne leczenie urazu może prowadzić do zmniejszenia problemów behawioralnych w tej populacji, w porównaniu do zwykłego leczenia.
Chemtob et al., (2002)	PTSD	Dzieci i młodzież	Interwencja EMDR jest przydatna dla dzieci z PTSD związanym z katastrofami.
Edmond et al., (1999)	PTSD	Kobiety	EMDR skutecznie zmniejszał objawy PTSD, utrzymując poprawę podczas 3-miesięcznej wizyty kontrolnej.
Carlson et al., (1998)	PTSD	Dorośli	EMDR był skuteczny w leczeniu PTSD byłych kombatantów z trwałym efektem leczenia.
Scheck et al., (1998)	PTSD	Kobiety 16-25 rż	Wyniki skuteczności korzystne dla leczenia EMDR.
Marcus et al., (1997)	PTSD	Dorośli	Jedna sesja EMDR wystarczyła dla 100% pacjentów z pojedynczym urazem i 77% z wieloma urazami, aby przestać spełniać kryteria PTSD.
Rothbaum et al., (1997)	PTSD	Dorośli	3 sesje EMDR wystarczały do wyeliminowania objawów PTSD u 90% ofiar gwałtu.

Wilson et al., (1995)	PTSD	Dorośli	Terapia EMDR skutecznie utrzymywała swoje efekty po 15 miesiącach obserwacji z remisją diagnozy PTSD u 84% osób.
Vaughan et al., (1994)	PTSD	Dorośli	Zarówno EMDR, jak i trening habituacji obrazu oraz relaksacja mięśni były skuteczne w leczeniu PTSD.
Shapiro et al., (1989)	PTSD	Dorośli	EMDR skutecznie zmniejszał objawy związane z PTSD. Ta poprawa utrzymywała się przez trzy miesiące.

Tabela 2. Randomizowane badania kontrolowane nad EMDR w leczeniu innych stanów psychiatrycznych.

Autorzy i rok publikacji	Zaburzenie	Grupa badana	Wyniki
Wanders et al., (2008)	Poczucie wartości problemy z zachowaniem	Dzieci i młodzież	Zarówno terapia EMDR, jak i CBT były skuteczne w poprawie samooceny i problemów behawioralnych. Jednak dzieci, które otrzymały terapię EMDR, utrzymywały długoterminową poprawę, podczas gdy dzieci z grupy CBT nie.
Gerhardt (2016)	Przewlekły ból pleców	Dorośli	EMDR może być przydatny u pacjentów z nieswoistym przewlekłym bólem pleców
Novo et al., (2014)	Zaburzenie dwubiegunowe + istotne wydarzenia traumatyczne	Dorośli	EMDR może pomóc w leczeniu podprogowych zaburzeń nastroju oprócz objawów potraumatycznych u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.
Hase et al., (2018)	Zaburzenie depresyjne	Dorośli	Terapia EMDR może dawać dodatkowe korzyści w leczeniu depresji.
Behnammoghadam et al., (2015)	Zaburzenia depresyjne po zawale m. sercowego	Dorośli	EMDR jest skutecznym leczeniem depresji u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego.
Hase et al., (2015)	Depresja jednobiegunowa	Dorośli	EMDR miał pozytywny wpływ na leczenie depresji.

Hase et al., (2008)	Zaburzenia związane z używaniem substancji	Dorośli	EMDR może być użytecznym podejściem w leczeniu wspomnień i „głody” w uzależnienia od alkoholu.
Pérez-Dandieu y Tapia., (2014)	Zaburzenia związane z używaniem substancji	Dorośli	Los síntomas del TEPT se pueden tratar con éxito con EMDR en pacientes con abuso de sustancias
De Bont et al., (2016)	Zaburzenie psychotyczne + PTSD	Dorośli	Terapia ekspozycyjna i EMDR były skuteczne zarówno w leczeniu PTSD, jak i w zmniejszaniu myśli ksobno-prześadowczych.
Van Minnen et al., (2016)	Zaburzenie psychotyczne + PTSD	Dorośli	EMDR był użyteczny i skuteczny u osób z zaburzeniami psychotycznymi i podtypem dysocjacyjnym PTSD w porównaniu z tymi, którzy mieli PTSD, który nie był z podtypu dysocjacyjnego.
Van den Berg et al., (2015)	Zaburzenie psychotyczne + PTSD	Dorośli	Zarówno terapia ekspozycji, jak i EMDR są skuteczne, bezpieczne i wykonalne u pacjentów z PTSD i ciężkimi zaburzeniami psychotycznymi.
De Bont et al., (2013)	Zaburzenie psychotyczne + PTSD	Dorośli	Chorzy na schizofrenię z PTSD odnoszą korzyści z leczenia skoncentrowanego na traumie.
Kim et al., (2010)	Zaburzenie psychotyczne + PTSD	Dorośli	Zarówno EMDR, jak i progresywna relaksacja były przydatne w leczeniu PTSD u osób z zaburzeniami psychotycznymi.

Tabela 3. Przeglądy systematyczne i meta-analizy skuteczności klinicznej EMDR w PTSD i w innych stanach klinicznych.

Autorzy i rok publikacji	Rodzaj pracy	Zaburzenie	Grupa badana	Wyniki
Khan et al., (2018)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli, dzieci i młodzież	EMDR wykazał lepsze wyniki niż CBT w zmniejszaniu objawów PTSD i lęku. Nie stwierdzono różnic między obiema terapiami w odniesieniu do objawów depresyjnych.
Forman et al., (2018)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dorośli	Silne dowody na CBT, terapię ekspozycją i połączenie terapii, które zawierają składniki CBT, i umiarkowane dowody na EMDR, terapię poznawczą, terapię przetwarzania poznawczego i terapię narracyjną.
Purgato et al., (2018)	Przegląd systematyczny	Zaburzenia psychiczne	Dorośli, dzieci i młodzież	Istnieje niewiele dowodów na to, że terapie psychologiczne mają znaczny lub umiarkowany wpływ na zmniejszenie PTSD, objawów depresyjnych i lękowych u dorosłych żyjących w warunkach humanitarnych w krajach słabo rozwiniętych.
Thompson (2018)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Dowody na korzyść EMDR i terapii narracyjnej w leczeniu PTSD u uchodźców.
Moreno-Alcázar et al., (2018)	Metaanaliza	PTSD	Dzieci i młodzież	Obiecujące wyniki w zakresie skuteczności EMDR w leczeniu PTSD u dzieci i młodzieży.

Valiente-Gómez et al., (2017)	Przegląd systematyczny	Zaburzenia psychiczne	Dorośli	EMDR może być przydatny w leczeniu objawów związanych z traumą u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak psychoza, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenie używania substancji psychoaktywnych, depresja, lęk i przewlekły ból.
Pilz et al., (2017)	Przegląd systematyczny	Zaburzenia związane z używaniem substancji	Dorośli	EMDR wiązał się ze zmniejszeniem objawów głodu, lęku i depresji oraz poprawą regulacji emocji i samooceną. Wstępne wyniki wskazują na wysoki potencjał terapeutyczny EMDR w leczeniu uzależnienia od substancji.
Brown et al., (2017)	Metaanaliza	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR była tak samo skuteczna jak CBT i narracyjna terapia ekspozycji w leczeniu PTSD u dzieci, które ucierpiały w wyniku klęsk żywiołowych.
Sin et al., (2017)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dorośli, dzieci i młodzież	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i współistniejącym PTSD.
Gillies (2016)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dzieci i młodzież	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu PTSD.
Cusack et al, (2016)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu PTSD.

Haagen et al., (2015)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	EMDR był mniej skuteczny niż CBT w leczeniu PTSD u weteranów wojennych.
Chen et al., (2015)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	EMDR był bardziej skuteczny w zmniejszaniu objawów intruzji i nasilenia pobudzenia (<i>hyperarousal</i>) w porównaniu z CBT.
Boccia et al., (2015)	Metaanaliza	Trauma (wypadek komunikacyjny)	Dorośli	Nie było różnic między EMDR i CBT w leczeniu PTSD u pacjentów, którzy ulegli wypadkowi drogowemu.
Bandelow et al., (2015)	Metaanaliza	Lęk	Dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu lęku.
Ehring et al., (2014)	Metaanaliza	Nadużycie seksualne	Dorośli	Terapie skoncentrowane na urazach były bardziej skuteczne w leczeniu PTSD u dorosłych, którzy byli wykorzystywani seksualnie w dzieciństwie.
Chen et al., (2014)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	EMDR skutecznie zmniejszał objawy PTSD, lęku i depresji.
Bisson et al., (2013)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu PTSD.

Watts et al., (2013)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu PTSD.
Jonas et al., (2013)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dorośli	EMDR był porównywalny z innymi terapiami psychologicznymi, takimi jak CBT, terapia ekspozycji i terapia narracyjna.
Lee & Cuijpers, (2013)	Metaanaliza	Wspomnienia emocjonalne	Dorośli	Ruchy oczu zwiększają skuteczność terapii EMDR.
Gillies et al., (2012)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dzieci i młodzież	Najlepsza psychoterapia CBT w odniesieniu do EMDR, terapii ekspozycji, psychodynamicznej, terapii narracyjnej, porad terapeutycznych.
Rodenburg et al., (2009)	Metaanaliza	PTSD	Dzieci i młodzież	EMDR jest skuteczny w leczeniu PTSD u dzieci i młodzieży.
Benish et al., (2008)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Terapie PTSD, które mają dowody naukowe, w tym EMDR, wykazują dobrą skuteczność i nie ma między nimi żadnej różnicy.
Bisson et al., (2007)	Przegląd systematyczny	PTSD	Dorośli	EMDR był porównywalny z innymi terapiami psychologicznymi, takimi jak ukierunkowane na urazy CBT lub inne techniki radzenia sobie ze stresem.

Bisson et al., (2007)	Metaanaliza	PTSD	Adolescenci i dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT w leczeniu PTSD.
Seidler et al., (2006)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Nie było różnic między EMDR a CBT skoncentrowanym na traumie w leczeniu PTSD.
Bradley et al., (2005)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	EMDR jest tak samo skuteczny jak terapia ekspozycyjna i inne terapie poznawcze behawioralne, z których wszystkie są bardzo skuteczne w zmniejszaniu objawów PTSD.
Davidson & Parker, (2001)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	Terapia EMDR jest równoważna terapii ekspozycyjnej i innym terapiom poznawczym.
Van Etten & Taylor, (1998)	Metaanaliza	PTSD	Dorośli	EMDR i CBT to dwie najbardziej skuteczne formy psychoterapii w leczeniu PTSD.

5.2.1 ZAREJESTROWANE BADANIA W TOKU

W ostatnich latach ustanowiono jako kryterium metodologiczne rejestrację badań klinicznych, które mają być przeprowadzone w celu promowania przejrzystości badań, zapewnienia stosowanej metodologii naukowej, zmniejszenia stronniczości publikacji oraz pomocy wydawcom i innym specjalistom w zrozumieniu kontekstu wyników badań.

W tym sensie strona internetowa www.ClinicalTrials.gov opracowana przez instytuty National Institute of Health (NIH) za pośrednictwem National Library of Medicine (NLM), we współpracy z Food and Drug Administration (FDA), oferuje regularnie aktualizowane informacje na temat badań klinicznych wielu chorób i stanów klinicznych. Strona ta zawiera wyczerpującą listę badań sponsorowanych przez instytuty NIH, amerykańskie agencje federalne, inne organizacje międzynarodowe, a także prywatne firmy. Jej baza danych obejmuje zarówno badania eksperymentalne (badania kliniczne i interwencyjne), jak i badania obserwacyjne, osiągając łącznie ponad 92 300 wpisów ze 174 różnych krajów. Wśród tych wpisów znajdujemy zarówno trwające, jak i zakończone badania kliniczne.

Obecnie **na tej stronie internetowej jest zarejestrowanych 37 badań klinicznych nad wykorzystaniem EMDR w różnych zaburzeniach psychicznych, takich jak PTSD, fobie, uzależnienia i ciężka choroba psychiczna, które są prowadzone w różnych krajach, w tym w Hiszpanii, USA, Brazylii, Wielkiej Brytanii Wielka Brytania, Francja, Włochy, Holandia, Austria, Belgia, Niemcy, Turcja, Norwegia i Szwajcaria.**

5.2.2 ZAREJESTROWANE AKTUALNE PRZEGLĄDY I METAANALIZY

Podobnie jak w badaniach klinicznych, z metodologicznego punktu widzenia ustalono również jako kryterium rejestrowanie wszystkich przeglądów systematycznych lub metaanaliz przed rozpoczęciem ich przygotowywania, aby uniknąć powielania artykułów i zmniejszyć ich subiektywizm na poziomie metodologicznym.

Pod tym względem strona internetowa www.crd.york.ac.uk/prospero opracowana przez National Institute for Health research (NHS) oferuje regularnie aktualizowane informacje na temat tego rodzaju publikacji naukowych. Obecnie **na tej stronie internetowej znajduje się 53 wpisów artykułów, które obejmują terapię EMDR w różnych patologiach psychiatrycznych, takich jak PTSD, psychoza, depresja i ciężkie zaburzenia psychiczne.**

6 INSTYTUCJE NARODOWE I MIĘDZYNARODOWE REKOMENDUJĄCE TERAPIĘ EMDR

Ze względu na skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo terapii EMDR, które wykazywano na przestrzeni lat od momentu jej powstania, stosowanie tej terapii psychologicznej zostało poparte przez liczne instytucje, zarówno krajowe jak i międzynarodowe, wśród których znajdują się:

- American Psychological Association (APA; USA)
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
- The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; USA)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE; USA)
- Royal College of Psychiatrists (RCPSYCH; UK)
- Department of Health and Social Care (UK)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA; USA)
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH; Kanada)

EMDR jest również stosowany jako pierwsza linia leczenia PTSD w różnych krajach, takich jak Niemcy, Holandia, Polska, Turcja, Izrael, Francja, Szwecja, Irlandia Północna, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania (dla szczegółowego opisu wytycznych klinicznych patrz:

<https://emdreurope.org/research/national-international-guidelines>)

7 INSTYTUCJE NARODOWE I MIĘDZYNARODOWE KTÓRE FINANSOWAŁY BADANIA NAD EMDR

Wiele instytucji zajmujących czołowe miejsce w badaniach naukowych sfinansowało projekty badawcze dotyczące klinicznego zastosowania EMDR w różnych warunkach klinicznych. Wśród tych instytucji możemy znaleźć:

- Instituto de Salud Carlos III (Hiszpania)
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (Hiszpania)
- Generalitat de Catalunya (Hiszpania)
- National Institute of Mental Health (NIMH) (USA)
- The Brain & Behaviour Research Foundation (USA)
- National Institute of Nursing Research (USA)
- National Institute for Health Research (NIHR) (UK)
- Academic Medical Centre (Holandia)
- Taiwan National Science Council (Tajwan)
- Fundación Dietmar Hopp (Niemcy)

8 WNIOSKI

EMDR jest psychoterapią opartą na dowodach naukowych, za którą stoi wiele badań wysokiej jakości.

EMDR ma solidne dowody empiryczne w leczeniu PTSD i zaczyna go mieć w innych patologich, takich jak depresja, psychoza, przewlekły ból, uzależnienia lub fobie.

Leczenie EMDR obejmuje ruchy gałek ocznych lub inne formy bilateralnej stymulacji, które zostały zbadane zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i w klinicznych i wykazały specyficzny efekt terapeutyczny.

Leczenie EMDR jest złożonym **podejściem psychoterapeutycznym**, którego ruchy oczu są tylko jednym z elementów. Należy do tak zwanych terapii zorientowanych na traumę.

W nauce zawsze trwa debata, a na niej zasadza się postęp wiedzy. Jednakże debata ta musi opierać się na faktach i rygorystycznych przeglądach wszystkich dostępnych informacji, nigdy na pojedynczych badaniach.

Jak wszystkie terapie, zwłaszcza najnowocześniejsze i wciąż będące w fazie rozwoju, należy nakreślić wskazania do tej psychoterapii, dla których patologii może być przydatna, a w jakich sytuacjach nie przyczynia się do poprawy. Biorąc jednak pod uwagę, że uraz jest elementem transdiagnostycznym, to znaczy występującym w większości zaburzeń psychicznych, zastosowanie EMDR nie zależy wyłącznie od rodzaju diagnozy klinicznej, ale także od historii biografii i dysfunkcyjnych przekonań każdego pacjenta.

9 WIĘCEJ INFORMACJI NA TEMAT EMDR

Możesz odwiedzić stronę internetową Stowarzyszenia EMDR Hiszpania (www.emdr-es.org), EMDR Europe (<https://emdr-europe.org>) i EMDR Institute (<http://www.emdr.com>), gdzie uwzględniono najważniejsze artykuły na temat EMDR. Polska strona towarzystwa EMDR <https://emdr.org.pl/>.

Jeśli chcesz dowiedzieć się o tej metodzie, możesz przeczytać książkę Francine Shapiro „Zostawić przeszłość w przeszłości”, https://emdr.org.pl/portfolio_page/zostawic-przeslosc-w-przeslosci/.

10 BIBLIOGRAFIA

- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2583–2593. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001070>
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039480701643464>
- Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon, R. M. (2011). EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study. *Journal of EMDR Practice and Research*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.1.2>
- Baddeley, A. ., & Hitch, G. (1974). *Working Memory, in the Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*. New York: NY: Academic Press.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Behnammoghadam, M., Alamdari, A. K., Behnammoghadam, A., & Darban, F. (2015). Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Depression in Patients With Myocardial Infarction (MI). *Global Journal of Health Science*, 7(6), 258–262. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p258>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57, 399–403. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm069>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 190(FEB.), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>

- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Boccia, M., Piccardi, L., Cordellieri, P., Guariglia, C., & Giannini, A. M. (2015). EMDR therapy for PTSD after motor vehicle accidents: meta-analytic evidence for specific treatment. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(April), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00213>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & D, W. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 162(2), 214–227.
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L, & Muraoka, M. Y. (1998). • Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L, & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3--24.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99–112. <https://doi.org/10.1002/jclp.1131>
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443–451. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306>
- Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., ... Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>

- Davidson, P., & Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 69(2), 305–316.
- De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children.
- European Journal of Psychotraumatology*, 2, 1–11. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694>
- De Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial.
- European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*. <https://doi.org/10.1093/swr/23.2.103>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Fernandez, I., Abbasnejad, M., Mahani, K. N., & Zamyad, A. (2007). Efficacy of “eye movement desensitization and reprocessing” in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. *Psychological Research*.
- Forman-hoffman, V., Middleton, J., Feltner, C., Gaynes, B., Webber, R., Bann, C., ... Green, J. (2018). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Tesarz, J. (2016). Eye Movement Desensitization and reprocessing vs. Treatment-as-Usual for non-Specific Chronic Back Pain Patients with Psychological Trauma: a randomized Controlled Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00201>
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 12:CD006726. <https://doi.org/10.1111/jebm.12040>
- Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184–194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), 1–9. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170–179. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., & Hällström, T. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039480601129408>

- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.1132>
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 358–368. <https://doi.org/10.1002/cpp.395>
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.3.82>
- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., & Givaudan, M. (2015). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.166>
- Jonas, D., Cusack, K., Forneris, C., Wilkins, T., Sonis, J., Middleton, J., ... Gaynes, B. (2013). Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1359104509339086>
- Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Cureus*, 71(9), 1–17. <https://doi.org/10.7759/cureus.3250>
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.10039>

- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.3.195>
- Marcus, S. V, Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/h0087791>
- Marín Martínez, F., Sánchez Meca, J., & López López, J. A. (2009). El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia*, 31(3), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2009.02.002>
- McGuire, T. M., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273–283. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S52268>
- Moreno-alcázar, A., Treen, D., Valiente-gómez, A., Sio-erolas, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
- Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., Reitsma, J. B., De Jongh, A., & Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.099234>
- Nijdam, M. J., van der Meer, C. A. I., van Zuiden, M., Dashtgard, P., Medema, D., Qing, Y., ... Olf, M. (2018). Turning wounds into wisdom: Posttraumatic growth over the course of two types of trauma-focused psychotherapy in patients with PTSD. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.031>
- Novo, P., Landin-romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., ValienteGómez, A., Lupo, W., ... Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder, 11(2), 101–114.

- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., ... Amann, B. L. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.012>
- Perez-Dandieu, B., & Tapia, G. (2014). Treating Trauma in Addiction with EMDR: A Pilot Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303–309. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.921744>
- Pilz, R., Hartleb, R., Konrad, G., Reininghaus, E., & Unterrainer, H. F. (2017). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in substance use disorders: A systematic review. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 85(10), 584–591. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118338>
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.341>
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst Rev*, (7:CD011849). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2004.06.022>
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.20069>
- Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C., Henningsen, P., Kruse, J., & Stingl, M. (2016). A comparison of dual attention, eye movements, and exposure only during eye

movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: Results from a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000447671>

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 25–44. <https://doi.org/10.1023/A:1024400931106>

Seidler GE, & Wagner FE. (2006). Comparing the efficacy of EMDR aused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515–1522. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007963>

Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR Intervention Following a Community Critical Incident: A Randomized Clinical Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.17>

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1007/BF00974159>

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.).

Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011464.pub2>

Soberman, G. B., Greenwald, R., & David, L. (2002). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Boys with Conduct Problem. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 217–236. <https://doi.org/10.1300/J146v06n01>

Taylor, S., Thordarson, D. S., Fedoroff, I. C., Maxfield, L., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.330>

Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Van De Schoot, R., De Jongh, A., & Kleber, R. J. (2016). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees:

- Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 311–318.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.167775>
- Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66–79.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- Van Der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A Randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0105>
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(3), 126–144. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199809\)5:3<126::AID-CPP153>3.3.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.3.CO;2-8)
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)90036-1)
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR Versus CBT for Children With Self-Esteem and Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Watts, B., Schnurr, P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W., & Friedman, M. (2013). MetaAnalysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*, 74(6), e541-50. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928–937.



Aby skomentować te badania, możesz skontaktować się z dr Benediktem Amannem
Dyrektor jednostki badawczej Centrum Forum
Instytut Neuropsychiatrii i Uzależnień (INAD)
Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM)
Profesor nadzwyczajny Centrum Forum
Uniwersytetu Autonomicznego w Barcelonie (UAB)
- Parc de Salut Mar. Lluç Street 410. 08019
Barcelona
CIBERSAM. Spain
benedikt.amann@gmail.com