

Terapia EMDR kładzie nacisk na proces przetwarzania informacji przez mózg. Jej celem jest przetworzenie zamrożonych wspomnień, zmniejszenie poziomu nieprzyjemnych emocji i wzmocnienie pozytywnych przekonań na swój temat

Magdalena Chomka–Saja

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING w leczeniu traumy i zaburzeń bazujących na jej objawach

Psychoterapia rozwija się bardzo dynamicznie. Coraz więcej osób zgłasza się po pomoc i oczekuje poprawy stanu zdrowia. Pojawiają się potrzeby znajdowania bardziej efektywnych sposobów pomocy, nowe fale w ramach już istniejących podejść terapeutycznych. W niniejszym artykule chciałabym przedstawić jedną z nowatorskich form terapii, jaką jest terapia EMDR stworzona przez Francine Shapiro. To terapia stosunkowo młoda, budząca kontrowersje i pytania. Pierwsze pełne szkolenie terapeutów w Polsce odbyło się w 2008 roku. Kolejny rok to powstanie Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR, które rozwija się bardzo dynamicznie, oferując wiele możliwości pogłębienia wiedzy w trakcie szkoleń i superwizji prowadzonych przez doświadczonych terapeutów EMDR spoza granic naszego kraju.

Terapia EMDR – model teoretyczny

Nazwa EMDR najczęściej tłumaczona jest na język polski jako „Terapia odrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych”. Nazwa wprowadzona w 1991 roku skupia się jedynie na niewielkim elemencie wieloetapowego protokołu terapeutycznego. Dotychczas nie została zaproponowana inna, oddająca w pełni całość oddziaływania terapii EMDR.

Terapia EMDR kładzie nacisk na proces przetwarzania informacji przez mózg. Jej celem jest przetworzenie zamrożonych wspomnień, zmniejszenie poziomu nieprzyjemnych emocji i wzmocnienie pozytywnych przekonań na swój temat. EMDR nie sprawia, że zapominamy czy zmieniamy przeszłość. Nadajemy jej inne znaczenie. Wspomnienia podlegają przemianom podczas nadawania znaczenia i są po-

nownie zachowywane w wyniku procesu ich rekonsolidacji (Solomon, Shapiro, 2008).

Terapia EMDR skupia się na doświadczeniach traumatycznych, które są przyczyną powstania zaburzeń. Zwraca uwagę na rodzaj przywiązania w dzieciństwie i rolę wczesno dziecięcych doświadczeń. Nie muszą to być jedynie traumy przez duże T, aby powstały objawy PTSD, rozwinęły się uzależnienia. W terapii EMDR uwzględnia się wspomnienia, które wywołują dyskomfort i nie spełniają kryteriów PTSD. Nie pomija się też doświadczeń pomocnych w umocnieniu zdrowia psychicznego (Shapiro, 2007). Jedno z cytowanych przez Shapiro (2014) badań wykazało, że ogólne życiowe doświadczenia (jak problemy w relacjach, w pracy, szkole) niebędące poważną traumą, mogą być źródłem objawów stresu pourazowego bardziej niż silna trauma. Terapeuta nie wymaga od pacjenta głębokiej analizy wspomnień ani oceny prawdziwości szczegółów każdego wspomnienia. Musi być jednak ono konkretne.

Innowacyjnością terapii jest jej aspekt neurofizjologiczny. Dotychczas terapia polegała najczęściej na rozmowie, relaksacji lub przedłużonej ekspozycji w przypadku PTSD. Sesje przetwarzania w terapii EMDR prowokują integrujący proces, który ujawnia zawiłe połączenia pomiędzy wspomnieniami wzbudzonymi przez obecne życiowe doświadczenia (Shapiro, 2014).

Odkrycie EMDR nastąpiło w 1987 roku, a już od 1989 roku rozpoczęto pierwsze badania potwierdzające skuteczność metody. Próbowano również weryfikować model teoretyczny, który leży u podstaw terapii. To Model Adaptacyjnego Przetwarzania Informacji (The Adaptive Information Processing

Model). Model ten przyjmuje, że nasze codzienne doświadczenia docierają do nas w postaci informacji. Zostają przetworzone w mózgu, aby osiągnąć adaptacyjną formę, i zintegrowane w postaci schematu afektywno–kognitywnego (Solomon, Shapiro, 2008.) Gdy mamy do czynienia z sytuacją traumatyczną wiążącą się z silnym afektem, zablokowany zostaje proces przetwarzania informacji. Zaburzenia psychiczne, zdaniem Shapiro, są właśnie efektem nieadaptacyjnej formy przechowywania przez umysł informacji. Informacje zostają zamrożone w sieciach neuronowych w oryginalnej, lękotwórczej formie, właśnie w takiej, w jakiej ich doświadczaliśmy w trakcie traumatycznego wydarzenia. Wystarczy bodziec zewnętrzny, który nawet w niewielkim stopniu związany jest z przeżytą traumą, by aktywować silne emocje.

Zgodnie z modelem AIP wiele życiowych wspomnień może być przechowywanych w sposób dysfunkcyjny, powodując różnorodne symptomy. Zmiany terapeutyczne powstają w wyniku przetwarzania tych wspomnień w rozległych sieciach adaptacyjnych.

Shapiro zaproponowała sposób na przetworzenie zablokowanych informacji. Wprowadziła stymulację półkul mózgowych. Prawa półkula odpowiada za emocjonalną sferę naszych doświadczeń, lewa za ich werbalną interpretację. Synchronizacja pracy półkul wpływa na większą łatwość interpretowania przez lewą półkulę tej formy wspomnienia, która przechowywana jest w prawej półkuli. Ku tej teorii skłaniają się Van der Kolk (1997) i Mollon (2001, za <http://www.emdr.com.pl/?id=2&lang=1>).

Stymulacja bilateralna polega na odbieraniu szybkich naprzemiennych bodźców wzrokowych, słuchowych lub

dotykowych. Wpływa ona na funkcje korowe, powodując bezpośrednią synchronizację pracy obu półkul. Ruchy gałek ocznych (lub bodźce dotykowe, słuchowe) połączone są z wyobrażeniową reprezentacją trudnego wspomnienia (obraz, myśli, emocje, odczucia z ciała), ułatwiają takie przetworzenie informacji, które zagwarantuje wyeliminowanie zaburzenia na poziomie emocjonalnym. Wprowadzona zostaje nowa interpretacja tego doświadczenia.

Badacze w różny sposób próbują tłumaczyć skuteczność stymulacji bilateralnej. Stickgold (2002) widzi jej zbieżność z szybkimi ruchami gałek ocznych występującymi w trakcie fazy snu REM. To w niej następuje przechowywanie i przetwarzanie informacji. Nicosia (1995) wiąże rytmiczną stymulację bilateralną z poprawą komunika-

cji między półkulami. W swoich badaniach wykazał, iż po pierwszej sesji terapii EMDR, synchronizacja między półkulami uległa poprawie o prawie pięć odchyień standardowych.

Inni badacze łączą ten proces z prowokowaniem odruchu orientacyjnego, który przyspiesza powstanie ponownej oceny i wpływa na zmianę/wygaszenie reakcji warunkowej (Armstrong i Vaughan, 1996; MacCulloch i Feldman, 1996).

Próby dokładnego wyjaśnienia procesów związanych ze skutecznością stymulacji bilateralnej nadal są obszarem zainteresowania wielu badaczy i wciąż wzbudzają silne dyskusje. Przyпуска się, że przetwarzanie przenosi doświadczenia z niejawniej pamięci epizodycznej do jawnych i semantycznych systemów pamięci. Nega-

tywne emocje, doznania z ciała, przekonania ulegają modyfikacji, gdy docelowe wspomnienie zostaje skojarzone z bardziej adaptacyjnymi informacjami. (Shapiro, 2014).

Terapia EMDR – protokół

EMDR jest terapią ustrukturalizowaną z wystandaryzowanym protokołem. Terapeuta w trakcie sesji postępuje zgodnie z ośmiofazowym protokołem, opracowanym przez EMDR Institute. Terapia jest skuteczna, jeśli pacjent przejdzie przez wszystkie fazy protokołu. Zgodnie z danymi Europejskiego Stowarzyszenia EMDR, przeciętna terapia może trwać nawet do sześciu sesji. Dotyczy to osłabienia objawów pojedynczej traumy (Shapiro, 2014). Liczba sesji zależy oczywiście od głębokości problemu i złożoności traumy. Przeważnie jednak terapia trwa powyżej sześciu sesji. Sesje terapeutyczne trwają od 60 do 90 minut. To optymalny czas, który może pozwolić przejść przez cały protokół.

Ośmiofazowy protokół obejmuje trzy płaszczyzny: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, oraz trzy sfery: myśli, emocje i ciało. Pozwala kompleksowo zobaczyć i ocenić głębokość problemu oraz przygotować klienta na przetwarzanie. Dotyczy ono przeszłych wydarzeń, które mogły przyczynić się do powstania patologii. Przetwarzaniu poddaje się także aktualne sytuację wiążącą się z niepokojem, lękiem, stresem. Także przyszłe wydarzenia, które przewiduje klient, uwzględnia się w procedurze przetwarzania (Shapiro, 2014).

Osiem faz protokołu terapii EMDR

1. Wywiad. Obejmuje zrozumienie i ocenę klinicznego problemu pacjenta. Pozwala stworzyć mapę wydarzeń z życia pacjenta, które mogą stać się przedmiotem interwencji. Terapeuta identyfikuje przeszłe wydarzenia, aktualne czynniki spustowe i przyszłe potrzeby pacjenta. (Shapiro, 2014).
2. Przygotowanie. Oswaja pacjenta z procedurą przetwarzania i na nią przygotowuje. Tutaj jest miejsce na budowanie relacji terapeutycznej, zasobów, stabilizację pacjenta, odpowiadanie na pytania i wątpliwości.
3. Ocena. Służy wybraniu konkretnego celu, który będzie przetwarzany. Zawiera przekonania pacjenta i ocenę dyskomfortu wspomnienia.



4. Desensytyzacja. Tutaj dokonujemy stymulacji bilateralnej (wzrok, dźwięk lub słuch). Pacjent obserwuje i relacjonuje pojawiający się obraz wspomnienia, spontanicznie myśli, emocje i odczucia z ciała. Stymulacja bilateralna ma miejsce od fazy 4 włącznie z fazą 6.
5. Instalacja. Pozwala zwiększyć liczbę połączeń z pozytywnymi poznawczymi sieciami pamięciowymi. Łączymy pozytywne przekonanie pacjenta ze wspomnieniami.
6. Skanowanie ciała. Kończy przetwarzanie wspomnienia i umacnianie pozytywnych treści poznawczych.
7. Zamknięcie. Kończy sesję i stabilizuje pacjenta. Jeśli wspomnienie zostało przetworzone, terapeuta informuje pacjenta o tym, że proces przetwarzania może być aktywny między sesjami.
8. Ponowna ocena (reewaluacja). Pozwala ocenić efekty ostatniej sesji w kontekście ostatniego wspomnienia, ale także w szerszym zakresie. Celem jest obserwacja rezultatów i poczucia klienta (Shapiro, 2014).

Terapia EMDR – skuteczność

W 2013 roku, w odniesieniu do pracy z PTSD, WHO udzieliło swojej rekomendacji terapii EMDR. Rekomendacji swoich udzieliły też organizacje: American Psychiatric Association (2004), National Institute of Health & Clinical Excellence – NICE (2005), International Society of Traumatic Stress Studies (2009), Department of Veterans Affairs and Department of Defence (2010), California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2010), The Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2011).

Symptomy traumy

Kilkanaście lat badań i eksperymentów z zastosowaniem EMDR wskazuje na dużą skuteczności tej metody w redukcji symptomów traumy. Terapia EMDR była stosowana w przypadku zaburzeń psychicznych i somatycznych. Wiele badań potwierdziło pozytywne efekty terapii EMDR w leczeniu traumy i trudnych doświadczeń życiowych (Shapiro, 2014).

W przypadku symptomów depresji współwystępującej z PTSD terapia EMDR jest bardziej efektywna

niż terapia CBT skoncentrowana na traumie (Ho, Lee, 2012). Studia przypadków pokazują też skuteczność terapii EMDR w przypadku zaburzeń depresyjnych u nastolatków (Bae, Kim, & Park, 2008). Badania dokumentowały też pozytywny wpływ terapii EMDR na dolegliwości somatyczne (Shapiro, 2014).

Badania nad grupą pacjentów onkologicznych wskazują na możliwą większą efektywność terapii EMDR w przypadku pacjentów leczonych z powodu nowotworu z diagnozą PTSD (Capezzani et al., 2013). Skuteczność terapii EMDR w złożonej traumie ilustrują też studia przypadków, które zostały opisane w artykule MaggieWai-Ling Poon (2012). Terapia EMDR zmniejszała też lęk i negatywne emocje osób uczestniczących w trzęsieniu ziemi (Abbasnejad et al., 2007).

Trauma u dzieci

Badania dotyczące terapii EMDR u dzieci, które przeżyły katastrofę, wskazują na szybkość i skuteczność tego podejścia (De Roos et al., 2011). W przypadkach symptomów ostrego stresu u dzieci uczestniczących w wypadkach drogowych, kiedy potrzebna jest szybka i skuteczna interwencja, EMDR zmniejsza zarówno ostre jak i długoterminowe objawy stresu post-traumatycznego (Maslovaric et al., 2013).

W metaanalizie badań dotyczących wykorzystania terapii EMDR w pracy z dziećmi, które przeżyły traumę, przeprowadzonej przez Rodenburga i współpracowników (2009), także potwierdzono jej skuteczność. Dr Anna Rita Verardo (2014) na seminarium EMDR dotyczącym pracy z dziećmi wskazywała na możliwość i skuteczność zastosowania EMDR już u dzieci w wieku dwa, trzy lata, które doświadczyły różnego rodzaju traumy.

Uzależnienia

EMDR ma też swoje zastosowanie w leczeniu różnego rodzaju uzależnień (Hase et al., 2008). Wspomina się o silnej korelacji między traumą a uzależnieniami. Depresja jest skorelowana z uzależnieniami chemicznymi. Nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jest sposobem radzenia sobie z traumatycznymi wspomnieniami. Nadużywanie opiatów współwy-

stępuje z PTSD (Ahmed, 2007). Meyesami-Bonab ze współpracownikami (2012) wskazują na efektywność terapii EMDR w regulacji i rozpoznawaniu emocji u osób uzależnionych od narkotyków. Osoby te w swojej historii miały traumatyczne doświadczenia.

Coraz więcej badań wskazuje na korzystne połączenie tradycyjnego podejścia do leczenia uzależnień z terapią EMDR, zwłaszcza w stabilizacji pacjenta i zapobieganiu nawrotom. (O'Brien, Abel, 2011). Praca nad wspomnieniami związanymi z uzależnieniem pozwala przełamać jego cykl, szczególnie wśród chronicznie uzależnionych pacjentów.

Standardowy protokół leczenia uzależnień zawiera pracę nad przetwarzaniem wczesnych wspomnień, które stały się podstawą do rozwoju uzależnienia. Skupia się na obecnych czynnikach spustowych i buduje szablon bardziej adaptacyjnych zachowań na przyszłość, zapobiegając nawrotom. (Hase et al., 2008).

Inne zaburzenia lękowe

Badano użyteczność terapii EMDR w przypadku fobii związanej z podróżowaniem i łagodniejszej postaci lęku przed podróżowaniem, powstałego w wyniku wypadku drogowego (De Jongh et al., 2011). Uzyskano znaczące efekty redukcji symptomów. Pacjenci wrócili do prowadzenia pojazdów i podróżowania. Lepsze efekty leczenia uzyskano w przypadku fobii niż łagodniejszej postaci lęku.

W przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Nazari et al., 2011) porównywano terapię EMDR z zastosowaniem jedynie farmakoterapii (Citalopram). Obie terapie zmniejszały znacząco objawy OCD, ale terapia EMDR dokonywała bardziej pozytywnych zmian w krótszym czasie.

Stymulacja bilateralna

Badano również samą stymulację bilateralną. Badania wskazywały na pozytywne efekty pamięciowe (m.in. podzielność uwagi, odyskiwanie pamięci). Stymulacja bilateralna zwiększa dostęp do pamięci epizodycznej (Jeffries, Davis, 2012; Shapiro, 2014).

Coraz więcej badań ma na celu pokazanie wpływu terapii EMDR na zmiany w obszarach mózgu odpowiedzialnych za przetwarzanie informa-



cji. Biorą w nich udział: ciało migdałowate i hipokamp. Ten pierwszy obszar działa szybciej, emocjonalnie; drugi dokonuje złożonych ocen i ma charakter werbalny (LeDoux, 1999).

Pionierskie badania pokazujące skuteczność terapii EMDR w odniesieniu do wydarzeń traumatycznych opisuje Pagani i współpracownicy (2011, 2012, 2013). Badanie z użyciem EEG pokazało, że w trakcie terapii EMDR nastąpiło przesunięcie aktywności mózgu z rejonów limbicznych („mózg emocjonalny”) do rejonów korowych (sfera poznawcza). Zmiany obserwowano podczas stymulacji bilateralnej.

Terapia EMDR – nowe perspektywy

Początkowo EMDR jako technika terapeutyczna stosowana była głównie do leczenia PTSD. W tej chwili wykorzystywana jest w znacznie szerszym zakresie, w przypadku zaburzeń bazujących na objawach PTSD i objawach medycznych o niejasnej etiologii. Terapia EMDR jest także stosowana u kobiet w ciąży jako alternatywa dla farmakoterapii (Forgash et al., 2013). Pozwala zmniejszyć obawy towarzyszące oczekiwaniu na dziecko i zbudować zasoby potrzebne po jego narodzinach.

Shapiro (2014) zauważa, że bezsenność, lęki nocne mogą też być obszarem do terapii EMDR. Prowadzone były również badania nad skutecznością terapii EMDR w przypadku zmniejszenia poziomu stresu u osób chorujących dermatologicznie (Gupta, Gupta, 2002). Pozytywne efekty zachęcają do dalszych badań.

Pojawiają się też badania dotyczące stosowania EMDR w fobii związanej

z wymiotami (De Jongh, 2012), zaburzeniach postrzegania ciała (Brown, McGoldrick & Buchanan, 1997 za: Mollon, 2005), zaburzeniach odżywiania (<https://www.emdr.com/>) i bólach fantomowych kończyn (DeRoos et al., 2010). Ricci i współpracownicy (2006) z powodzeniem stosowali terapię EMDR u sprawców przemocy seksualnej, zwiększając empatię do ofiar, zmniejszając zaprzeczenie winy i pobudzenie seksualne.

Terapię EMDR stosuje się również w zaburzeniach psychotycznych. U tej grupy pacjentów często pojawiają się objawy PTSD. Mogą być one związane między innymi z doświadczaniem choroby. W badaniu pilotażowym Van den Berg i Van der Gaag (2012) zauważyli pozytywny wpływ terapii EMDR na zmniejszenie objawów lęku, depresji i polepszenie samooceny. Wspominają też o zmniejszeniu halucynacji i urojeń u części pacjentów. Analizy wskazują na użyteczność terapii EMDR w tych grupach zaburzeń i zachęcają do dalszych badań.

Osobiście, pracując metodą EMDR z osobami chorymi na cukrzycę (typ 1 i 2), zauważam, że zastosowanie terapii EMDR zmniejsza poziom stresu, lęku i obniżonego nastroju, w krótkim okresie czasu. Wpływa to pozytywnie na efekty leczenia cukrzycy i zwiększa motywację do wykonywania zaleceń lekarskich. Znaczącą poprawę zauważam również, stosując EMDR u osób doświadczających ataków paniki i w przypadkach OCD. W tych ostatnich zmniejszenie objawów, nawet przy bardzo długim okresie trwania zaburzenia, jest efektywniejsze niż w terapii CBT. Od jakiegoś czasu skupiam się również

na pracy metodą EMDR z osobowością typu borderline.

Podsumowanie

Terapia EMDR jest obiecującym podejściem, nie tylko w leczeniu PTSD. Nie skupia się jedynie na obszarze poznawczym, ale integruje go z aspektem neurofizjologicznym. Ten drugi aspekt dopełnia i pokazuje skuteczność terapii EMDR. Coraz więcej badań odnosi się do neuroobrazowania, co pozwala niemal dotknąć zmian, jakie pojawiają się w trakcie leczenia. Zmiany emocjonalne dokonują się na oczach terapeuty, a pacjent najczęściej już po kilku sesjach odczuwa zmianę w odczuwaniu nieprzyjemnych emocji. To bardzo ważne w przypadku pacjentów doświadczających silnych emocji, dla których szybka ulga ma duże znaczenie.

Jednocześnie terapia EMDR posiada jasną strukturę i dokładny protokół terapeutyczny. Łączy wiele koncepcji psychoterapeutycznych (elementy behawioralne, poznawcze, psychoanalityczne, pracy z wyobraźnią), co daje kompleksowe spojrzenie na problem. Pozwala pracować nad różnymi grupami zaburzeń, zakładając, że u podstaw problemu leżą nie tylko silne, gwałtowne traumy, ale też te mniejsze powstałe w relacjach z opiekunami na wczesnym etapie rozwoju emocjonalnego, a także trudne wydarzenia z okresu dorosłości związane z codziennym funkcjonowaniem.

W terapii EMDR pozostaje jeszcze wiele nieodkrytych obszarów i wątpliwości. Na pewno potrzebne jest dokładniejsze zrozumienie i doprecyzowanie modelu AIP zarówno na poziomie teoretycznym jak i neurobiologicznym. Ważne jest także przyjrzenie się działaniu stymulacji bilateralnej.

Artykuł ten miał na celu jedynie przybliżenie terapii EMDR, jej skuteczności i podstaw teoretycznych. Może stanie się bodźcem do rozbudzenia ciekawości dotyczącej tego sposobu pracy i pozwoli nie oceniać pochopnie skuteczności terapii w oparciu jedynie o nazwę.



Magdalena Chomka-Saja
– psycholog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, terapeuta EMDR, terapeuta schematu.