

*Metodika psychoterapie***Spracovávanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov**

D. Ralaus

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing**Súhrn**

V liečbe posttraumatickej stresovej poruchy a zážitkovo podmienených syndrémov sa doteraz najviac uplatňovali rôzne psychodynamické metódy a kognitívne behaviorálna terapia. EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing, teda metóda spracovávania traumatických zážitkov pomocou očných pohybov, je novým psychotherapeutickým prístupom, ktorý v sebe integruje prvky psychodynamickej a kognitívne behaviorálnej terapie a zároveň využíva bilaterálnu stimuláciu, najmä pohyby očí. Vytvorila ju dr. Francine Shapiro. V súčasnosti je jednou z najefektívnejších a najlepšie znášaných terapeutických metód a jej účinnosť je podložená spoľahlivými výskumnými štúdiami, hoci presný mechanizmus účinku nie je doteraz úplne dostatočne objasnený. Výskum a prax v oblasti psychotraumatológie a EMDR je v súčasnosti jednou z najdynamickejších sa rozvíjajúcich oblastí psychoterapie v USA a západnej Európe.

Kľúčové slová: trauma, posttraumatická stresová porucha, psychotraumatológia, psychoterapia, spracovávanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov, EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Summary

Psychodynamic methods and cognitive behavioral therapy were the most common methods for treatment posttraumatic stress disorder and stress induced syndromes. EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing is a new psychotherapeutic approach, which integrates elements of psychodynamic and cognitive behavioral therapy together with bilateral stimulation, mainly eye movements. The method was created by Dr. Francine Shapiro. Now it is one of the most effective and best tolerated therapeutic approaches and its efficiency is proved by reliable research studies, although the exact mechanisms of action are still not absolutely clear. At the present research and practise in psychotraumatology and EMDR is one of the most dynamic developing area in psychotherapy in USA and west Europe.

Key words: trauma, posttraumatic stress disorder, psychotraumatology, psychotherapy, EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Úvod

K výraznejšiemu rozvoju psychotraumatológie došlo najmä v priebehu posledných desaťročí, k čomu smutnou, ale výraznou mierou prispeli najmä problémy veteránov vojny vo Vietname. Pre ľudí, ktorí po prežití traumatických zážitkov trpia rôznymi následkami, nie je k dispozícii žiadna jedno-

duchá psychotherapeutická metóda. Využívajú sa najmä psychodynamické a kognitívne behaviorálne prístupy, liečba však predstavuje vždy pre pacienta aj terapeuta značnú záťaž. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR – teda metóda spracovávania traumatických zážitkov pomocou očných pohybov tiež nie je v tomto smere žiadnou „zázračnou“ metódou. Je však v súčasnosti jednou z najefektívnejších a najlepšie znášaných terapeutických metód a jej účinnosť je podložená spoľahlivými výskumnými štú-

Psychiatrické oddelenie FN, Trenčín

Adresa: MUDr. Daniel Ralaus, Psychiatrické oddelenie FN, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, Slovenská republika

diami, hoci presný mechanizmus účinku nie je doteraz dostatočne objasnený. Možno by bolo vhodnejšie hovoriť o prístupe, ako o metóde, ktorá zväzda k predstave jednoduchého technického postupu. EMDR integruje v sebe dva nové elementy. Jedným z nich je použitie očných pohybov (resp. inej formy bilaterálnej stimulácie); druhým je to, že EMDR zahŕňa psychodynamické aj kognitívne behaviorálne prvky. Tento integrujúci prístup, ktorý presahuje jednotlivé metódy je v súčasnosti zjavný u rôznych psychoterapeutických smerov pri liečbe doteraz veľmi ťažko liečiteľných skupín pacientov s traumatickými zážitkami (Fischer a Riedesser, 1998).

Cieľom tejto práce je priblížiť čitateľom základy tohto perspektívneho prístupu; výcvik v psychotraumatológii a EMDR sa začal už aj na Slovensku.

História EMDR

Metóda EMDR vznikla v podstate ako náhodný objav. Dr. Francine Shapiro, výskumná pracovníčka Mental Research Institute v Palo Alto v Kalifornii, si v roku 1987 počas prechádzky v parku uvedomila, že rýchle pohyby očí zo strany na stranu akoby zmiernovali tlak neprijemných myšlienok, ktorými sa práve vtedy zaoberala (o.i. prekonala nádorové ochorenie; čakala vtedy na laboratórne výsledky, ktoré mali ukázať, či remisia trvá). Postupne vytvorila metódu Eye Movement Desensitization, neskôr Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Od roku 1997 bola EMDR postupne uznaná ako terapeutická metóda, v súčasnosti je schválená a odporúčaná mnohými profesnými organizáciami v ich štandardizovaných terapeutických postupoch ako jedna z metód voľby pri PTSP (najčastejšie spolu s kognitívne behaviorálnou terapiou – KBT); napr. Medzinárodná spoločnosť pre výskum traumatického stresu (International Society for Traumatic Stress Studies – ISTSS) a v USA Americká Psychiatrická Asociácia (American Psychiatric Association – APA) a mnohé ďalšie (Hofmann 1999). Považuje sa za dynamicko-behaviorálnu metódu; využíva integratívny psychoterapeutický prístup, najmä s prvkami psychodynamickej, kognitívne behaviorálnej terapie a práce s telom. Metaanalýzy porovnávajúce účinnosť jednotlivých metód uvádzajú EMDR rovnako účinnú ako expozíciu a iné kognitívne behaviorálne metódy s tým, že EMDR nevyžadovala domáce úlohy (Flatten a spol., 2004, Hofmann, 1999), tiež viaceré metaanalýzy ukázali dosiahnutie rovnakých výsledkov za kratší čas (1/3 až 1/4 času) v porovnaní s kognitívne behaviorálnymi metódami (Hofmann, 1999). Podobné výsledky ukázali randomizované klinické štúdie, ktoré potvrdzujú aj stabilitu dosiahnutých výsledkov pri ďalšom sledovaní (Flatten a spol., 2004, Hofmann, 1999).

Fázy terapie

Pierre Janet už v r. 1919 uvádzal 3 fázy terapie pri liečbe traumatických zážitkov (Hofmann, 1999): 1. Stabilizácia, 2. Expozícia traume, 3. Smútenie, hľadanie významov, integrácia a reorientácia. Podobný princíp sa uplatňuje vo všetkých

novších terapeutických prístupoch k liečbe traumatických zážitkov. EMDR pozostáva z 8 fáz, ktoré sledujú vyššie uvedený princíp (obr. 1). Prvé 3 fázy (Anamnéza, Stabilizácia, vyhodnocovanie) predstavujú prvú fázu diagnostiky a prípravy, v ďalších 3 fázach (Spracovávanie, Zakotvenie a Telový test) dochádza k expozícii a spracovávaniu, posledné 2 fázy (Ukončenie a Preskúšanie) znamenajú integráciu a reorientáciu. Sú to relatívne samostatné časti, ktoré však do seba plynule prechádzajú a umožňujú postupné spracovávanie aj závažných PTSP bez toho, aby došlo k destabilizácii pacienta a výraznejšiemu narušeniu jeho každodenného života.

Anamnéza a stanovenie terapeutického plánu.

Stabilizácia a príprava pacienta.

Vyhodnocovanie traumatických zážitkov.

Desenzitizácia a spracovávanie (reprocessing).

Zakotvenie.

Telový test.

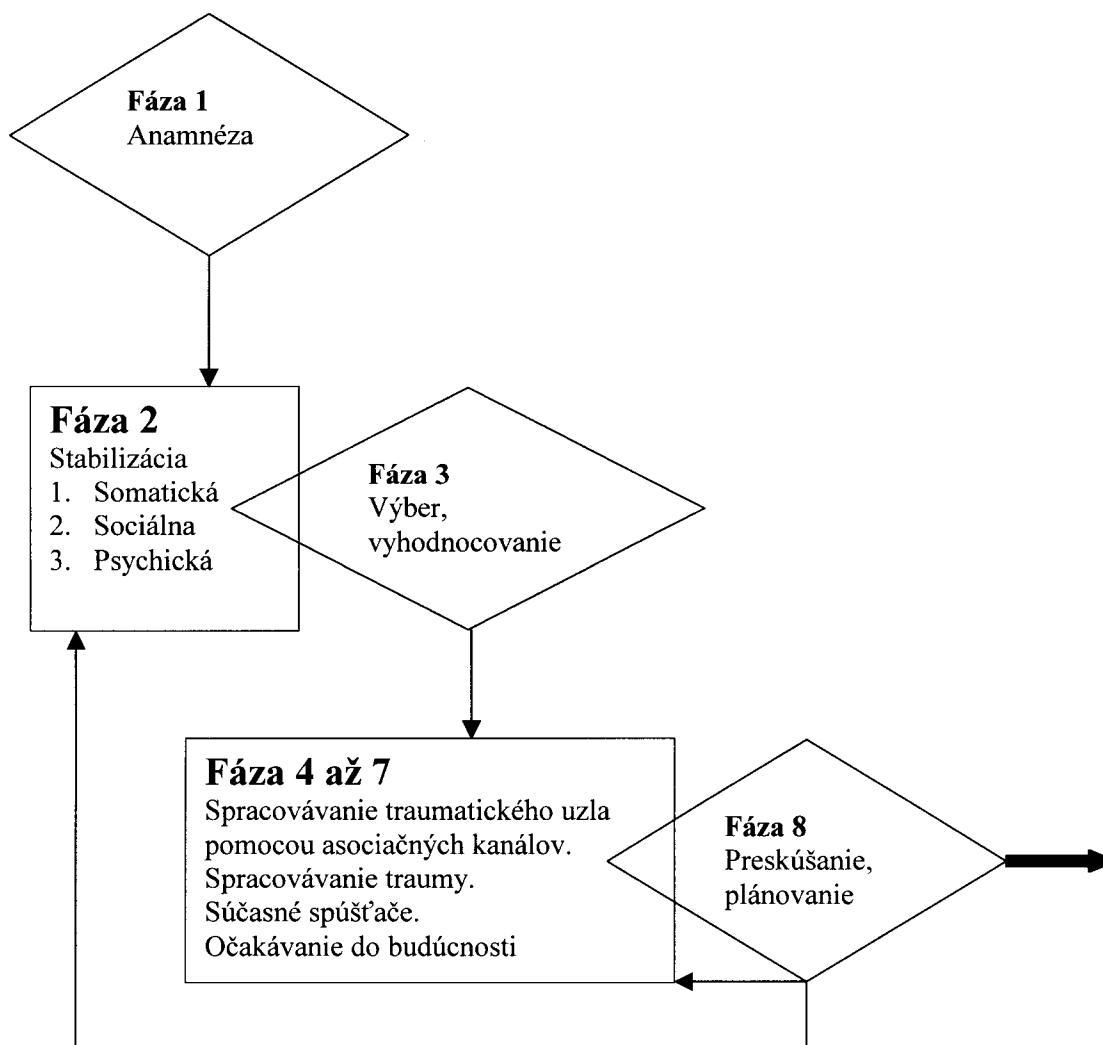
Ukončenie.

Preskúšanie, plánovanie.

Indikácie a kontraindikácie.

Hlavnou indikáciou pre použitie EMDR je jednoduchá a komplexná posttraumatická stresová porucha. Tu je jej efektívnosť dostatočne dokázaná. Metóda sa ukázala ako úspešná aj pri akútnej traume a adaptačných poruchách, komplikovanej smútkovej práci, zážitkovo podmienených fóbiách, disociatívnych a somatoformných poruchách, určitých aspektoch závislosti (craving) a tiež pri poruchách osobnosti (najmä borderline p.o.). Tieto indikácie však vyžadujú diferenciálnejší prístup. EMDR môže byť zaradená aj ako určitá časť v komplexnom terapeutickom pláne rôznych duševných porúch. Absolútnou kontraindikáciou pre EMDR sú akútne psychózy, závažné organické mozgové psychosyndrómy a závažné obmedzenie schopnosti znášať záťaž (napr. nedostatočne stabilizovaná ICHS, hypertenzia). Absolútnou kontraindikáciou (pre bilaterálnu stimuláciu pomocou očných pohybov) sú aj niektoré očné ochorenia (napr. hroziace odlúpnutie sietnice). Kontraindikáciou pre samotnú konfrontáciu s traumou (fáza 4) je nedostatočná stabilita, či už po stránke somatickej (ťažká depresia, zranenia, závislosť), sociálnej alebo psychickej (nízka schopnosť regulovať afekty, chýbajúci prístup k zdrojom, pozitívnym afektom, amnézia). Pretrvávajúci kontakt s násilníkom je tiež absolútnou kontraindikáciou. Zo strany terapeuta je kontraindikáciou nedostatočná znalosť problematiky psychotraumatológie.

V nižšie uvedenom náčrte metodológie EMDR sa budeme opierať najmä o monografiu A. Hofmanna (EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome), pôvodné práce F. Shapiro (EMDR Grundlagen und Praxis, Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen a EMDR in Aktion, Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis) a vo veľkej miere tiež o poznatky z kurzov a seminárov v Nemecku a v Trenčíne. Ďalšie zdroje uvediem v texte.



Obrázok 1. 8 fáz EMDR (Hofmann, 1999)

Fáza 1: Anamnéza a stanovenie terapeutického plánu

V prvej fáze ide najmä o budovanie terapeutického vzťahu a získanie čo možno najdiferencovanejšieho obrazu celkovej situácie pacienta (komplexná diagnostika MKCH 10/DSM IV) a špeciálne problematiky psychotraumatizácie. Okrem diagnostického rozhovoru je k dispozícii aj množstvo testov a a sebaopisovacích škál (napr. SCID-PTSD, CAPS, IES-R, PTSS 10, DES II, SCID-D a ďalšie). Diagnostiku môžu sťažovať najmä pocity zahanbenia, viny, obavy z nepochopenia, príp. aj odsúdenia, tiež návaly emócií a slaboregulované duševné stavy vyvolané spomienkou na udalosti, často sa tiež vyskytuje parciálna alebo úplná amnézia. Pacient môže trpieť rôznymi symptómami bez toho, aby si bol jednoznačne vedomý ich súvislosti s traumatizujúcimi

zážitkami. Komplikujúcim faktorom je aj veľmi vysoká komorbidity – 62 % až 92 % (Flatten a spol., 2004). Okrem PTSP alebo namiesto nej môžu byť teda zároveň prítomné rôzne klinické obrazy, napr: akútna reakcia na stres, depresívne poruchy, disociatívne poruchy, somatoformné, príp. konverzné poruchy, najmä somatoformná algická porucha, poruchy osobnosti, najmä borderline p.o., poruchy príjmu potravy, najmä bulímia, úzkostné poruchy a abúzus návykových látok.

PTSP je často prehliadaná najmä pri traumatizácii v dávnej minulosti (napr. sexuálne násilie na deťoch), klinicky nápadnej komorbidity, nejasných, terapeuticky rezistentných bolestivých syndrómoch, nedôverčivých a nevraživých vzorcoch správania (zvlášť pri poruchách osobnosti) a ťažkých

somatických ochoreniach. Dynamika traumatického procesu a problém diagnostiky je graficky znázornená na obrázku 1. K rozlišovaniu medzi traumatickými zážitkami a s tým spojenými syndrómami prispel Terr v r. 1989 svojím konceptom traumy typu I a II. (Flatten a spol., 2004). Pri traume typu I ide o náhodnú traumatickú udalosť u adekvátne fungujúceho dospelého človeka, kde dôsledkom môže byť jednoduchá posttraumatická stresová porucha (PTSP). Tento typ traumy má vysokú pravdepodobnosť spontánneho „samovyliečenia“ (2/3 až 3/4 jedincov). Pri traume typu II ide o opakované, vážne traumatizovanie najmä v detstvom veku, kde dôsledkom môže byť (neskôr postulovaná) tzv. komplexná posttraumatická stresová porucha. Tu nemožno očakávať spontánne odznenie symptómov. Pojem komplexnej PTSP zaviedla J.L. Herman v r. 1992. (V slovenčine vyšiel v roku 2001 preklad jej knihy Trauma and Recovery pod názvom Trauma a uzdravenie). Okrem iných symptómov PTSP je tu typická najmä porucha regulácie afektov, amnézia a disociácia, somatoformné poruchy, narušené vnímanie seba a násilníka, porucha vzťahov a osobného hodnotového systému. V r. 1996 bola „Porucha pri extrémnej záťaži, bližšie nešpecifikovaná“ – „Disorder of extreme stress not otherwise specified“ – DESNOS akceptovaná Americkou Psychiatrickou Asociáciou a zaradená v osobitnej časti „Asociované príznaky a poruchy“ do DSM IV. Doteraz mala k tomuto pojmu v MKCH 10 najbližšie kategória „Pretrvávajúca zmena osobnosti po extrémnom traumatickom zážitku“ – F 62.0, ktorá však vystihovala iba časť zmien.

Fáza 2: Stabilizácia

Táto fáza môže byť pri nekomplikovanej posttraumatickej stresovej poruche veľmi krátka (aj 1–2 sedenia), pri komplexnej PTSP však môže trvať aj roky a v určitých extrémnych prípadoch sa ani nemusí podariť v terapii dôjsť ku samotnej konfrontácii s traumatickým zážitkom. Táto fáza je často podceňovaná, ale nedostatočná stabilizácia vedie k príliš veľkej záťaži vo fáze spracovávania, k dekompenzácií a k retraumatizácii pacienta. Základom je edukácia, často sa zdôrazňuje aj princíp tzv. „normalizácie“. Väčšina neurofyziologických fenoménov, ktoré sa objavujú po vážnej psychickej traumatizácii pacientov irituje a láká. Sú to však prirodzené a pochopiteľné obranné mechanizmy alebo fenomény, ktoré priamo súvisia s pokusmi psychiky vysporiadať sa so zážitkami. „Ide o normálnu reakciu na nenormálne zážitky“. Veľmi užitočným sa javí začlenenie evolučných a etologických aspektov do edukácie (napr. reakcie boj, útek, „ustrnutie“ – reflex stávania sa mŕtvym). Základnými cieľmi stabilizácie je získanie vnútornej stability ako základu pre konfrontáciu s traumou, získanie pozitívnych vnútorných obrazov ako zdrojov riešení pre konfrontáciu a vytvorenie základu pre integráciu traumatickej udalosti a novú orientáciu. Stabilizácia zahŕňa somatickú, sociálnu a psychickú oblasť. **Somatická stabilizácia** znamená liečbu somatických dôsledkov traumatického zážitku a zabezpečenie dostatočnej stability chronických ochorení, napr. ICHS, hypertenzia a očné

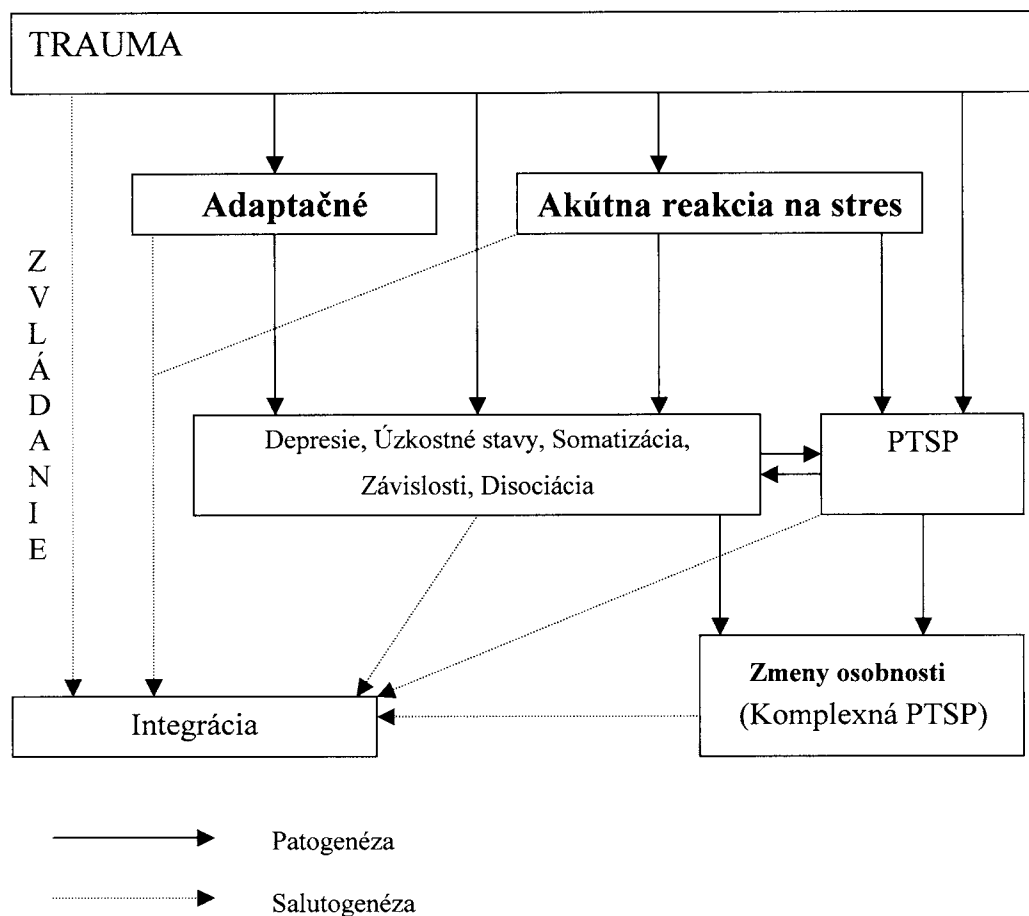
choroby najmä u starších ľudí. Zvláštnu pozornosť si vyžadujú psychické ochorenia, najmä abúzus a závislosti od psychotropných látok a depresie. **Sociálna stabilizácia** zohľadňuje základné životné podmienky, podpornú sociálnu sieť, zvládanie problémov každodenného života. Jedno z najdôležitejších pravidiel pred spracovávaním traumatických zážitkov je ukončenie kontaktu s násilníkom, čo nemusí byť vždy jednoduché, najmä u detí traumatizovaných rodičmi alebo príbuznými. **Psychická stabilizácia** zahŕňa široké spektrum intervencií zameraných na posilnenie sebavedomia a pocitu vlastnej hodnoty pacienta, zlepšenie schopností zvládať záťaž, diferenciacii a regulácii afektov, budovanie pozitívnych zdrojov, zlepšovanie schopnosti dištancovať sa od traumatického materiálu keď je to potrebné a zároveň ho dávkovať, prácu s telom, stratégie zvládania úzkosti, asertivitu a mnohé ďalšie. Využívajú sa imaginatívne techniky (ako základ – imaginácia bezpečného miesta), na telo orientované (koncentratívna pohybová terapia) a kognitívne behaviorálne prístupy. Samozrejmosťou je budovanie kvalitného terapeutického vzťahu.

Technické inštrukcie

V priebehu EMDR terapie je niekoľko technických odlišností od klasických psychoterapeutických metód. Jedno sedenie trvá zvyčajne 90 minút. Sedenie a pozíciu je potrebné upraviť tak, aby bolo možné použiť bilaterálnu stimuláciu. Terapeut a pacient sedia preto oproti sebe, ale nie na jednej priamke (metaforicky povedané ako dve míňajúce sa autá v protismere) tak, aby terapeut mohol použiť svoju ruku na bilaterálnu stimuláciu – pohyb zo strany na stranu pred pacientovými očami, ruka s vertikálne vztýčeným ukazovákam a prostredníkom. Pozíciu a vzdialenosť upravujú tak, aby bolo pre pacienta prijateľné sledovať ruku terapeuta, podobne aj optimálnu rýchlosť očných pohybov (zvyčajne cca 1 Hz), ktorú však v priebehu terapie možno podľa potrieb meniť. Jeden set má zvyčajne 20–30 pohybov. Po každom sete terapeut ruku stiahne, inštruuje pacienta, aby sa na chvíľu odpútal od procesu, zhlboka sa nadýchol a krátko povedal, čo sa objavilo, čo prežíva. Po krátkej odpovedi pokračujú v bilaterálnej stimulácii. Je možné využiť aj iné formy bilaterálnej stimulácie – tapping (dotyky na chrbtoch dlani), zvukovú stimuláciu cez slúchadlá, príp. použitie prístroja so svetelnou lištou. Dopredu si je potrebné dohodnúť, či si pacient želá, alebo toleruje dotyk terapeuta, čo môže byť veľmi užitočné napr. pri prerušení prípadne flashbacku, disociácie, alebo ako podporný krok pri silných a búrlivých abreakciách. Zvlášť dôležité to je v prípadoch sexuálnych násilných činov, fyzickom zneužívaní a pod. Terapeut vždy pred začatím spracovávania pripomenie pacientovi dohodnutý STOP signál, ktorým môže pacient prerušiť proces a ktorý bude terapeut v každej situácii plne rešpektovať.

Fáza 3: Vyhodnocovanie traumatických zážitkov

Známe traumatické zážitky možno usporiadať podľa časovej následnosti (tzv. mapa tráum). Pri výbere traumatického

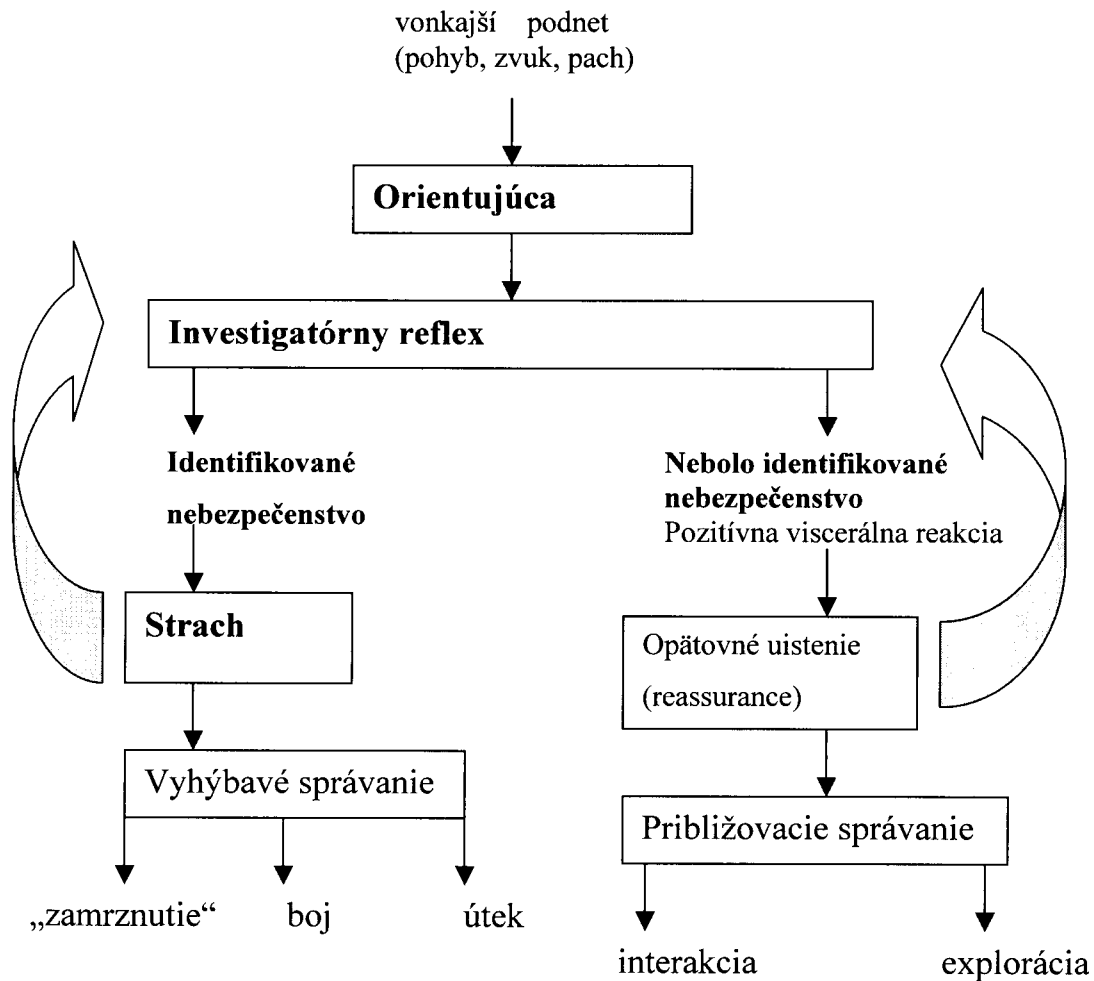


Obrázok 2. Dynamika traumatického procesu a problém diagnostiky (Flatten a spol., 2004)

zážitku k spracovávaniu je potrebné zohľadniť nielen symptomatické odbremenenie (spracovávanie prednostne tých zážitkov, ktoré spôsobujú najväčšie problémy v každodennom fungovaní), ale aj schopnosť pacienta spracovávať ťažšie zážitky, ktorá sa zvyčajne v priebehu terapie zlepšuje (nie najťažšie na začiatok). Zvyčajne sa odporúča pracovať najprv s neskoršími zážitkami, nie s ťažkými zážitkami z detstva (obr. 2). Štandardný protokol EMDR zahŕňa tri časové dimenzie: 1. spracovanie traumatických spomienok z minulosti, 2. spracovanie spúšťačov a záŕaží v súčasnosti, 3. spracovanie očakávaní (najmä strachom obsadených) v budúcnosti. V tretej fáze sa volí a špecificky hodnotí spomienka na traumatický zážitok, aby mohla byť v ďalšom priebehu terapie adekvátne spracovaná. Zvyčajne terapeut s pacientom prejedná nasledujúce body, najlepšie v tomto poradí:

1. Traumatický zážitok. Často je to reprezentatívny zážitok pre skupinu podobných zážitkov.

2. Reprezentatívny obraz tohto zážitku, t.z. najviac zaťažujúci moment.
3. Negatívnu kogníciu k traumatickej spomienke (často sa týka sebahodnoty, viny, napr. „Som hrozny.“).
4. Pozitívnu kogníciu (zvyčajne polárnu k negatívnej kognícii), ktorá vyjadruje, ako by pacient v tejto chvíli rád o sebe zmýšľal (napr. „Som v pohode taký, aký som“).
5. Platnosť pozitívnej kognície na stupnici od 1 do 7. Validity of Cognition - VoC; 1 znamená, že to „vôbec neplatí“, 7 „platí úplne“.
6. Pocity spojené so zážitkom.
7. Stupeň subjektívnej záŕaže v súvislosti so zážitkom. Túto škálu vytvoril Wolpe-Subjective Units of Discomfort - SUD, kde 0 znamená „žiadnu záŕažu“ a 10 „maximálne možnú predstaviteľnú záŕažu“.



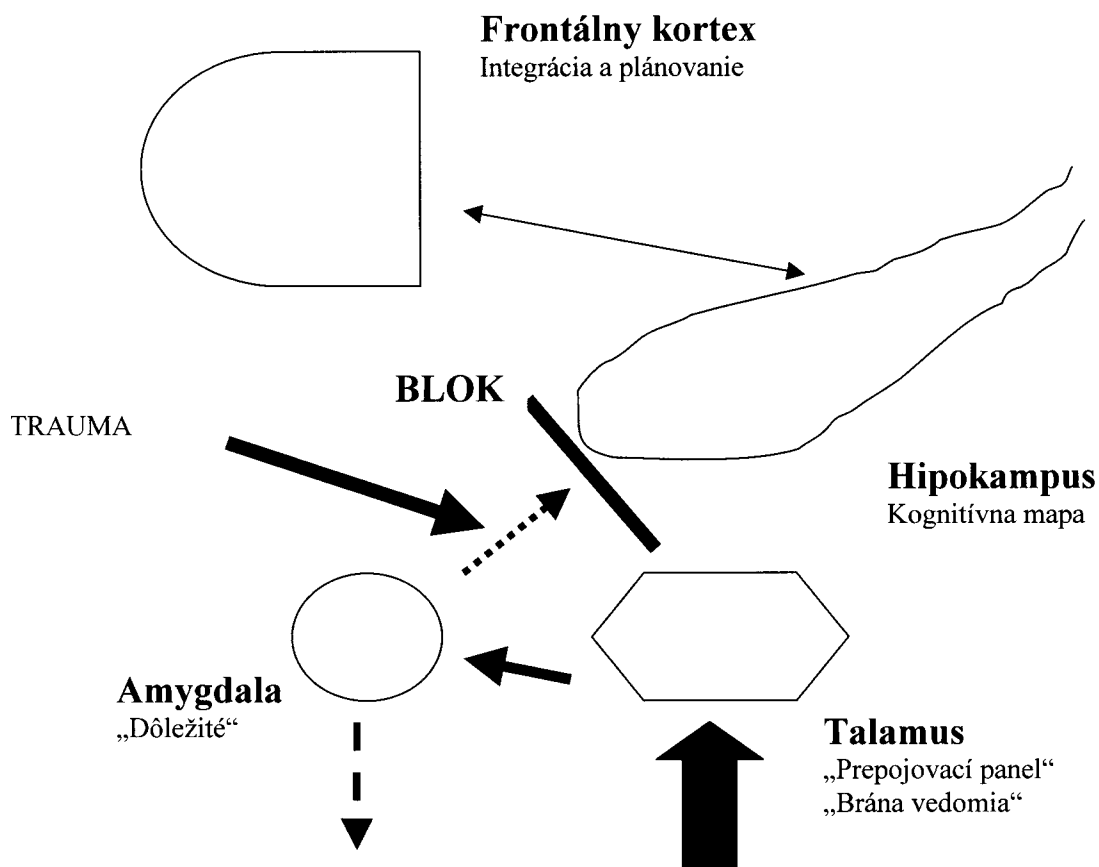
Obrázok 3. Orientujúca reakcia, investigatórny reflex a jeho „slučky“ (MacCulloch a Barrowcliff, 2001)

8. Telesné vnemy, resp. ich lokalizáciu, ktoré pacient aktuálne pociťuje.

Negatívnu kogníciu môžeme charakterizovať ako súčasné iracionálne presvedčenie vzťahujúce sa na seba, najlepšie v tzv. „Ja forme“, ktoré súhlasí s asociovanými emóciami a týka sa zážitku. Triafa priamo do jadra problému a je generalizovateľná na podobné zážitky. Pozitívna kognícia predstavuje perspektívu v smere pacientom žiadanej zmeny, má byť aspoň čiastočne reálna. V tejto fáze ide najmä o kvalitné sprístupnenie traumatického materiálu (teda dysfunctionálne uložených informácií) – viď ďalej systém adaptívneho spracovávania informácií, ktorý je spracovávaný v ďalšej fáze. Okrem toho stupnice VoC a SUD poskytujú kvantifikáciu platnosti pozitívnej kognície a stupňa záťaže, čo umožňuje sledovať a hodnotiť dosiahnuté zmeny.

Fáza 4: Desenzitizácia a spracovávanie

Ak je pacient v kontakte s traumatickou udalosťou (zameranie pozornosti na obraz udalosti, negatívnu kogníciu a telesné vnemy), začína terapeut s bilaterálnou stimuláciou. Nasleduje veľmi individuálny proces, v ktorom sa na základe vnútorného systému spracovávania informácií spracováva traumatická spomienka. Ide v podstate o samouzdravovací proces pacienta. Spracovávanie prebieha akoby v tzv. „kanáloch“, čo je metafora pre priebeh zmien počas spracovávania bilaterálnou stimuláciou, ktoré sa odvíja z tzv. „uzla“ traumatickej schémy. Kanál môže obsahovať obrazy, kognície, afekty alebo telesné vnemy. Počas setov bilaterálnej stimulácie sa tieto môžu akokoľvek meniť, prelínať, strieďať, alebo aj zostať len ako vnemy. Koniec kanála predsta-



Obrázok 4. Psychotrauma ako narušené spracovávanie informácií (podľa Van der Kolk, 1997)

vuje určité ukončenie jedného asociačného procesu. Potom terapeut vracia pacienta naspäť k pôvodnému zážitku. Zvyčajne sa objaví nejaká záťaž alebo nový materiál, ktorý sa ďalej spracováva. Celková doba spracovania je veľmi individuálna, pri jednoduchých PTSP môže v priebehu 3–5 sedení dôjsť k úplnému spracovaniu traumatického zážitku, pri komplexnej PTSP, ktorá vyžaduje náročnejšiu stabilizáciu môže spracovávanie trvať aj veľké množstvo sedení.

Spracovávanie – centrálny element EMDR

V priebehu 4. fázy existuje minimálne 6 typických foriem spracovania. Prvé 3 formy – asociatívne, imaginatívne a prázdne spracovanie – možno považovať za bezproblémové, abreakcia môže byť v závislosti od intenzity a terapeutickú situáciu aj veľmi problematická a zaplavenie a zacyklenie sa považujú skôr za komplikácie. Zvláštnym prípadom je blokáda. Tieto formy sa počas spracovania môžu meniť, prechádzať jedna do druhej, ale pacient má zvyčajne sklon pracovať práve v jednej z týchto foriem. Z klinického

hľadiska je pre terapeuta dôležité, aby sa vyhol problematickým formám, alebo (ak sa objavia) aby ich zvládol tak, aby proces posunul správnym smerom. V tejto fáze je terapeut relatívne málo aktívny. Ide o sebauzdravovací proces psychiky pacienta, ktorý má svoju vlastnú logiku. Pri **asociatívnom spracovaní** sa priebeh asociačného rešazenia veľmi podobá tomu, čo poznáme z psychoanalytickej teórie, len je podstatne urýchlený. Pri **imaginatívnom spracovaní** pacient spontánne spracováva svoju spomienku v symbolicko – metaforickej forme (často vo forme „práce s vnútorným dieťaťom“). **Prázdne spracovanie** sa najviac podobá klasickému desenzitizácii. Traumatický zážitok vtedy počas jednotlivých setov očných pohybov postupne „bledne“, stupeň záťaže sa zmiernuje bez toho, aby dochádzalo k intenzívnejšiemu emočnému prežívaniu. **Abreakcia** je pre pacienta aj terapeuta náročnejšia a objavuje sa zvyčajne na začiatku spracovania alebo pri objavení sa doteraz nevedomých častí spomienok. Pri abreakcii môže dôjsť aj k **zaplaveniu** pacienta až po vymiznutie vnímania hranice minulosti a prítomnosti

a stratu kontaktu s realitou vo flashbacku, alebo k disocia-
tívnej reakcii s rozličnými fenoménmi tranzu. **Blokáda** môže
náhle zastaviť proces, na jej odstránenie sú potrebné špecifické
intervencie. Často sú príčinou tzv. blokujúce presved-
čenia, v pozadí ktorých môžu byť iné nespracované zážitky.
Podobne je to pri **zacyklení**. Vo fáze spracovávania a vo vše-
obecnosti v priebehu celej terapie terapeut pracuje s pa-
cientom v určitých optimálnych hraniciach záťaže – v tzv.
„okne tolerancie“. Pokiaľ záťaž presahuje zvládacie schop-
nosti pacienta, môže to spôsobiť retraumatizáciu a destabi-
lizáciu v akejkoľvek forme; v opačnom prípade, ak pacient
nie je v kontakte s traumatickým materiálom, nie je možné
pracovať na jeho integrácii.

Fáza 5: Zakotvenie

Fáza 5: Zakotvenie nastupuje až po úplnom spracovaní trau-
matickej spomienky vo fáze 4, kedy sa po opätovnom návrate
k pôvodnému zážitku už neobjavil žiadny zaťažujúci mate-
riál. SUD hodnota je na 0 alebo 1. Opakovanou bilaterálnou
stimuláciou (pomalšie a kratšie sety) spojenou so zamera-
ním sa na pozitívnu kogníciu dochádza k ďalšej generali-
zácii, upevneniu kognície a tiež k posilneniu dosiahnutého
pozitívneho efektu. Až keď je platnosť kognície medzi 6–7,
nasleduje ďalšia fáza.

Fáza 6: Telový test

Reziduálny, dysfunkčne uložený traumatický materiál sa ma-
nifestuje pomocou rôznych telesných symptómov. Môže to
byť napr. tlak, napätie alebo bolesti v rôznych častiach tela.
V tejto fáze sa hľadajú zvyškové senzorické fragmenty trau-
matického zážitku a následne sú ďalej spracované bilate-
rálnou stimuláciou, počas ktorej sa zmiernujú až vymiznú.
Cieľom je dosiahnuť neutrálny, resp. skôr pozitívny telesný
pocit. Ten je možné ďalšími setmi bilaterálnej stimulácie ešte
zosilniť a prehĺbiť (podobne ako pri zakotvení – pomalšími
pohybmi a kratšími setmi). Diagnosticky možno tieto frag-
menty hodnotiť ako funkčné alebo somatizačné poruchy. Ob-
javujú sa v zjavnom situačnom kontexte, v zmysle klasických
psychosomatických porúch.

Fáza 7: Ukončenie

Ukončenie sedenia prebieha v závislosti od toho, ako bola
traumatická spomienka spracovaná. Pri kompletom sedení
bola traumatická spomienka úspešne spracovaná, t.z. v ide-
álnom prípade je stupeň záťaže meraný SUD 0 a platnosť
pozitívnej kognície VoC 6–7. Aj po takomto spracovaní trau-
matickej spomienky môže proces pokračovať ďalej, môžu sa
v nasledujúcich dňoch objaviť nové spomienky, asociácie aj
sny, ktoré môžu byť podľa potreby materiálom pre ďalšie
spracovávania. Pri inkompletom sedení nebola traumatická
spomienka úplne spracovaná a ku koncu sedenia pretrváva
zjavná záťaž pacienta, čo sa u ťažko traumatizovaných pa-
cientov stáva často. V takomto prípade terapeut s pacientom
neprehodnocuje stupeň záťaže ani platnosť pozitívnej kog-
nície (SUD a VoC), ani telový test. Okrem podpory a po-

vzbudenia potrebuje pacient v tejto situácii najmä získať
odstup od traumatických spomienok, na čo sa využívajú
rôzne stabilizačné a dištančné techniky, najmä imaginácia
„bezpečného miesta“, imaginatívne cvičenie s „trezorom“ na
dočasné odloženie traumatických spomienok, rôzne krátke
relaxačné cvičenia a ďalšie. Cieľom je zabezpečenie dosta-
točnej stability pacienta na záver sedenia, aby sa bez väčších
problémov mohol vrátiť do bežného života.

Fáza 8: Preskúšanie, plánovanie

Pri prehodnocovaní dosiahnutých zmien a plánovaní ďalšej
terapie sa zohľadňuje nielen minulosť, ale aj súčasnosť a bu-
dúcnosť. Užitočné je položiť si najmä nasledujúce otázky:
Môže pacient „uzavrieť mier“ so svojou minulosťou? Je si
plne vedomý svojich síl a schopností a dokáže ich adekvátne
uplatniť? Dokáže sa do budúcnosti adekvátne rozhodovať?
Dokáže intrapsychické zmeny dosiahnuté v terapii primerane
uplatniť vo svojom sociálnom systéme?

Teórie k mechanizmu účinku

Existuje viacero faktorov, ktoré sú potenciálnymi význam-
nými terapeutickými premennými, je to najmä bezpečie v te-
rapeutickom vzťahu (asociácia s Bowlbyho bezpečnou zá-
kladňou (Hašto, 2005), v tomto kontexte s ohľaduplným
prístupom a zaoberaním sa nespracovanými zážitkami pa-
cienta, forsírované asociácie, aktivácia sledujúceho správania
(pohyby očí alebo vnímanie inej bilaterálnej stimulácie)
s aktiváciou systému adaptívneho spracovávania informácií
a jasné štrukturovanie kognitívneho problému. Otázky pres-
ného mechanizmu účinku nie sú v súčasnosti stále dosta-
točne zodpovedané. Uvažovalo sa najmä o podobnom me-
chanizme ako pri expozičných metódach, EMDR sa tiež pri-
rovnávala k určitej variante hypnózy, zvažovala sa teória
duálnej pozornosti, ale proti každej hypotéze sa našli vý-
znamné protiargumenty. V súčasnosti najviac akceptovaným
vysvetlením je relaxačná a orientujúca reakcia. Vo fáze 4
dochádza napriek aktivácii traumatickej spomienky k auto-
nómnej relaxačnej reakcii, ktorú popísal už v r. 1976 Ben-
son (Hofmann, 1999). Orientujúcu reakciu „orienting re-
sponse“ (OR) opísal ako prvý Pavlov v roku 1927. Je to
špecifická behaviorálna odpoveď, ktorá umožňuje z okolia
extrahovať informácie, ktoré sa zdajú byť pre jedinca dôle-
žité. OR môže byť spustená akýmkoľvek novým podnetom
z prostredia. Zložky OR sú telesné (napr. pohyby hlavy, roz-
šírenie očí, nastraženie uší u zvierat), senzorické (napr. ak-
tivácia analyzátorov vedúca k zvýšeniu senzitivity na pe-
riférnej aj kortikálnej úrovni), autonómne (zvýšený prietok
krvi mozgom, zmena vodivosti kože-galvanic skin response
– GSR) a elektroencefalografické (desynchronizácia á rytmu
v oblasti kortexu, ktorá zodpovedá za senzorické vnemy da-
ného stimulu). OR má dôležitú úlohu pri formovaní pod-
mienených reflexov. Existujú dve formy orientujúcej reak-
cie. Tzv. „alarmujúca“ a neskoršia „investigatórna“ alebo
„lokalizujúca“. Orientujúca reakcia spúšťa komplex dejov,
ktoré lokalizujú podnet a zisťujú jeho charakter a význam.

Ak je podnet vyhodnotený ako nebezpečný, dôsledkom je negatívna viscerálna odpoveď a snaha vyhnúť sa nebezpečenstvu – teda útek, boj, alebo ustrnutie. Je zrejmé, že na tomto komplexnom deji sa podieľajú aj v pamäti uložené minulé skúsenosti s podobnými objektami. V prípade, že podnet nepredstavuje nebezpečenstvo, je to signál bezpečia, nastupuje pozitívna viscerálna odpoveď, de-arousal a jediniec sa vracia k predchádzajúcej činnosti. Tieto dve „slučky“ sa navzájom vylučujú; ak nie je identifikované nebezpečenstvo, reflexne je hneď inhibované správanie zamerané na vyhnutie sa nebezpečenstvu (obr. 3). Pacient je počas sedenia EMDR v kontakte s traumatickým materiálom (podmieneny strach), zároveň je očnými pohybmi vyvolaná investigatívna reflexná reakcia, ktorá však v reálnej situácii terapeutického sedenia neregistruje žiadne nebezpečenstvo. Nastupuje de-arousal reflex, ktorý anuluje podmienený strach tým, že spojí de-arousal a pozitívne pocity s pôvodným podmieneným stimulom. Tento mechanizmus sa v súčasnosti považuje za jeden z najpravdepodobnejších a bol potvrdený viacerými štúdiami (Armstrong a Vaughan, 1996, MacCulloch a Feldman, 1996, Barrowcliff a spol., 2003, 2004, Kuiken a spol., 2001, 2002, Christman a spol., 2003).

Model adaptívneho spracovania informácií (Adaptive Information Processing) AIP vytvorila F. Shapiro (1995). Opierala sa aj o terminológiu neurofyziologického spracovania informácií, ktorú zaviedli Bower v r. 1981 a Lang v r. 1979. Ten zodpovedá chápaniu Freuda a Pavlova (Shapiro, 1998). Predpokladá, že človek má vrodenný systém spracovania informácií, ktorý ich spracováva smerom k adaptívnemu stavu. Tým sa rozumie, že sa vytvorí spojenie s adekvátnymi asociáciami, že človek dokáže svoju skúsenosť konštruktívne využiť a že ju integruje v pozitívnej emocionálnej a kognitívnej schéme. Model chápe pamäť ako prepojené siete, ktoré sa organizujú okolo najvčasnejších spolu súvisiacich zážitkov a s nimi spojenými afektami. Pamäťové siete obsahujú myšlienky, obrazy, emócie a vnímania. Tento systém zvyčajne funguje primerane. 2/3 ľudí, ktorí zažili ojedinelú, stredne závažnú traumatizujúcu udalosť ju dokáže dobre spracovať a integrovať bez terapeutickje pomoci. V prípade ťažkej psychickej traumy však môže dôjsť k narušeniu tohto spracovania. AIP model predpokladá, že ak sa informácia vzťahujúca sa na traumatizujúci zážitok nespacovala úplne, počiatočné vnímania, emócie a myšlienky sa uchovávajú tak, ako boli prežívané v čase udalosti (obr. 4). Sú teda uložené v určitej „vzhľadom na stav špecifickej“ forme, čiastočne sensoricky fragmentované, izolované a ako informácia „uväznené“ alebo zaseknuté, bez prepojenia s adaptívnejšími sieťami, teda ide o dysfunkčne uloženú informáciu. Tá môže byť aktivovaná rôznymi vnútornými aj vonkajšími faktormi a prejavuje sa potom vo forme desivých snov, flashbackov, intruzívnych myšlienok a mnohými ďalšími symptómami. Takto môže byť dysfunkčne uložená informácia základom mnohých duševných porúch. AIP model predpokladá, že bilaterálna stimulácia aktivuje tento človeku vlastný systém spracovania informácií. Počas EMDR liečby sa vytvára spojenie medzi vedomím a dysfunkčne uloženou informáciou a tým je možné jej spracovanie. Ide

vlastne o proces učenia. Z uvedeného vyplýva, že EMDR by mohla byť efektívna vo všetkých prípadoch, kedy príčinou symptómov je dysfunkčne uložená nespacovaná informácia (Shapiro 1998). Tento model sa pokúša detailnejšie objasniť aj teória zmeny interhemisferickej komunikácie, podľa ktorej počas bilaterálnej stimulácie dochádza k synchronizácii stimulácie a inhibície v predtým izolovaných neuronálnych sieťach pravej a ľavej hemisféry, čo vedie k prieniku racionálnych a emocionálnych aspektov spomienky a reštrukturalizácii v prežívaní spomienky. (Hofmann 1999). Hypotéza, že EMDR je určitým spôsobom podobné procesom počas REM spánku, je jedným z najstarších pokusov o vysvetlenie mechanizmu účinku EMDR. Tento mechanizmus je podobný s mechanizmom učenia a pamäte a najväčší význam tu má hipocampus, neokortex a acetylcholinergická mediácia (Stickgold 2002). V súčasnosti sa za najpravdepodobnejšie mechanizmy považujú procesy, ktoré sa týkajú súvislosti s REM spánkom a orientujúcou reakciou v rámci modelu adaptívneho spracovania informácií (Hofmann 1999).

Záver

Terapia PTSP a zážitkovo podmienených syndrómov nie je jednoduchá. V súčasnosti sa jasne ukazuje vyššia účinnosť psychoterapie pred psychofarmakoterapiou (Van Etten a Taylor, 1998), hoci psychofarmaká majú svoje významné miesto pri stabilizácii a najmä v úvodných fázach liečby. Z psychoterapeutických prístupov sa uplatňujú najmä psychodynamické prístupy vrátane katatýmne imaginatívnej psychoterapie, hypnóza a rôzne kognitívne behaviorálne techniky. EMDR je integratívnym psychoterapeutickým prístupom, ktorý využíva psychodynamické prvky, z nich najmä forsírované voľné asociácie, imaginatívne techniky, kognitívne prvky KBT (hodnotenie VoC, SUD, formulácia kognícií), sledovanie bilaterálnej stimulácie a prácu s telom. Podporuje a využíva samouzdravovacie schopnosti jedinca. Nenahrádza schopnosti terapeuta, ale dopĺňa ich a pri správnom použití dokáže výrazne prispieť k zmierneniu záťaže jedinca. Je medzinárodne akceptovanou metódou, ktorej účinnosť je na úrovni účinnosti kognitívne behaviorálnych techník, navyše je menej časovo náročná (Hofmann, 1999). Napriek tomu vyvoláva určité skeptické postoje, pravdepodobne kvôli doteraz nie jednoznačne objasnenému mechanizmu účinku. V súčasnosti prebieha intenzívny výskum, kde významnú rolu majú nové neurobiologické poznatky a moderné neurozobrazovacie metódy (SPECT, PET, fMR), napr. v súvislosti so zmenami objemu hipocampu. Verím, že tento psychoterapeutický prístup môže podstatnou mierou prispieť k zlepšeniu odbornej kompetencie terapeutov, ktorí sa v praxi zaoberajú liečbou zážitkovo podmienených syndrómov.

Literatúra

- Armstrong, M.S., Vaughan, K.:** An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1996, č. 1, s. 21-32.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., MacCulloch, S., Freeman, T.C.A., MacCulloch, M.J.:** Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 2003, s. 289-302.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., Freeman, T.C.A., MacCulloch, M.J.:** Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 2004, s. 325-345.
- Fischer, G., Riedesser, P.:** *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München: UTB (Reinhardt), 1998, 383 s.
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Liebermann P., Reddemann L., Siol T., Wöller W., Petzold E.R.:** Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext, Reihenherausg.: Rudolf, G., Eich, W. (Eds.), 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer 2004, 186 s.
- Hašto, J.:** *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*, Trenčín, Vydavateľstvo F 2005, 300 s.
- Hofmann, A.:** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, unter Mitarbeit von G. Fischer, N. Galley und R. Solomon, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 1999, 149 s.
- Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E., Phaneuf, K.A.:** Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 2003, s. 221-229.
- Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., Smith, L.:** Eye movements desensitization and reprocessing facilitates attentional orienting. *ImaginationCognition and Personality*, 21, 2001-2002, č. 1, s. 3-20.
- MacCulloch, M.J., Barrowcliff A.L.:** The de-arousal model of Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Part I: A theoretical perspective on EMDR-prednáška na konferencii EMDR Europe 5. mája 2001, Londýn 2001, 13 s.
- MacCulloch, M.J., Feldman, P.:** Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 1996, s. 571-579.
- Shapiro, F.:** *EMDR Grundlagen und Praxis, Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*, Junfermann, Paderborn, 1998, 485 s.
- Shapiro, F., Forrest, M.S.:** *EMDR in Aktion, Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis*, Junfermann, Paderborn, 1998, 341 s.
- Stickgold, R.:** EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, s. 61-75.
- Van der Kolk, B., Burbridge, J., Suzuki, J.:** The psychobiology of traumatic memory: Clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, 821, s. 99-113
- Van Etten, M., Taylor, S.:** Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 1998, s. 126-144.

Do redakcie došlo 12.11.2006.