

Jadwiga Berezowska-Pogoń

Zastosowanie techniki EMDR w pracy z pacjentami kardiologicznymi

Application of the EMDR technique in the work with cardiological patients

Oddział Kardiologii Miejskiego Szpitala Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie

Wstęp

Choroba niedokrwienności serca i jej najbardziej spektakularny przejaw, jakim jest zawał mięśnia sercowego, zaskakująca i niejednokrotnie szokująca chorego diagnoza – może być uważana za wydarzenie krytyczne, które może prowadzić do powstania ostrego kryzysu (29, 13, 1, 21). Jest to stały problem, z jakim zmagają się psychologowie pracujący w kardiologicznej służbie zdrowia (23, 25). Wiemy jednak także, że wnikliwy wywiad psychologiczny może ujawnić występowanie w życiu chorego wcześniejszych, traumatycznych wydarzeń, a cierpienie, będące ich następstwem, i niejednokrotnie pojawiające się objawy stresu posttraumatycznego mogą stanowić niebagatelny czynnik ryzyka chorób układu krążenia. Mogą także być mylone z objawami depresji endogennej, początkami psychozy lub prostą reakcją na sytuację choroby (15). W tym świetle szczególnie ważną wydaje się być terapia stresu pourazowego.

1. Cel pracy

Praca dotyczy stosowanej przez autorkę metody terapii krótkoterminowej, mającej na celu odzyskanie równowagi sprzed kryzysu u pacjentów kardiologicznych, u których rozpoznano objawy stresu pourazowego. Technika EMDR, wprowadzona w 1989 roku przez Francine Shapiro

(USA), polega na desensytyzacji i przeorganizowaniu emocjonalnym doznań traumatycznych przy użyciu symetrycznej stymulacji ośrodkowego układu nerwowego (26; <http://www.emdr.com>; <http://www.theness.com/articles/emdrnejs0401.html>).

2. Problematyka kryzysu emocjonalnego

Kryzys emocjonalny, jako stan o charakterze przejściowym, który może wystąpić u każdego i to niezależnie od poziomu jego zdrowia czy społecznego przystosowania: jest skutkiem złożonego splotu czynników: sytuacyjnych, ekonomicznych, społeczno-kulturowych, a także tych, które są związane z biegiem życia ludzkiego. Rozwijaniu się kryzysu towarzyszy wysoki poziom napięcia i lęku, co w rezultacie prowadzi do zablokowania, a czasem nawet do wyczerpania indywidualnych możliwości i środków zmagania się z przeciwnościami (15, 22). Jako stan przejściowy może jednak powodować konsekwencje, które po usunięciu przyczyny kryzysu lub opracowaniu nowych sposobów radzenia sobie z przeciwnościami – jeśli nie spowodowały trwałych zmian – mogą być nawet powodem rozwoju osobowego jednostki (1, 13). Jeśli jednak sytuacja kryzysowa nie ulegnie rozwiązaniu, konsekwencje utrzymywania się stałego napięcia wegetatywnego i pojawiająca się nierzadko depresja – nie rzucają łatwego powrotu do zdrowia, stanowiąc

przeszkodę tak na drodze prewencji wtórnej, jak i pierwotnej schorzeń somatycznych (18).

Termin kryzys w ujęciu psychologicznym mie- wa różne znaczeniowe odcienie. Definiowany jest także w kategoriach reakcji, z wyróżnieniem jej dwóch aspektów: emocjonalnego i poznaw- czego. Wg L. Silver i B. Wortman (28) reakcja emocjonalna na sytuację traumatyczną wiąże się z ostrym, silnym emocjonalnie przeżyciem – poczuciem lęku, bezradności i bezsilności. Więk- szość modeli radzenia sobie z kryzysem akcentuje właśnie aspekt emocjonalny, tzn. odzyskiwanie równowagi w zakresie zaburzonej sfery emocjo- nalnej. Są to np. teoria reakcji na kryzys Shontza, teoria uwalniania się od podniety Klin- gera czy model wyuczonej bezradności Seligma- na (31). Druga kategoria – reakcja poznawcza – dotyczy konieczności podjęcia wysiłku poz- nawczego w celu osiągnięcia przystosowania (13). Zdarza się jednak, że poznawcze opraco- wanie sytuacji traumatycznej zostaje zablokowa- ne w wyniku niezwykle silnego, ekstremalnego wydarzenia, które powoduje wystąpienie zaburzeń pourazowych (PTSD – *Post-Traumatic Stress Dis- orders*). Dane empiryczne, zgromadzone przez L. Silver i B. Wortman (18), dotyczące różnych rodzajów kryzysu: gwałtu, rozłąki, śmierci najbliż- szych, ostrej lub przewlekłej choroby, doprowa- dziły autorów do uogólnionego wniosku, że 1/3 ludzi nigdy nie osiąga przystosowania i nie moż- na wyróżnić konkretnych procesów przystoso- wania się do zagrażających wydarzeń, ponieważ występują znaczne różnice w zakresie sposobów reagowania na kryzys i radzenia sobie z nim.

Rozpoznanie PTSD (wg ICD-10 sklasyfikowa- nego wśród zaburzeń lękowych, z kodem F43.1), zgodnie z kryteriami DSM-IV zawiera wiele ele- mentów identycznych z rozpoznaniem zaburze- nia stresu ostrego, różni się natomiast znacznie, jeśli chodzi o nasilenie i okres utrzymywania się objawów (7). Będąca w stresie posttraumatycz- nym osoba wciąż na nowo przeżywa uraz, który pamięta w sposób fotograficzny. Prowadzi to do pełnego rozwoju fizjologicznych reakcji na dzia- łanie każdego wewnętrznego lub zewnętrznego sygnału, przypominającego którykolwiek z aspek- tów traumatycznego wydarzenia (w zakresie każdego ze zmysłów) (2). Zawężenie perspek- tywy, uczucie zobojeźnienia i obcości wobec in-

nych, ograniczenie i zawężenie uczuć i perspek- tywy czasowej, wszechogarniający niepokój i lęk – stanowiąc mogą bardzo poważny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca (11, 30). W tym świetle szczególnie ważna wydaje się być terapia stresu pourazowego, a ze względu na niewielkie możliwości czasowe pacjentów hospitalizowanych – zastosowanie metod o charakterze krótkoter- minowym.

3. Prezentacja stosowanej metody

Jednym ze sposobów terapii PTSD jest *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), technika rozwinięta przez Francine Shapiro (1989), polegająca na desynsytizacji i przeorganizowaniu emocjonalnym doznań trau- matycznych przy użyciu ruchów gałek ocznych lub symetrycznie podawanych bodźców z za- kresu innych zmysłów (słuchu lub dotyku). Po- dejście to wywodzi się z empirycznej obserwacji efektów, jakie wywierają ruchy gałek ocznych na emocjonalne i poznawcze przetwarzanie informa- cji. Autorka metody do ustalenia podstawowych kroków procedury dochodziła metodą prób i błę- dów, obserwując efekty kliniczne. Wszystkie teo- rie dotyczące działania tej techniki to wyjaśnienia *post factum* i żadna z nich nie została jeszcze potwierdzona. Model przyspieszonego prze- twarzania informacji – najczęściej stosowany do wyjaśnienia zasady działania terapii – odwołuje się do języka neurobiologii. W największym uproszczeniu model ten obejmuje takie pojęcia fizjologiczne, jak: aktywizacja sieci, przewarun- kowanie i asymilacja adaptacyjnej, uzdrawiającej informacji (17). Podczas terapii EMDR aktywizuje się sieć nerwową, zawierającą informację będącą celem pracy, łagodzi się skutki negatywne, zaś in- formacji nowej, która się w wyniku tego postępo- wania wyłania, nadaje się pozytywną wagę, po czym prowadzi się do jej funkcjonalnego zmagazy- nowania w pamięci (27).

Ponieważ rozważania teoretyczne, dotyczące mechanizmu działania EMDR nie mieszczą się w temacie niniejszego opracowania, chcę jedynie zaznaczyć, że wielu autorów zajmowało się tym tematem (m.in. 8, 9, 10, 20, 4, 3) w sposób kry- tyczny.

3.1 Opis metody: etapy i fazy EMDR

W niniejszym artykule zostanie opisana metoda EMDR w oparciu o informacje zaczerpnięte z podręcznika Francine Shapiro pt.: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Basic Principles, Protocols and Procedures* z 1995 roku. Ponieważ doświadczenia własne autorki artykułu z wykorzystaniem techniki EMDR u pacjentów kardiologicznych (opisane w następnej kolejności) dały zaskakująco dobre wyniki – jest to próba jej przybliżenia polskiemu czytelnikowi.

Leczenie metodą EMDR składa się z trzech elementów. Terapeuta powinien (1) zacząć od pierwotnego zdarzenia, którego rezultatem jest ustalona koncepcja kognitywno-afektywna, (2) wywołać terażniejsze bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, których wynikiem jest zachowanie, wynikające z wadliwej adaptacji oraz (3) „ustanowić” w świadomości pacjenta pożądaną reakcję poznawczo-behawioralną, czego wynikiem jest zwykle zwiększenie poczucia sprawczości u pacjenta. Pierwsze dwa etapy są niezbędne w celu osiągnięcia neutralizacji reakcji lękowej, zaś trzeci (instalacja) pozwala organizmowi na przyswojenie sobie (w wyobraźni) nowego wzoru myślenia i zachowania, zwiększając szansę trwałego efektu terapeutycznego w warunkach neutralnych (*in vivo*) (5).

Na terapię EMDR składa się zasadniczo 8 faz. Liczba sesji przypadających na każdą fazę oraz lista faz, przypadających na sesję różnią się znacznie, w zależności od klienta.

3.1.1. Faza pierwsza – Anamneza i planowanie terapii

W fazie tej oceniamy czynniki ryzyka, od których zależy dobór pacjentów do terapii. Jednym z najważniejszych kryteriów jest w tym wypadku umiejętność radzenia sobie z wysokim poziomem niepokoju, który może się pojawić podczas przetwarzania dysfunkcyjnej informacji. Ocenie podlegają zatem stabilność osobowości i aktualne ograniczenia życiowe. Trzeba zaznaczyć, że choć sytuacja emocjonalna pacjentów z powodu rozpoznania choroby serca, złego stanu zdrowia i konieczności pobytu w szpitalu już jest trudna – w sytuacji hospitalizacji stosowanie

metody okazuje się stosunkowo bezpieczne, ponieważ codzienny kontakt z terapeutą i środowisko zabezpieczające przed wystąpieniem niekontrolowanych reakcji ze strony ciała – zapewniają optymalne warunki. W przypadku chorych kardiologicznie jest to szczególnie ważne, ze względu na częste występowanie silnych reakcji emocjonalnych, powodujących zagrożenie znacznym wzrostem ciśnienia tętniczego lub zaburzeniami rytmu pracy serca (16). Kiedy pacjent zostanie zakwalifikowany do terapii, klinicysta zbiera informacje potrzebne do zaplanowania jej przebiegu. Ocenia całość obrazu klinicznego, łącznie z dysfunkcjonalnymi zachowaniami, objawami i cechami, wymagającymi interwencji. Ustala, jakie specyficzne cele będą wymagały przetworzenia. Mogą się nimi okazać:

- zdarzenia, które doprowadziły do rozwoju patologii,
- czynniki aktualnie uruchamiające materiał dysfunkcyjny oraz
- rodzaje potrzebnych na przyszłość pozytywnych zachowań i postaw.

3.1.2. Faza druga – Przygotowanie do terapii

Podczas fazy przygotowawczej klinicysta:

- nawiązuje głębszy kontakt terapeutyczny, rozmawiając z pacjentem o jego problemach,
- wyjaśnia, na czym polega proces EMDR i jego efekty,
- uczy go relaksacji,
- podejmuje środki ostrożności.

W tym momencie powinniśmy także zapoznać pacjenta z technikami wizualizacyjnymi. Dla autorki artykułu szczególnie przydatne okazały się takie, jak np.: „Bezpieczne Miejsce” – technika pozwalająca na szybkie znalezienie się w bezpiecznym, przyjaznym dla siebie, wcześniej „opracowanym” w wyobraźni miejscu, co znacznie obniża narastający poziom niepokoju, czy „Pudełko” – technika pozwalająca przerwać sesję przed zakończeniem przetwarzania (co często staje się konieczne z powodu ograniczeń czasowych), a polegająca na wyobrażeniowym zamknięciu problemu w dokładnie zwizualizowanym pudełku i przechowaniu go (np. na szafie) do następnej sesji.

Jeśli się okaże, że przy użyciu technik relaksacyjnych i wizualizacyjnych pacjent nie jest w stanie wyeliminować umiarkowanego niepokoju, powinno się przerwać dalszą terapię metodą EMDR (27).

Faza przygotowawcza służy także do:

- zapoznawania pacjenta z teorią i procedurami EMDR;
- podsunięcia mu kilku przydatnych metafor, ułatwiających przetwarzanie;
- poinformowania go o tym, jakich rezultatów można się realnie spodziewać.

Tutaj także powinno się omówić z pacjentem zagadnienie ewentualnych korzyści wtórnych – z czego będzie musiał zrezygnować lub z czym się zmierzyć, kiedy znikną patologiczne objawy. Jeśli pojawią się jakieś wątpliwości, trzeba się nimi zająć przed przystąpieniem do pracy z traumą. Jeśli zaś nadzieje na korzyści wtórne wynikają z niskiej samooceny czy irracjonalnych obaw, to one powinny pójść na pierwszy ogień (17).

3.1.3. Faza trzecia – Diagnostyka

W fazie tej terapeuta identyfikuje składniki celu i ustala poziom wyjściowy reakcji. Po zidentyfikowaniu traumatycznego wspomnienia prosimy pacjenta o wybranie obrazu, który najlepiej do tego wspomnienia pasuje. Następnie pacjent sam, jedynie z niewielką, nakierowującą pomocą terapeuty wybiera przekonanie negatywne, wyrażające dysfunkcjonalną, chorą ocenę samego siebie w związku ze swoim udziałem w tym zdarzeniu.

Przekonania negatywne są to w tym przypadku werbalizacje niepokojącego obrazu i mają postać takich zdań samooceniających, jak np.:

Jestem do niczego/bezwartościowy/niezastępujący na miłość.

Pacjent formułuje następnie przekonania pozytywne, którym później, w fazie instalacji (3.1.5) zastąpi przekonania negatywne. O ile to możliwe, przekonanie to powinno mieć wbudowany wewnętrzny mechanizm kontroli, np.:

Jestem wartościowy / godny miłości / dobrym człowiekiem / posiadam kontrolę/ uda mi się.

Pacjent ocenia trafność przekonania pozytywnego na 7-stopniowej Skali Trafności Poznania (STP), gdzie 1 to przekonanie całkowicie błędne,

a 7 – całkowicie prawdziwe. Następnie zestawia się obraz z przekonaniem negatywnym, by zidentyfikować negatywne emocje i poziom zaburzenia. Ten ostatni ocenia się na 11-stopniowej Subiektywnej Skali Jednostek Zaburzenia (SSJZ). Prosimy pacjenta o wskazanie liczby odzwierciedlającej intensywność emocji w momencie powrotu pamięcią do zdarzenia, gdzie 0 to brak zaburzenia, a 10 – zaburzenie najsilniejsze. Skala ta została stworzona przez Józefa Wolpego, w celu użycia przy desyntywacji systematycznej (3). Podczas sesji, pacjent może być kilkakrotnie proszony o przywołanie dawnego obrazu / wspomnienia i ocenienie go w tej skali, co jest potrzebne dla dokładnej oceny czynionych postępów. W miarę przetwarzania traumy, zarówno same emocje, jak i ich natężenie ulegają zwykle zmianie, a zaburzenie na krótko się nasila. Z doświadczeń autorki niniejszego opracowania wynika, że moment ten często bywa pozytywnym prognostykiem zakończenia przetwarzania.

Następnie prosimy pacjenta o wskazanie miejsca pojawienia się dolegliwości fizycznych, stymulowanych przez koncentrację na traumatycznym zdarzeniu. W ten sposób kończy się faza diagnostyczna, dzięki której wiadomo, jaki jest wyjściowy poziom reakcji na wspomnienie – cel, i jakie składniki traumy trzeba koniecznie uwzględnić, aby ją przetworzyć do końca.

3.1.4 Faza czwarta – Odczulanie

W fazie tej skupiamy się na negatywnych emocjach pacjenta, wyrażonych w jednostkach skali SJZ. Podczas fazy odczulania klinicysta powtarza serie EMDR z odpowiednimi modyfikacjami i zmianami obiektu koncentracji, dopóki poziom niepokoju nie spadnie do 0 lub 1 (ewentualnie do poziomu odpowiadającego aktualnym możliwościom pacjenta). Jest to znak, że pierwotna dysfunkcja związana z celem została zlikwidowana. Nie oznacza to jednak, że przetwarzanie dobiegło końca – w dalszych fazach znów trzeba będzie się zająć traumatyczną informacją. Trzeba również zaznaczyć, że w wielu przypadkach serie ruchów gałek ocznych (lub alternatywnych form stymulacji) nie wystarczą, by doprowadzić przetwarzanie do szczęśliwego końca. Jak

wynika z doniesień klinicznych, przez mniej więcej połowę czasu przetwarzanie ustaje i klinicysta musi się odwoływać do rozmaitych strategii dodatkowych oraz zaawansowanych procedur EMDR, aby je ponownie uruchomić (27 i doniesienia internetowe <http://www.tinker-wilson-emdrs.com>).

3.1.5. Faza piąta – Instalacja

Głównym celem tej fazy jest zainstalowanie i wzmocnienie wpływu przekonania pozytywnego, zidentyfikowanego przez pacjenta i mającego zastąpić wyjściowe przekonanie negatywne. Gdy poziom emocji, związany z traumatycznym zdarzeniem (celem) spadnie do 1 lub 0 w skali SJZ – prosimy pacjenta o zatrzymanie się jednocześnie na traumatycznym wspomnieniu i na przekonaniu pozytywnym, które wydaje mu się najstosowniejsze.

Przystępujemy następnie do dalszych serii ruchów gałek ocznych, kontynuując je, dopóki ocena przekonania pozytywnego na Skali STP nie wzrośnie do 6 lub 7 (w oparciu o najgłębsze odczucia pacjenta). Łącząc przekonanie pozytywne z celem, wzmacniamy między innymi siłę skojarzeniową, by w razie uruchomienia wspomnienia traumatycznego zdarzenia jego ponownemu uświadomieniu towarzyszyło teraz nowe, silne przekonanie o pozytywnym wydzwieku, np.:

To już minęło / nic mi teraz nie grozi.

Kiedy pacjent koncentruje się na przekonaniu pozytywnym, przenika ono do sieci zawierającej traumatyczne wspomnienie (cel), gdzie ulega generalizacji i tworzy nowe skojarzenia (19). Kryterium doboru pozytywnego przekonania jest jego zdolność do generalizacji, zmiany perspektywy maksymalnie dużej porcji dysfunkcjonalnego materiału oraz uzbrojenie pacjenta w siłę do radzenia sobie z tym, co spotyka go obecnie i czeka w przyszłości.

3.1.6. Faza szósta – Przegląd ciała

Kiedy przekonanie pozytywne jest już w pełni zainstalowane, prosimy pacjenta o skoncentrowanie się jednocześnie na celu i przekonaniu pozytywnym i dokonanie w tym stanie przeglądu własnego ciała, od czubka głowy aż po palce stóp. Każdy przejaw zalegającego napięcia będzie przedmiotem pracy w dalszych seriach.

W wielu przypadkach napięcie znika samoistnie, ale zdarza się, że ujawnia się dodatkowa, dysfunkcyjna informacja, którą się trzeba zająć. Z doświadczeń autorki artykułu wynika, że u pacjentów somatycznych przegląd ciała jest bardzo ważną fazą. Odkrycie braku napięcia, które niejednokrotnie towarzyszyło im przez całe lata w różnych miejscach ciała, dokonywane często ze zdumieniem – znacznie poprawia ich nastrój i stwarza pozytywne perspektywy w dalszej terapii.

3.1.7. Faza siódma – Zakończenie

Bez względu na to, czy udało się w pełni przetworzyć materiał, czy nie, przed zakończeniem każdej sesji należy przywrócić pacjenta do stanu emocjonalnej równowagi. Jest to główne zadanie w tej fazie. Pojawiające się między sesjami niepokojące wyobrażenia, myśli i emocje świadczą o tym, że proces przetwarzania trwa nadal. Jest to objaw pozytywny. Prosimy więc pacjenta o prowadzenie notatek – zapisywanie pojawiających się negatywnych myśli, sytuacji czy marzeń sennych i wspomnień, które ewentualnie będą materiałem następnej sesji. Prowadzenie dzienniczka i techniki wizualizacji, których pacjent uczy się wcześniej, pełnią szalenie ważną rolę w zapobieganiu destabilizacji między sesjami. Trzeba także mieć pewność, że pacjent będzie umiał rozładować pojawiające się napięcie: może bowiem pojawić się efekt domino, polegający na tym, że w miarę przetwarzania informacji, stymulacja jednego wspomnienia negatywnego będzie prowadziła do aktywacji kolejnych (27).

3.1.8. Faza ósma – Sprawdzająca

Faza ta powinna być przeprowadzona na początku każdej nowej sesji. Prosimy pacjenta o ponowny dostęp do już przetworzonych celów i badamy jego reakcje, żeby ocenić trwałość dotychczasowych efektów terapeutycznych. O tym, czy terapia była skuteczna, można przesądzić dopiero po wnikliwym sprawdzeniu wyników procesu przetwarzania i efektów behawioralnych. Integrację oceniamy w kategoriach zarówno czynników intrapsychoicznych, jak i problemów

systemowych (5). Może się bowiem okazać, że efektem ponownego przetworzenia traumatycznego materiału są nowe zachowania, powodujące problemy rodzinne lub społeczne, wymagające ingerencji terapeuty. Faza sprawdzenia pozwala terapeutę planować poszczególne sesje EMDR i ustawić całe leczenie.

Tak więc – podczas terapii EMDR negatywne wyobrażenia, emocje i treści poznawcze ulegają rozmyciu i poczucie ich trafności maleje, zaś wyobrażenia, emocje i treści o zabarwieniu pozytywnym stają się bardziej wyraziste, a poczucie ich trafności rośnie.

4. Doświadczenia własne z techniką EMDR

4.1. Opis grupy

W okresie od listopada 1999 r. do września 2003 r. autorka opracowania zastosowała technikę EMDR w przypadku 48 chorych kardiologicznie. W stosunku do:

- dwudziestu z nich przyczyną zastosowania EMDR do psychoterapii była żałoba patologiczna, związana z tragiczną utratą najbliższych;
- w czterech – dokuczliwa, lecz prosta fobia, związana z traumatycznym wydarzeniem;
- w sześciu – wykorzystanie seksualne;
- w osiemnastu – wydarzenia z przeszłości, związane z byciem świadkiem i uczestnikiem przemocy.

Pacjenci – 39 kobiet i 9 mężczyzn – byli w wieku od 25 do 78 lat (średnia wieku: 52 lata, odchylenie standardowe 4,8). Znaczna przewaga płci żeńskiej w kwalifikacji do stosowania metody wiąże się prawdopodobnie z tematyką urazów, z większą skłonnością kobiet do podejmowania pracy wyobrazeniowej i być może z preferencji lub ograniczeń autorki niniejszego artykułu.

4.2. Warunki badania i terapii

Wszystkie oddziaływania diagnostyczne i terapeutyczne odbywały się na terenie Oddziału Kardiologii SMS im G. Narutowicza w Krakowie, w gabinecie psychologa. Wywiad psychologiczny i badania testowe wykonywane były przed południem, natomiast wszystkie sesje EMDR od-

bywały się w godzinach popołudniowych, aby pacjenci mieli zapewniony większy komfort psychiczny i spokój (po południu nie odbywają się badania diagnostyczne i pacjent bardziej swobodnie dysponuje swoim czasem). Gabinet psychologa zaopatrzone jest w aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, istnieje także możliwość bezpośredniej komunikacji z lekarzem i pielęgniarką. Pacjenci siedzieli w wygodnym fotelu z oparciem na głowę, a gabinet był wystarczająco jasno oświetlony.

4.3. Dobór pacjentów do terapii

Dobór pacjentów do terapii poprzedzony był wnikliwym wywiadem klinicznym. Nawiązanie dobrego kontaktu emocjonalnego z pacjentem pozwalało zwykle na uzyskanie dostępu do informacji o traumatycznych wydarzeniach z jego przeszłości i przerywało izolację psychiczną, związaną z wciąż na nowo przeżywanym wydarzeniem traumatycznym. Z 48 pacjentów, w stosunku do których zastosowano technikę EMDR – wywiad psychologiczny był jedyną techniką diagnostyczną w stosunku do 14 osób. W stosunku do pozostałych 34 pacjentów zastosowano także badania przesiewowe, standardowo stosowane na Oddziale Kardiologii, tzn. Skalę Wydarzeń Życiowych Holmesa i Rahe, Skalę Depresji Becka, Test Linii Życia, Arkusz Samopoznania Cattella i Test Zdań Niedokończonych. Pacjenci, u których rozpoznano występowanie objawów stresu posttraumatycznego, mogącego mieć wpływ na ich stan somatyczny, byli poddawani treningowi relaksacji i podstawowych metod wizualizacyjnych. Wszyscy zostali zapoznani z procedurą EMD, z możliwościami i ograniczeniami tej techniki i wyrazili zgodę na jej zastosowanie. Wszystkich 48 pacjentów poddano procedurze wizualnej, z zastosowaniem ruchów gałek ocznych.

4.4. Warunki wyjściowe

Po zidentyfikowaniu traumatycznego wspomnienia i wyróżnieniu obrazu, który najlepiej do tego wyobrażenia pasuje, pacjenci wybierali przekonania negatywne, wyrażające dysfunkcjonalną samoocenę. Pacjenci z dużą łatwością tworzyli negatywne przekonania. Przekonania

pozytywne, z wbudowanym mechanizmem samokontroli, stanowiły dla nich ogromną trudność i ich tworzenie wymagało pracy terapeutycznej. Wynika to najprawdopodobniej z niejednokrotnie wieloletniego myślenia o samym sobie w kategoriach negatywnych i z zaniżonej samooceny. Pacjenci oceniali trafność przekonania pozytywnego na 7-stopniowej Skali Trafności Poznania (patrz.3.1.3.). Z 48 pacjentów:

- 39 oceniło przekonanie na poziomie 1 – jako całkowicie błędne,
- 9 oceniło przekonanie na poziomie 2.

W zestawieniu wybranego obrazu z przekonaniem negatywnym, na 11-stopniowej Subiektywnej Skali Jednostek Zaburzenia (patrz.3.1.3), pacjenci identyfikowali własne emocje negatywne i poziom zaburzenia.

Z 48 pacjentów:

- 23 pacjentów oceniło własny poziom zaburzenia na poziomie 10, czyli najwyższym,
- 17 oceniło własny poziom zaburzenia na poziomie 9,
- 8 na poziomie 8.

Pacjenci oceniali także dolegliwości fizyczne, pojawiające się w trakcie koncentracji na traumatycznym zdarzeniu. W większości dotyczyło to objawów napięciowych w okolicy brzucha (36 osób), pleców (34 osoby), szczęk (34 osoby), niepokoju w okolicy serca (33 osoby), drętwienia nóg (21 osób), bóli głowy (18 osób). W pojedynczych przypadkach występowały także innego typu dolegliwości: drganie powieki, nudności, „łaskotanie w okolicy podbrzusza”.

4.5. Ilość sesji

W przypadku wszystkich 48 pacjentów faza przygotowawcza, związana z diagnozą zaburzenia, nauką relaksacji i podstawowych technik wizualizacyjnych, a także zapoznawania z procedurą EMDR, odbywała się w ramach trzech spotkań około półtoragodzinnych (warunki pracy w szpitalu nie zawsze sprzyjają możliwości nieprzerwanego zajęcia z jednym pacjentem przez 1,5 godz.) lub czterech godzinnych. Natomiast ilość półtoragodzinnych sesji EMDR wahała się od jednej (w przypadku 6 osób), dwie (18 osób), trzy (22 osoby) do czterech (2 osoby).

4.6. Rezultaty terapii

Po zakończeniu oddziaływań terapeutycznych pacjenci oceniali trafność zainstalowanego przekonania pozytywnego na 7-stopniowej Skali Trafności Poznania. Z 48 pacjentów:

- 39 oceniło przekonanie na poziomie 7 – jako całkowicie prawdziwe,
- 8 oceniło przekonanie na poziomie 6,
- 1 osoba, w stosunku do której terapia nie została dokończona z przyczyn obiektywnych (nagle przeniesienie do innego szpitala) – na poziomie 5.

W zestawieniu wybranego obrazu z przekonaniem negatywnym na 11-stopniowej Subiektywnej Skali Jednostek Zaburzenia, pacjenci identyfikowali własne emocje negatywne dotychczas przeżywane i poziom zaburzenia.

Z 48 pacjentów:

- 36 oceniło własny poziom zaburzenia na poziomie 0, czyli najniższym,
- 11 oceniło własny poziom zaburzenia na poziomie 1,
- 1 pacjent na poziomie 3 (ten wynik dotyczy pacjenta, u którego nie została dokończona terapia).

W przeglądzie ciała i własnych dolegliwości udało się osiągnąć bardzo dobre rezultaty (biorąc pod uwagę, że pacjenci byli hospitalizowani z przyczyn somatycznych). Usunięte zostały wszystkie objawy napięciowe w ramach jamy brzusznej, szczęk i pleców, natomiast objawy niepokoju w okolicach serca ustąpiły u 12 osób (na 33), drętwienia nóg u 16 (na 21), a bóle głowy u 9 (na 18 osób). Pozostałe dolegliwości mogły mieć związek z chorobami podstawowymi pacjentów lub być skutkiem pobocznym brania leków kardiologicznych.

Ponieważ we wszystkich 48 próbach terapii udało się uzyskać zaskakująco dobre wyniki, związane z faktycznym przeorganizowaniem traumatycznego materiału z przeszłości, a mianowicie:

- podniesienie samooceny;
- uwolnienie od dręczących wspomnień i skojarzonych z nimi objawów;
- znaczące zwiększenie perspektywy w oglądzie własnej przeszłości, związane z pozytywną informacją, zorganizowaną w schematy emocjonalne i poznawcze

– stąd decyzja o poświęceniu paru słów tej technice.

5. Wnioski

Zaprezentowany krótki przegląd techniki jest jedynie zarysem postępowania. To, co autorka opracowania chciałaby zaakcentować jako jej ogromny plus, to wolność od ograniczeń czasowych. W modelu przyspieszonego przetwarzania informacji proces leczenia dysfunkcji psychicznej przebiega względnie niezależnie od czynnika czasowego, ponieważ bez względu na to, ile było niepokojących zdarzeń i bez względu na to, jak dawno miały miejsce – terapeutyczne efekty EMDR pojawiają się niemal natychmiast (26, 27, 5, 17).

W porównaniu z terapią konwencjonalną – zmiany w wyniku terapii EMDR zachodzą bardzo szybko, przypuszczalnie dlatego, że:

- można jednocześnie pracować nad całą wiązką wspomnień;
- uzyskuje się bezpośredni dostęp do materiału związanego ze stanem dysfunkcyjnym;
- stosuje się zogniskowane procedury;
- dzięki stymulacji wrodzonego układu przetwarzania, informacja jest prawdopodobnie przetwarzana bezpośrednio na poziomie fizjologicznym (27).

Jak wynika z klinicznej obserwacji sesji EMDR, także żadna istotna faza procesu leczenia nie zostaje pominięta:

- symbole stają się czytelne,
- pojawia się wgląd,
- pacjent się czegoś uczy i
- przechodzi przez różne stadia emocjonalnego rozwiązania problemu, przy czym wszystko odbywa się w przyspieszonym tempie.

Pomimo różnych wątpliwości, jakie nasuwają się – także i mnie – w stosunku do tej techniki, mogę jednak stwierdzić, że w mojej praktyce terapeutycznej jest niesłychanie pomocna. W ostatnim okresie pojawiła się wprawdzie pewna trudność, polegająca na skróceniu okresu hospitalizacji pacjentów kardiologicznych, co znacznie ogranicza możliwość stosowania techniki EMDR,

bowiem nawet jeśli się uda przeprowadzić fazy wstępne terapii, ambulatoryjne jej stosowanie u chorych kardiologicznie nie byłoby bezpieczne. Myślę jednak, że bardzo pozytywne wyniki, jakie udało mi się osiągnąć w przypadku chorych, u których bez zastrzeżeń można było zastosować powyższą technikę i następowała poprawa zdrowia somatycznego (znaczące zmniejszenie czynników ryzyka chorób serca), implikują konieczność rozszerzania wiedzy na jej temat.

Streszczenie

Jest rzeczą wiadomą, że choroba somatyczna, zaskakująca człowieka w pełni jego aktywności życiowej, zagrażająca życiu lub zdrowiu (zwłaszcza, gdy diagnoza jest szokująca dla chorego, a tak często się zdarza w chorobach układu krążenia), może być uważana za wydarzenie krytyczne, prowadzące często do powstania ostrego kryzysu (29). Wnikliwy wywiad psychologiczny może jednak ujawnić występowanie także w życiu chorego wcześniejszych, traumatycznych zdarzeń, co jest szczególnie ważne ze względu na fakt, iż objawy PTSD mogą stanowić czynniki ryzyka chorób układu krążenia lub być mylone z objawami depresji endogennej, początkami psychozy lub prostą reakcją na sytuację choroby. W tym świetle szczególnie ważna wydaje się być terapia stresu pourazowego. Artykuł dotyczy stosowanej przez autorkę u pacjentów kardiologicznych metody terapii krótkoterminowej, mającej na celu odzyskanie równowagi sprzed kryzysu – techniki EMDR, wprowadzonej w 1989 r. przez Francine Shapiro (USA), polegającej na desensytyzacji i przeorganizowaniu emocjonalnych doznań traumatycznych przy użyciu symetrycznej stymulacji OUN. Warunki hospitalizacji dają pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i sprzyjają kontroli postępów w terapii. Zaskakująco pozytywne rezultaty, trwale i osiągnięte w krótkim czasie, pozwalają na znaczny spadek napięcia emocjonalnego, poprawę samooceny – odbarczając pacjenta z niejednokrotnie wiele lat trwających dolegliwości emocjonalnych, otwierają drogę do zdrowienia somatycznego.

Słowa kluczowe: **choroby układu krążenia, kryzys, przeorganizowanie materiału traumaticznego, technika EMDR**

Summary

It is well known that a somatic disease – sudden and serious, threatening life or health, especially when the diagnosis is a shock to the patient, as it often happens with circulatory system disorders – may be considered to be a critical event, often leading to an acute crisis. A penetrating psychological interview may however reveal the occurrence of earlier traumatic events in the patient's life, which is of particular importance since PTSD symptoms may constitute risk factors in circulatory diseases or be confounded with endogenous depression symptoms, initial stages of psychosis or a simple reaction to the situation of disease. In view of the above, therapy of the post-traumatic stress appears to be particularly important. The work concerns a method of short-term therapy used by the present author with cardiological patients. This therapy is aimed at regaining by the patients their pre-crisis equilibrium and is based on the EDMR technique, introduced by Francine Shapiro (USA) in 1989, consisting in desensitisation and reorganisation of traumatic emotional experiences using symmetrical OUN stimulation. Hospitalisation conditions ensure the patient's sense of safety and help to monitor the progress in therapy. Surprisingly good results – permanent and obtained in short time – allow the patients to reduce significantly their emotional tension, improve self-esteem thus relieving them from emotional disorders that had often been their burden for many years, and opening the door leading to somatic cure.

Key words: **circulatory system diseases, crisis, traumatic material reorganisation, EMDR technique**

Piśmiennictwo

1. Adamczak M.: Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnie-

- nia. [W:] Waligóra B. (red.): Elementy psychologii klinicznej, t. II. Poznań 1992.
2. American Psychiatric Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, American Psychiatric Association, Washington, D. C. 1987.
3. Armstrong N., Vaughan K.: An orienting response model for EMDR. Referat wygłoszony na konferencji New South Wales Behaviour Therapy Interest Group, Sydney, Australia 1994.
4. Boudenwyns P. A., Swertka S. A., Hyer L. A. i in.: Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *The Behaviour Therapist* 1993, 16, 29–33.
5. Cahill S. P., Carrigan M. H., Christopher F.: Does EMDR Work? And if so, Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13, 5–33.
6. Caplan G.: Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki. *Nowiny Psychologiczne*, 1984, 2–3.
7. Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003.
8. Foa E. B., Riggs D. S.: Post-traumatic stress disorder in rape victims. [W:] *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Volume 12, Edited by Oldham J., Riba M. B., Tasman A., Washington D. C., American Psychiatric Press, 1993.
9. Foa E. B., Rothbaum B. O., Molnar C.: Cognitive-Behavioral therapy of PTSD. [W:] *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress, From: Normal Adaptation to PTSD*. New York, Raven Press, 1995.
10. Foa E. B., Rothbaum B. O., Murdock T. i in.: The treatment of PTSD in rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991, 59, 715–723.
11. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M.: Wpływ depresji na rokowanie po zawale mięśnia sercowego – obserwacja 18-miesięczna. [W:] *Circulation*, 91, 4. *Journal of the American Heart Association*, 1995.
12. Friedman M. J: Diagnostyka i leczenie PTSD. [W:] *Community Mental Health Journal* 1996, 32(2), 173–189.
13. Heszen-Niejodek I.: Wstęp. [W:] *Doświadczenie kryzysu. Szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* Wydawnictwo UŚ, Katowice 1995.
14. Kubacka-Jasiecka D., Kuleta M.: Problemy i trudności interwencji kryzysowej. *Przegląd Psychologiczny* 1994, 2, 221–235.

15. Kubacka-Jasiecka D.: Z psychologii kryzysu. [W:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.
16. Kwoczyński J.: Choroby serca i naczyń. [W:] Brul W., Brzozowski R. (red.): Vademecum lekarza ogólnego. PZWL, Warszawa 1984.
17. Lohr J. M., Lilienfeld S. O., Tolin D. F. & Herbert J. D.: An Analysis of Specific Versus Nonspecific Treatment Factors. W: Journal of Anxiety Disorders, 1999, 13, 185–207.
18. Łosiak W.: Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. [W:] Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): Zmagając się z chorobą niowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
19. Nicosia G.J.: The QEEG of PTSD with EMDR. Wykład wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji EMDR w Sunnyvale, California. Przedruki osiągalne przez Neuro Diagnostics, 4927 centre Ave., Pittsburgh, Pensylwania, 15213, 1994.
20. Pitman R. K., Orr S., Altman B. i in.: A controlled study of EMDR treatment for post-traumatic stress disorder. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, TX 1993.
21. Płużek Z.: Psychologia pastoralna. Instytut Teologii Księży Misjonarzy, Kraków 1991.
22. Płużek Z.: Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. [W:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.
23. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
24. Sęk H.: Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. [W:] Sęk H. (red.): Społeczna Psychologia Kliniczna. PWN, Warszawa 1993.
25. Sęk H. (red.): Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa, 2000.
26. Shapiro F.: Efficacy of the Eye Movement Desensibilization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories. [W:] Journal of Traumatic Stress, 1989, 2, 199–223.
27. Shapiro F.: Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles. Protocols and Procedures. The Guilford Press, New York 1995.
28. Silver L., Wortman B.: Radzenie sobie z krytycznym spojrzeniem w życiu. Nowiny Psychologiczne 1984, 4–5, 29–96.
29. Słowik P.: Choroba somatyczna jako kryzys a możliwość rozwoju. [W:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.
30. Tylka J.: Mechanizmy psychologiczne w rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca. [W:] Rehabilitacja Medyczna 1999, 3, nr specjalny.
31. Wawak-Sobierajska B.: Adaptacja poznawcza jako następstwo doświadczenia kryzysu. [W:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.

Adres do korespondencji

mgr Jadwiga Berezowska-Pogoń
Miejski Szpital Specjalistyczny
im. G. Narutowicza, Oddział Kardiologii
ul. Prądnicza 35–37
31–202 Kraków