

EMDR a jeho místo v KBT
Eye Movement Desensitization and
Reprocessing
Odyssea 16.05.2008

Miroslav Novotný

Centrum duševního zdraví Jeseník

E-

MAIL:CDZ.JESENÍK@SEZNAM.CZ

TEL. 00420/777 77 55 57

EMDR



- Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Integrativní psychoterapeutický **přístup**
- Biologický základ –bilaterální stimulace
- Prvky psychodynamické, kognitivní behaviorální, systemické terapie a práce s tělem
- „Procesování“ pomocí očních pohybů je část EMDR terapie = (přepracování traumatické vzpomínky)

Hypotézy mechanismu účinku



- Učení a paměť jako při REM spánku (Stickgold 1998, 2002)
- „Orienting response“
(Armstrong a Vaughan 1996, MacCulloch a Feldman 1996, Barrowcliff et. al., 2003, 2004, Kuiken et al. 2001-2002, Christman et al. 2003, Sack 2004)

Účinnost EMDR



- Podobně účinná jako expozice v KBT /index účinnosti 1,4/, o 30-40% kratší léčba
- Účinná je i u dětí a mladistvých
- Výsledky jsou po 15 měsících stabilní

(Van der Kolk 2004, Wagner 2004, De Ross 2004, Lee 2002, Power 2002)

- Ekvivalent k expozici a jiným KB technikám a bez potřeby domácích úloh

(Meta-analýzy Bradley, GreeneRuss, Dutra, Westen 2005; Davidson, Parker 2001; van Etten a Taylor 1998)

Indikace



- Posttraumatická stresová porucha
- Komplexní PTSP (DES-NOS)
- Adaptační poruchy- akutní traumatizace
- Komplikovaná práce se smutkem
- Následky traumat u dětí a mladistvých
- Disociativní poruchy
- Fobie
- Poruchy osobnosti

Porucha při extrémní zátěži, blíže nespecifikovaná (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified DES-NOS)

- DES-NOS
- Porucha při extrémní zátěži, blíže nespecifikovaná
- Judith Lewis Hermann 1992
- Porucha v regulaci afektů
- Amnézie, disociace
- Somatizace
- Změny osobnosti, změny hodnotového systému

DES-NOS Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

- **Porucha v regulaci afektů**
 - Chronická dysregulace afektů- často dysthymie, deprese, častější výskyt u žen
 - Problémy se zvládnutím zlosti – časteji u mužů, často i trestné činy
 - Sebepoškozující a suicidální chování – 19%
 - Problémy v oblasti sexuálního chování- nutkavé nebo příliš inhibované sexuální chování
 - Impulzivní a rizikové chování
- **Porucha pozornosti a změny vedomí**
 - Amnézie,
 - Disociace- disociativní epizody, derealizace, depersonalizace
- **Somatizace**

DES-NOS Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

- **Chronické změny osobnosti**
 - Změny ve vnímání sebe samého
 - ✦ chronické pocity viny, hanby
 - ✦ sebeobviňování
 - ✦ pocit neschopnosti něco změnit
 - ✦ pocit být trvale poškozený- pošpiněný stigmatizovaný, jiný jako ostatní

Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified DES-NOS

○ Změny ve vnímání násilníka

- ✦ Trvalé zaobírání se vztahem k násilníkovi
- ✦ Nerealistické hodnocení násilníka
- ✦ Idealizace alebo dokonce vděčnost násilníkovi
- ✦ Pocit zvláštního nebo „nadpřirozeného“ vztahu s násilníkem
- ✦ Převzetí systému přesvědčení nebo racionalizací násilníka-identifikace
- ✦ (STOCKHOLM SY)

DES-NOS Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified



- Změny ve vztahu k jiným lidem
 - ✦ neschopnost důvěřovat a navazovat vztahy s jinými lidmi, stáhnutí se ze sociálních vztahů, izolace
 - ✦ tendence k reviktimizaci
 - ✦ Tendence dělat oběti z jiných

- Změny v hodnotovém systému
 - ✦ zoufalství a beznaděj
 - ✦ ztráta dosavadních životních přesvědčení

Účinné metody



- Psychoterapie je účinnější než farmakoterapie
- 4 efektivní metody

KBT /expozice, inokulace stresu/

EMDR

Imaginativní techniky, Hypnoterapie

Modifikovaná dynamická psychoterapie

(Meta-analýza van Etten & Taylor, 1998)

Farmakoterapie



- Relativně málo studií
- Serotonin a SSRI preparáty
- „plus“ symptomy (intruze, děsivé sny)
- „mínus“ symptomy (vyhýbání se)
- Chronická PTSP téměř **nereaguje na placebo**

Kontraindikace



- Akutní psychózy
- Těžké deprese (psychotické) se suicid. myšl.
- Nedostatečná stabilita - rozvod, rozchod, ztráta zaměstnání, bezdomovectví, existenční krize
- Závažné somatické komplikace st. p. IM
- Glaukom - bilaterální stimulace
- Sekundární zisky

Historie



- 1987 Francine Shapiro
- 1989 první publikace /EMD/
- 1991 EMDR
- 1995 koncept 8 fází EMDR
- 1991-1997 17 kontrolovaných studií
- 1997-1999 certifikovaná metoda /APA, ISTSS-
International Society for Traumatic Stress Studies/

Hypotézy mechanismu účinku



- **Adaptive Information Processing AIP** (F. Shapiro 1995,2001)
- Terminologie neurofyziologického zpracování informací (Bower 1981, Lang 1979)
- Vrozený systém, memory networks
- Blok ve zpracovávání informací
- Dysfunkčně uložená informace
- EMDR- Přeprocessing dysfunkčně uložené informace a aktivace adaptivního zpracování informací

Eye movement desensitization and reprocessing

- technika desenzibilizace pomocí rychlých očních pohybů a přepracování traumatických zážitků.
 - První publikace časopis Traumatic Stress 1989.
 - **Francine Shapiro**, objevitelka
 - Autorka 2 knih /1995,1997/o EMDR
 - Ředitelka EMDR Institutu v Pacific Grove
 - Kalifornie USA.
 - Vycvičeno cca 100 000 terapeutů

Základní strategie



- Vytvořit pokud možno co nejlepší možný kontrast k traumatické situaci

EMDR = osm rovnocenných částí



✦ I.fáze: Anamnéza

- **+ INFORMOVANÝ SOUHLAS S TERAPIÍ EMDR**

- II.fáze : Příprava na sezení

- ✦ Terapie, administrace dotazníků, nácvik relaxace u těch, kteří to nedokáží.

- III.fáze: Určení cílů terapie

- výběr traumatických vzpomínek. výběr dysfunkčního sebepojetí, výběr adaptivního sebepojetí, škálování pomocí VOC a SUD.

IV. Fáze

**Desenzibilizace + vybavení
traumatické představy
+ navození rychlých očních
pohybů**

V. FÁZE

**INSTALACE A POSÍLENÍ
POZITIVNÍCH POZNÁNÍ.**

**Zavedení pozitivních, racionálnějších
myšlenek spolu s rychlými očními pohyby.**

VI. fáze: Body scan

„tělový test či lokalizace v těle“

**Popis toho, kde klient cítí nějakou tenzi,
napětí, nebo jakýkoliv tělesný pocit
v kombinaci s plynulými
očními pohyby.**

VII. fáze: Ukončení sezení

Návrat do stavu emocionální
rovnováhy, “zakonzervování“ dosud
bolestivých
traumatických myšlenek do dalšího sezení

VIII.fáze:Zhodnocení sezení

**využití relaxačních metod nacvičených na
začátku
terapie,závěry a případně plánování co dál.**

INFORMOVANÝ SOUHLAS S TERAPIÍ EMDR

(Metoda selektivního zapomínání traumatizujících zážitků pomocí rychlých očních pohybů)

Dobrovolně podstupuji terapii EMDR na vlastní žádost, chci zapomenout traumatické vzpomínky a jsem si vědom (a), že se mi nebudou vybavovat tak intenzivně a že ve mně nebudou vyvolávat citovou odezvu.

Jsem poučen, že metoda se týká jen rekonstrukce traumatických zážitků a naprosto neovlivňuje běžnou paměť.

Terapeut:

Klient:

Škála SUDs /Subjective Units of Disturbances Scale/:

žádná úzkost 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 největší úzkost

Škála VOC /Validity of Cognition Scale/:

absolutní lež 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 absolutní pravda

Standardní provedení

1. Negativní kognice - NK
2. Obraz
3. Pozitivní kognice – PK
4. Validity of Cognition- VoC (1-7)
5. Emoce
6. Subjective Unit of Disturbance- SUD (0-10)
7. Lokalizace v těle- Body scan
8. Desenzibilizace- přepracování (reprocessing)
9. Zakotvení
10. Tělový test
11. Ukončení
12. Událost

Standardní provedení



- Minulost - zážitek
- Současnost - aktuální spouštěče
- Budoucnost - očekávání v budoucnosti

Technické detaily



- Délka sezení zpravidla 90 minut
- Frekvence sezení - individuálně, 1x týdně
- Frekvence konfrontace s traumatem
- Pozice, vzdálenost
- Pohyby očí- rychlost, směr
- Jiné formy bilaterální stimulace- tapping, zvuková stimulace, přístroje
- Tělesný dotyk
- STOP signál

1. fáze

Anamnéza a terapeutický plán



- symptomatologie před a po (traumatický proces)
- ICD 10
- důsledky
- **zdroje**, motivace, **psychická stabilita**
- mapa traumatických zážitků
- Obvyklé a aktuální strategie zvládnání
- sociální podpora a tlaky
- léky, drogy, v minulosti, v současnosti
- testové psychologické zhodnocení
- komorbidita

Dotazníky, sebeposuzovací škály

- SCID PTSD - Structured Clinical Interview for DSM PTSD (Spitzer et al. 1990)
- **IES-R** – Impact of Event Scale Revised (Horowitz et al. 1979, R)
- CAPS – Clinician administered PTSD Scale (Blake et al. 1990)
- PTSS 10 – Post traumatic Stress Scale 10 (Raphael et al. 1989)
- **DES II** - Dissociative Experiences Scale (Carlson, Putnam 1993)
- SCID-D - Revised (Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorders Revised) (Steinberg 1999)
- DDIS-DSM IV - Dissociative Disorders Interview Schedule DSM IV Version) (Ross 1997)
- CDC (Child Dissociative Checklist) (Putnam , Peterson 1994)
- **SDQ- 20** – Somatic dissociation Questionnaire (Nijenhuis, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden 1996)
- BDI – Beck Depression Inventory

2.fáze

Stabilizace a příprava pacienta



- Somatická data
- Sociální data-základní životní potřeby, sociální síť, kontakt s násilníkem
- Psychická- zvládání každodenní zátěže, tolerance afektů, imaginativní techniky, bezpečné místo, zdroje
- Terapeutický vztah
- Edukace

Zdroje



- ❑ Vzpomínky na pozitivní životní události
 - Zážitky úspěchu a schopnosti , které vedly k úspěchu
- ❑ Vzpomínky na pozitivní vztahy
 - Význam vztahové vazby- attachment
 - Včasné podpůrné vztahy
 - Učitelé, tréneři, authority
- ❑ Imaginativní zdroje
 - Užitečné symboly, metafory
- ❑ Koníčky, radostné zážitky
 - Koupel, chůze, tanec, sport, zpěv, hudba...
- ❑ Tělo jako zdroj

Proč psychoedukace



- Přináší pořádek do chaosu
- Vytváří bezpečí, předvídatelnost a jistotu
- Zlepšuje kontrolu
- Odstraňuje nadměrnou úzkost
- Znovunastoluje hodnotu člověka (self)
- Otázky smyslu
- Přináší perspektivu k vyléčení
- Stimuluje uzdravovací proces

Psychoedukace



- Princip „normality“ - normální reakce na nenormální zážitky
- Evolučně-etologické aspekty- boj, útěk, stupor
- Reakce přežití-bez vjemů, pocitů, fyzicky fit, jednat konat
- Trauma – „rána do duše“ a sebeuzdravovací proces

Kolik stabilizace ?



Kritéria: dostatečná síla ega a stabilita

- Tolerance a regulace afektů
- Ovládaní distančních technik
- Zvládní každodenního života
- Bezpečí

Trvání: jedno terapeutické sezení až roky

3.fáze

Zhodnocení traumatických zážitků



- kognitivní prvky
- využívání škál
- přístup k traumatické síti

3.fáze

Zhodnocení traumatických zážitků



- vizuální - obraz, představa
- kognitivní - negat. a pozit. kognice
- emocionální - pocity
- somatické - tělesné vjemy

4.fáze

Desenzibilizace



- Fáze samotného přepracování traumatické vzpomínky pomocí bilaterální stimulace
- Velmi individuální proces
- Méně zasahování

Desenzibilizace



- Instrukce o vybavení bezpečného místa
- Popis bezpečného místa v živých detailech
- Pokus o přenesení se do bezpečného místa v představách
- Pokud není schopen vytvořit bezpečí, musíme jim takové místo vytvořit
- Pak expozice traumatické události-cílem je vyvolat traumat.vzpomínku co nejpřesněji

Desenzibilizace



- Vybavení obrazu ve své nejhorší formě
- Vybavení hrůzného emočního doprovodu
- Lokalizace strachu v těle, kde to cítí
- Popis myšlenek, které se váží na trauma
- Jakmile vybavíme trauma s stres začneme s bilaterální stimulací
- Pak validizace myšlenek-přeznačkování automatických traumatických myšlenek

Přeznačkování negativních myšlenek



- Nebyla to moje vina.....
-udělal jsem to nejlepší co jsem mohl
- Chtěl bych, aby se to už nikdy nestalo....
-ale unesu to, protože jsem na to dost silný
- Je to hrozná vzpomínka.....
-ale teď už jsem volný

Jak to vypadá?



- Kontakt s traumatickým materiálem
- Pohyby očí – série 25-60 pohybů, frekvence cca 1 Hz, krátká přerušení
- Spontánní proces
- Změny v průběhu procesu v různých modalitách
- Abreakce
- Asociační spojení
- Opětovný návrat k zážitku
- Kompletní, nekompletní sezení

Desenzibilizace



- Desenzibilizace trvá nejdéle a nejvíce nás při této fázi bolí rameno
- Desenzibilizujeme klienta k těm emocím, které byly popsány jako traumatické
- Chceme ,aby vzpomínka na trauma nevyvolala tolik nepohody, negativních emocí a nepřidávala sebeobviňující myšlenky
- Nutnost vytvoření bezpečného místa předem
- Přenesení do bezpečí v představách uvolňuje klientův velký stres při vyvolání traumatických představ

5.fáze Ukotvení



- Instalace a posílení dosažené pozitivní změny- pozitivní kognice - pomocí očních pohybů
- Jakmile navodíme situaci traumatického obrazu ,musíme navodit i novou myšlenku
- Cíl-nová realističtější představa o traumatu
- Ověření jejich platnosti

6.fáze

Tělový test-Body scan-tělesná lokalizace



- Body keeps the score“
- Reziduální, dysfunkčně uložený traumatický materiál
- Přepřeracování- bilaterální stimulace
- Cíl- příjemný nebo alespoň neutrální tělesný pocit

7.fáze Ukončení



- Zabezpečení stability klienta na závěr sezení
- Jednoduché stabilizační techniky
- Podpora
- Edukace
- Deník

8.fáze

Zhodnocení sezení, plánování



- Přehodnocení výsledků
- Minulost- kontrola původního a příbuzných cílů, léčebného plánu
- Současnost- spouštěče, pokroky, integrace
- Budoucnost-další cíle, léčba

Předpokládaný mechanismus účinku:



- Nedostatečné zpracování traumatu vede k emočnímu prožívání a chování, která sice na trauma navazují, ale nejsou s ním racionálně spojována.
- Traumatické vzpomínky blokují systém adaptivního zpracování informací.
- EMDR umožní přepracovat traumatické vzpomínky.

Teoretické modely předpokládané účinnosti EMDR:



- **expozice a desenzibilizace**
- **urychlené zpracování informace vede**
- **k rozplynutí traumatické vzpomínky a
k duševnímu zdraví**
- **Dojde k posunu oběti ke zralým kompenzačním
prožívacím mechanismům**

**Desenzibilizace a kognitivní
rekonstrukce** jsou vedlejšími
produkty adaptivního přepracování na
neurofyzilogické úrovni.

Základním procesem vedoucím ke změně je
protipodmiňování pomocí
desenzibilizace a kognitivní rekonstrukce

V určité fázi dochází také ke **katarzi** a ke
zvyšování vědomí

**Oční pohyby v současnosti
zůstávají v názvu metody
jako reliktní objevu aktuálně
hovoříme o**

bilaterální stimulaci

Terapeutický vztah:

- **empatický, důvěryhodný a bezpečný**
- Terapeut sděluje svůj **respekt** klientovi, za jeho odvahu a ochotu vydržet **krátkodobé** intervaly **úzkosti** kvůli **dlouhodobé úlevě**
 - **Důležité:** I přes empatický vztah, **nesmí** terapeut v průběhu samotného zpracování
- **/během IV.fáze/** poskytovat klientům slova povzbuzení či empatie. Mohlo by to bránit procesu desenzibilizace a zpomalit vrozenou tendenci k psychickému uzdravení

**Objevují se „tvrdá data“
v podobě výsledků
zobrazovacích metod
publikováno několik studií
zabývajících se efektem EMDR
na změny perfuze CNS
zobrazované PET**

Co hrozí terapeutovi



- **Kognitivní protipřenos**
- presvědčení, že „terapeutické bíle plátno“ je vhodným přístupom (falešná neutralita)
- nadměrná identifikace s obětí
- nadměrné „zanícení“ pomoci oběti
- nadměrné přesvědčení o vlastní zodpovědnosti za unesení břemena terapie
- ideologické a klinické rozčarování vyvolané popisem traumatické události
- Vnímání sama sebe ako zachránce, spasitele, nadaného léčitele (narcismus)

Kognitivní protipřenos



- vytvoření si obrazu o pacientovi jako o slabém, ubohém člověku, který není schopen překonat traumatizaci
- přesvědčení, že léky zmírní intenzitu afektů u pacienta a umožní tak terapeutovi kontrolu
- přesvědčení o tom, že stresové symptomy mají premorbídní původ (fatalismus)
- přesvědčení, že posttraumatická stresová porucha neexistuje

Témata

emocionálního protipřenosu



- hněv na zdroj viktimizace
- hněv na pacienta kvůli intenzitě jeho afektů
- hněv na společnost za to, že nebyla schopná pomoci oběti
- strach z intenzity afektů u pacienta
- strach z osobní zranitelnosti a možnosti stát se obětí
- úzkost, zda jsem schopen oběti pomoci

Témata

emocionálního protipřenosu



- pocit viny, že já sám jsem byl ušetřen a netrpím
- empatický smutek po vyslechnutí traumatické události
- pocity zdešení, odporu, hanby a znechucení po vyslechnutí příběhu o traumatické události
- znecitlivění jako reakce na psychické přetížení vyvolané popisem traumatické události
- úmyslné nebo neúmyslné vyhýbání se vyslechnutí výpovědi traumatické události

Účinnost EMDR



- EMDR je podobně účinná jako expozice v KBT /index účinnosti 1,4/, o 30-40% kratší doba léčby
- Účinná je i u dětí a mladistvých
- Výsledky po 15 měsících jsou stabilní

(Van der Kolk 2004, Wagner 2004, De Ross 2004, Lee 2002, Power 2002)

- Ekvivalent k expoziční terapii ke KB technikám a bez potřeby domácích úloh

(Meta-analýzy Bradley, GreeneRuss, Dutra, Westen 2005; Davidson, Parker 2001; van Etten a Taylor 1998)

Závěrem:



- **EMDR je vyvíjející se komplexní psychoterapeutický systém.**
- Využívá řady postupů, které známe z KBT
- 1/. **Expozici** v představách jako prostředek **desenzibilizace**
 - 2/ **Kognitivní rekonstrukci**
- 3/**Protipodmiňování** pomocí expozice a kognitivní rekonstrukce

**Zároveň to je však
integrativní
terapeutický postup,
který v sobě zahrnuje
několik teorií a metod./
M.j. terapie zaměřená
na klienta a
psychodynamické
teorie/**



Děkuji za pozornost



ZVLÁŠTĚ PAK DĚKUJI VŠEM
KTEŘÍ SE MNOU NESOUHLASÍ