

## **A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR) pszichoterápiás módszer jelentősége a PTSD kezelésében**

**Urbán Nóra őrnagy**

*Kulcsszavak: trauma, poszttraumás stresszbetegség (PTSD), traumás emlékezeti folyamatok, szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR)*

**A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR) pszichoterápiás módszer egy integratív, átfogó megközelítés, amely számos már hatékony pszichoterápiás eljárás elemeit tartalmazza strukturált formában, meghatározott protokoll szerint. Az EMDR egy információ feldolgozó modell, amely feltételezi, hogy a múltbeli tapasztalatok, emlékek képezik a jelenlegi pszichopatológia alapját és az aktuális szituáció, élethelyzet mintegy triggerként előidézi a diszfunkcionális érzelmeket, hiedelmeket, testérzéseket. A terápia célja, hogy a pozitív tapasztalatok segítsék a jövőbeli adaptív viselkedést és a lelki egészség helyreállítását. Az EMDR pszichoterápiás módszer alkalmazását és hatékonyságát elsősorban pszichotraumát követő patológiás állapotok, így a poszttraumás stresszbetegség (PTSD) kezelésével összefüggésben kutadják. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság és az International Society for Traumatic Stress Studies kezelési irányelvei alapján is az EMDR pszichoterápia hatékony módszer a PTSD kezelésében. Az elmúlt néhány évben számos klinikai és neurobiológiai vizsgálat is igyekezett bizonyítani e módszer érvényességét és hatékonyságát.**

A poszttraumás stresszbetegség (továbbiakban PTSD) a katonák rokkantságáért felelős egyik leggyakoribb pszichés betegség, melynek komorbiditása igen magas, bonyolulttá téve a kezelését. A felmérések alapján a 1991-es Öböl-háború veteránjainál közvetlenül a katonai szolgálat befejezése után a PTSD prevalenciája 19 %, a vietnami veteránok esetében 30,9 % volt. A legújabb kutatások az iraki szolgálatot követően 18%-ban, Afganisztán esetében 11%-ban diagnosztizáltak PTSD-t a hazatérő katonáknál [17].

A National Comorbidity Survey [8] alapján a katonáknál a bevetések előtti PTSD előfordulás 3-6 %, ami egyezik a civil populáció PTSD prevalenciájával, ugyanakkor a szolgálatot, bevetéseket követően ez az arány 6-20 %-ra növekedett. A felmérés alapján a megnövekedett prevalencia leg-erősebb prediktora a harcok, ütközetek gyakorisága és intenzitása volt.

A DSM-IV-TR alapján a PTSD tünetei – a pszichotrauma átélése, mint alapvető kritérium mellett – három klaszterbe

sorolhatók: újraátélés, elkerülés, fokozott készenlét (hyperarousal) tünetegyüttese. Az újraátélés tartalmazza az intruzív emlékek, gondolatok, stb. jelentkezését, akár álmok, akár flashback-ek formájában. Az elkerülés tünetei a traumával kapcsolatos gondolatok, emlékek, aktivitások, helyzetek, stb. elkerülését, csökkent érdeklődést, érzelmi elszigetelődést jelent. Fokozott készenlét tünetegyüttese a hipervigilancia, irritabilitás, a túlzott aggodás, riadtság, stb. tüneteit foglalja magában. A komorbid állapotok és betegségek közül a leggyakoribbak: depresszió, drog- és alkoholabúzus, pánikbetegség [17].

### **Kezelési megfontolások és lehetőségek a PTSD esetében**

A legalapvetőbb különbség a PTSD-vel diagnosztizált katonák és a civil páciensek között, hogy a katonák egyben az elkövetői és a túlélői is a traumáknak. Az erőszakos cselekedetek „hivatásszerű” formában történő elkövetése intenzíven hathat a személy világméretére, az önmagáról alkotott korábbi hiedelmekre és ezzel együtt romboló hatással lehet az énképre. A katonai kiképzés és a háborús tapasztalatok befolyásolhatják a hagyományos kezelési eljárások hatékonyságát is, hiszen a katonai tréning a fizikai erőnlét és az érzelmi reziliencia együttes kialakítását tűzi ki célul. A test és a lélek erőssége így együttesen segíti őket a katonai műveletek során. Hazatérvén azonban a katonáknak igyekezniük kell a militáris környezetben elvárt és eredményes, túlélő magatartásukat az otthoni biztonságos szociális és munkahelyi környezetükhöz igazítani. A következő egyedülálló környezeti tényezőkkel kell a katonáknak szembenézni:

1. a fenyegetettség állandó jelenléte,

2. a hyperarousal, mint egy túlélő mechanizmus jelentkezése,

3. a fenyegetettséget értékelő rendszer jelenléte ugyanakkor alkalmatlan a nem katonai környezetben,

4. az erőszak és a halál megtapasztalása megváltoztatja az értékrendet.

A PTSD kezelésében mind a farmakoterápiás, mind a pszichoterápiás beavatkozások alkalmazása jellemző. A gyógyszeres és pszichoterápiás kezelések hatékonysága közötti különbségeket vizsgáló tanulmányok száma azonban kevés.

A gyógyszeres terápiák közül elsősorban SSRI-ok (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) adása jellemző, nemcsak gyógyítás, hanem a megelőzés szempontjából is. A további tünetek kezelésére TCA-ok (Tricyclic Antidepressivum), atipusos antipszichotikumok, antikonvulzív szerek is szóba jöhetnek [17].

A pszichoterápiás intervenciók célja a tünetek súlyosságának csökkentése, a globális működés, az életminőség, a szociális és munkahelyi funkcionálás javítása, fejlesztése. A bizonyítékon alapuló pszichoterápiás beavatkozások esetében a PTSD kezelésében két csoportot említhetünk meg: a traumafókuszú pszichoterápiákat így az expozíció és kognitív átstrukturáláson alapuló traumafókuszú kognitív-viselkedésterápiákat (KVT) és a szemmozgás deszenzitizációt és újrafeldolgozást (EMDR), valamint általánosságban a stressz és szorongás kezelésére alkalmas stressz inokulációs tréninget (SIT). Ez utóbbi is hatékonyak bizonyult a traumával kapcsolatos elkerülés, szorongás és negatív kogníciók csökkentésében, akár csak a traumafókuszú pszichoterápiák. A KVT elsősorban az események jelentésére fókuszál és nem magára az



eseményre, mint az emocionális distressz forrására. Célja, hogy megtanítsa a páciensnek a diszfunkcionális attitűdök felismerését és a velük való konfrontációt, valamint hangsúlyozza a megküzdési készség fejlesztését és a tünetek feletti kontroll megszerzését. A KVT keretében jellemző többféle pszichoterápiás technika alkalmazása, így az expozíciós terápia, kognitív átstrukturálás, szorongáskezelő eljárások, pszichoedukáció [3]. Az EMDR pszichoterápia egy átfogó, integratív megközelítés, amely sok más pszichoterápiás módszer – így pszichodinamikus, kognitív, viselkedés, interperszonális és testközpontú terápia – elemeit ötvözi strukturált protokoll kialakításával. A megközelítés alapja, hogy a traumás emlékezeti folyamatok, a memóriahálózatok felelősek a PTSD klinikai tüneteért. A múltbeli tapasztalatok képezik az alapját a patológiának, a jelenlegi szituáció, mint egy trigger előidézheti a diszfunkcionális érzelmeket, hiedelmeket, testérzéseket, stb., úgy ahogy azok az információfeldolgozás folyamata során rögzültek [6].

Jelen cikkben az EMDR pszichoterápiás megközelítésről, a kezelés menetéről, hatásmechanizmusával kapcsolatos elméletekről és a PTSD kezelésével kapcsolatos hatékonyságkutatásokról szeretnék egy rövid összefoglalást nyújtani. Az EMDR egyik lényeges elemének tekinthetők a traumás emlékezeti folyamatok, így egy rövid fejezet erejéig érdemes kitérni a memória PTSD tünetegyüttesének kialakulásában való szerepére.

### **Traumás emlékezeti folyamatok és pszichoterápiás implikációk**

A PTSD-vel foglalkozó kutatások jelentős része lényegesnek tartja az emlékezeti folyamatok, a trauma emlékének szerepét. Erről a szakirodalomban sokféle megkö-

zelítés látott napvilágot, mind a mai napig vita folyik az összefüggésekről, azonban bizonyos kérdésekben már született konszenzus. Az érzelmileg megterhelő traumával kapcsolatban két eltérő jelenség fordulhat elő. Az egyik a traumával kapcsolatos amnézia vagy késleltetett felidézés, a másik pedig a trauma központi jellemzőinek megbízható, folyamatos felidézése [9]. A specifikus emlékezetkiesés esetében is jellemző a túlélőkre, áldozatokra, egy fokozott perceptuális készenlét, különösen szenzomotoros szinten. Ezért fordul elő sok esetben, hogy egy teljes amnéziát követően először egyes szomatoszenzoros, érzékszervi részletek törnek be a memóriába, töredezett formában, elszakadva, leválva a tartalomról, jelentésről. Ebben az esetben egy úgynevezett adatvezérelt feldolgozása történik az eseményeknek a trauma során (procedurális vagy implicit memória), azaz nem áll rendelkezésre a konceptuális feldolgozás szintje (vagyis a helyzet jelentésének szervezett módon való feldolgozása, kontextusba helyezése) [5]. A specifikus emlékezetkiesésért felelősek lehetnek egyes tudattalan énvédő mechanizmusok is pl. elfojtás, disszociáció. Ugyanakkor súlyos trauma átélése után nagyon gyakori, hogy a traumára vonatkozó emlékképek rendkívül képszerűen raktározódnak el a memóriában, kínozó módon, akarattól függetlenül jönnek elő, naponta többször, álmokban, nappali flashback-ben [9]. Erre az emlékezeti folyamatra azonban jellemző, hogy az emlékképek nagyon élénkek, mintha újra átélnék az eseményeket a túlélők, sok esetben nemcsak vizuálisan, hanem szagokkal, hangokkal együtt. *Christianson* (1992) [9] utal arra, hogy a nagyfokú stressz javíthatja, és nem rontja a központi eseményekkel kapcsolatos visszaemlékezést, a felidézés részletességét, pontosságát, illetve fennmaradását. A trauma alatti kódolás és feldolgozás jel-



legzetességeit befolyásolhatja a disszociáció mechanizmusa is. A disszociáció egy olyan énvédő mechanizmus, amelynek során akár összetartozó gondolkodási, cselekvési, viselkedési folyamatok a részleteikre esnek szét. Fő fajtái:

1. a személy részlegesen vagy teljesen kitörli az eseményt a tudatból (amnézia),
2. a személy emlékszik az eseményekre, de nem éli meg a velük járó érzéseket (tompultsági tünetek),
3. a személy megéli a traumatikus esemény keltette érzéseket, de ezek eredete már nem világos (hyperarousal),
4. a személy külön személyiségrészeket hasít le a tudatából és ezekre ruházza a traumatikus emlékeket (disszociatív személyiségzavar).

A teljes tehetetlenség pillanatában a disszociáció adaptív lehet, azonban a veszély elmúltával egyre inkább maladaptív válik és akadályozza a traumatikus esemény feldolgozását, integrálását. Így a disszociáció eredményeképpen akár adatvezérelt feldolgozás jöhet létre, vagyis a trauma átélése közben az illető képtelen lesz arra, hogy a többi életrajzi emlék kontinuumába beépítse az eseményt [9]. Az érzelmi dermedtség szintén zavarja a traumatikus esemény emlékképének integrálódását, jellemző lehet az „érzelemmentes felidézés”, az emlékképek fragmentálódása [1]. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a disszociatív mechanizmusok a traumát követően alakulhatnak ki és az ún. akut stresszbetegség diagnosztikai feltételeként lényegesek, míg a PTSD diagnosztikai kritériumai között nem szerepelnek.

A traumás emlékek szintetizálásának, kategorizálásának és az önéletrajzi emléke-

zetben való integrálásának nehézségei összefüggésben lehetnek a hippokampusz csökkent működésével, a bal félteke relatíve csökkent aktivitásával, a prefrontális cortex, az anterior gyrus cinguli és a Broca mező csökkent tevékenységével. Egyes neuroendokrin változások, mint az alacsony kortizol szint, szintén befolyásolhatják a traumás emlékezeti folyamatokat és így a PTSD kialakulásában vezető szerepük lehet [12].

A percepció és emlékezeti folyamatok szoros kapcsolatban vannak az adaptív magatartás létrejöttével, a múltban (korábban) adaptívnak és funkcionálisnak tekinthető, tudattalan stratégiák által meghatározottak lehetnek. A múltbeli tapasztalataink, amelyek a jelenlegi viselkedési mintázatokra hatással vannak, az emlékezeti tárolási folyamatokon alapulnak. A traumás emlékek (emocionális) rekonstrukciója folyamatos és dinamikus. A neurológiai kutatások kimutatták, hogy az agy nem az emlékeket tárolja, hanem azoknak az információknak a nyomait, amelyek később az emlékek kialakításához vezetnek, és amelyek nem mindig tényszerűen reprezentálják azt, amit a múltban átélünk. Az agy különböző részei, illetve a neurális hálózat, felelősek az információ kódolásáért, tárolásáért és előhívásáért. Amikor egy traumás, illetve emocionálisan megterhelő esemény előhívásra kerül, kognitív és emocionális változásokon mehet keresztül. A modern trauma és pszichoterápiás kutatások egy lényegi megállapítást fogalmaznak meg. Az érzelmi folyamatok által befolyásolt emlékezet nem ad tényszerű képet a múltbeli történésekről, az emocionális tartalom alakul emlékezetté és így bizonyos belső, pszichológiai folyamatok megjelenési formájának tekinthető. Az emlékek meghamisítása és keveredése természetes emberi folyamat és nem lehet a

pszichoterápiás kezelésben figyelmen kívül hagyni. Az emberi emlékek a tapasztalatok által meghatározottak, a többszörös emlékezeti rendszer szimultán aktiválódik az emlékezeti folyamatok során. Egy érzelmileg hangsúlyos emlék előhívását befolyásolja magának az eseménynek az értelmezése, jelentése. A deklaratív memóriára fokozott hatással vannak bizonyos attitűdök, így a tapasztalatokból való pozitív tanulás képessége, az önértékelés, önbizalom, a megküzdési készségek, stb. Továbbá a neurológiai kutatások eredményei rámutattak arra, hogy az emlékek kódolásában, alakításában/alakulásában, felidézésében a legfontosabb szabályozók és modulálók lehetnek az érzelmek és a tudatosság szintje. A traumás emlékek előhívása akár spontán, akár akaratlagosan, a tudat/tudatosság egy megváltozott állapotában történik a lényeges és meghatározó érzelmekkel együtt. Ahogy a tudat állapota is változik, úgy ugyanannak az eseménynek az észlelése is megváltozhat, és ennek következtében a trauma elszenvédője egy teljesen új interakciót, kapcsolatot alakíthat ki trauma kontextusával. A szerzők úgy vélik, hogy az érzelmileg hangsúlyos emlékek újraértelmezésének és rekonstruálásának neurofiziológiai megközelítése hatékonyan alkalmazható a pszichoterápiás folyamatban is [12].

### **Az EMDR, mint pszichoterápiás megközelítés**

A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás pszichoterápiás módszer *Francine Shapiro* nevéhez kötődik, aki a harci cselekmények, erőszak következtében kialakuló traumával kapcsolatos pszichés tünetek, betegségek kezelésére fejlesztette ki e terápiás megközelítést [16]. Az EMDR célja, hogy segítsen a páciens számára hozzáférhetővé tenni és adaptív módon feldolgozni a traumatikus emlékeket. Az EMDR kezelés során:

- elérhetővé válnak a traumával kapcsolatos zavaró képek,
- e képek előhívása során megjelennek a velük összefüggő zavaró testérzések,
- azonosíthatóak lesznek az én-re vonatkozó negatív kogníciók, amelyek kifejezik mindazt, amit a páciens a traumatikus élmény során tapasztalt, „tanult”,
- végül lehetővé válik olyan kívánt pozitív kogníciók kialakítása, amelyek oldják a páciens negatív kognícióit.

*Összegezve:* a traumatikus illetve „stresszel teli”, negatív múltbeli emlékek előhívása és feldolgozása, a memóriahálózat újraprogramozása pozitív hiedelmek, beállítódások kialakításával, ahol gyors szemmozgások facilitálják az egész folyamatot. Alapvető a bilaterális stimuláció, nemcsak a szemmozgással, de hangadással (csettintés a fül mellett felváltva), vagy érintéssel (a térd érintése felváltva, folyamatosan).

*Shapiro* teóriája alapján a traumatikus esemény ideje alatt az erős érzelmek interferálnak azzal a képességünkkel, hogy teljes mértékben feldolgozhassuk az eseményt. Az esemény és valamilyen ezzel kapcsolatos inger inadekvát feldolgozása, a memóriahálózatban történő diszfunkcionális tárolása és elszigetelődése jellemző. Így minden pillanat „időben befagyottá” válik, a múlt egyenlő jelennel (diszociáció mechanizmusa). A traumatikus esemény előhívása az élmény újraátélését jelenti képekben, gondolatokban, szagokban, hangokban, érzésekben, stb.. Az emlék komponensei lehetnek: szenzoros input (képek, hangok, szagok, tapintások, stb.), gondolatok, érzelmek, testérzések, hiedelmek. Az emlékek a hozzájuk csatlakozó információkkal együtt egy bonyolult asszociációs hálózatot alkotnak. A jelen számos törté-



nése triggerként jöhet számításba, az emlékek aktivációjával negatív hatással vannak a mindennapi funkciókra, saját magunkról, a világról és a kapcsolatainkról alkotott hiedelmeinkre. Az EMDR terápia direkt módon hat a központi idegrendszeri folyamatokra: a memória hálózatokra, az információfeldolgozás folyamatára (orientációs reakció, munkamemória, REM tanulmányozása). Elsőként a traumás, negatív emlék valamennyi komponensének előhívása és deszenzitizálása szükséges a jelen triggerre, problémáin keresztül. Majd a traumás emlékeknek adaptív, pozitív, realisztikus információkkal való összekapcsolása történik a szemantikus memóriahálózatban: ez az újrafeldolgozás folyamata. Az eredmény a negatív, traumás emlék kognitív, emocionális, szenzoros komponenseinek a transzformálódása, így az emlék elérhető és előhívható anélkül, hogy zavaró lenne. A bilaterális stimulus (szemmozgás) pedig mind a deszenzitizáció, mind az újrafeldolgozás folyamatát facilitálja [6].

Az EMDR egy adaptív információfeldolgozó modell, amelynek alapja, hogy a memória hálózatok felelősek a klinikai tünetekért és mentális betegségekért. Olyan patológiák kezelésében segíthet, amelyeknek alapjai a feldolgozatlan emlékek és az inadekvát információfeldolgozási folyamatok lehetnek. Jól kidolgozott és megalapozott az EMDR kezelési terve, valamennyi fázisa és maga a protokoll. Bizonyítékok által alátámasztott modell és terápiás megközelítés (RCT tanulmányok, meta-analízisek, stb.), amely más pszichoterápiás módszerekbe integrálva is alkalmazható. A legtöbb bizonyíték a PTSD (egyszeri trauma) kezelésével kapcsolatban jellemző [6].

**A kezelés fázisai /EMDR Institute Basic Training Course, 2011 alapján/ [6]**

Az EMDR pszichoterápiás kezelés folya-

mata szigorú protokoll szerint történik. Elsajátítása külön képzéshez, tréninghez kötött, amelyet az EMDR Institute kiképzői tartanak világszerte, illetve biztosítják a szükséges szupervíziót.

A kezelés három alapvető pillérből épül fel:

### 1. Múltbeli esemény(ek):

- a legelső, legkorábbi zavaró élmény, amely kapcsolódik a jelenlegi problémához (mértőző emlék),
- a legrosszabb (közreműködő) élmény,
- további múltbeli élmények előhívása és feldolgozása.

### 2. A jelenlegi triggerek feldolgozása (a jelenlegi zavaró események, történések).

### 3. Jövőbeli kívánalmak, sablonok (a kívánt eredmény elérése) megalapozása.

A terápiás protokoll alapján a kezelés nyolc fázisból áll:

#### 1. Anamnézis felvétel

- A jelenlegi probléma megfogalmazása, tünetek, ezzel kapcsolatos múltbeli tapasztalatok, élmények, jelenlegi triggerek azonosítása, a jövőbeli vágyott célok kitézése.
- Annak eldöntése, hogy a szelekciós kritériumoknak megfelel-e a páciens (rizikófaktorok azonosítása az EMDR szempontjából).

#### 2. Előkészületek

- Az EMDR terápia mechanizmusának és folyamatának elmagyarázása, beleegyezés a páciens részéről, itt mérjük be az ülési pozíciót, távolságot, a bilaterális – szemmozgás – inger alkalmazásának irányát, sebességét, stb. Stabilizáláshoz lassabb, feldolgo-

záshoz gyorsabb kb. 30-36 szemmozgatás célszerű.

- A páciens önszabályozó készségeinek értékelése.
- A páciens stabilizációs készségeinek fejlesztése, segítése, pl. a biztonságos hely kialakítása, relaxációs technikák tanítása, ezek segítenek lezárni az üléseket.

### 3. Felmérés

- A jelenlegi probléma, panasz azonosítása, erre konkrét példa, majd az ezzel kapcsolatos negatív kogníció, irracionális gondolat azonosítása, illetve egy pozitív kogníció, azaz mit szeretne hinni magáról.
- A jelenlegi nehézséggel társuló múltbeli élmények, emlékek meghatározása, ha kell különböző technikák (pl. float back segítségével).
- Ezek közül kiválasztani a legelső és a legrosszabbat.
- A jelenlegi triggerelő helyzetek, tényezők meghatározása, amelyek ugyanúgy felhozzák ezeket a kellemetlen érzéseket, gondolatokat stb.
- Jövőbeli cél: hogyan szeretné kezelni ezeket a helyzeteket

### 4. Deszenzitizáció

- A célemléssel (a legelső vagy legrosszabb) való munka folyamata, a feldolgozás, ahol a szemmozgások facilitálják a folyamatot.
- A célemlék felidézése és a legzavaróbb rész azonosítása következik.
- Majd a saját magáról alkotott negatív kogníció, hiedelem kifejezése, illetve az ezzel kapcsolatos pozitív kogníció azonosítása.
- A pozitív kogníció validitásának, érvé-

nyességének bemérése egy skála, a Validity of Cognition (VOC) segítségével történik 1-7-ig (teljesen hamis-teljesen igaz).

- Az érzelmek azonosítása az emlékképhez, ezek zavaró, kellemetlen hatásának a bemérése szintén egy skála (SUD) segítségével 0-10-ig.
- Testi érzés lokalizációja, azaz mit érez és hol érzi a testében.
- A kép, a negatív szavak, érzések felidézése következik ismét és az ujjmozgás követése (25-35) közben.
- Mély lélegzetvétel után mit vesz észre magán, és folytatódik a feldolgozás. Egészen addig ismételjük a szemmozgásokat, amíg a páciens változást vagy új információt jelez.
- Ha kétszer nem mond semmit, visszatérünk a célemlékhez és megkérdezzük, mit észlel most. Ezt követően ismét szemmozgás.
- Ha nincs új információ kétszer, akkor ellenőrizzük az érzelmek zavaró hatását, azaz a 10-es skálán milyen zavaró most az esemény.
- Egészen addig kell ismételni az előző lépéseket, amíg 0 nem lesz az érték, és akkor mindezt megerősíteni szemmozgással.

### 5. Installáció

- A kívánt pozitív kogníció és az eredeti emlék, kép összekapcsolása történik.
- Az eseményre és a pozitív kognícióra (PC) való gondolás után értékelni kell a PC validitását 1-7-ig, mennyire igaz ez rá.
- Majd ismét mindkettőre gondolni egyszerre, miközben szemmozgás következik.



- Ismét a validitás ellenőrzése, majd szemmozgás.
- Egészen addig, amíg a validitás, azaz érvényesség 7 nem lesz. Ha csak 6-ig megy, akkor ellenőrizni kell a PC alkalmasságát, és ha van gátló hiedelem, azt is kezelni kell az újrafeldolgozással. (ld. deszenzitizáció)

### 6. Body Scan

• A fizikai és szomatikus jellegű testérzések ellenőrzése az emlékekkel kapcsolatban, miközben erre és a PC-ra gondol. Végig kell járnia a testét a feje búbjától lefelé haladva.

• Ha bármilyen érzést jelez a páciens, szemmozgás következik.

• Ha pozitívat érez, akkor is szemmozgás, hogy megerősítsük.

• Ha kellemetlent, akkor egészen addig folytatni, amíg a diszkomfort érzés nem enyhül.

### 7. Bezárás, illetve a befejezetlen ülés lezárása

• A páciens stabilizálása, a jelenbe való visszatérés, ha kell nyugodt hely, vagy relaxációs gyakorlatok, stb.

• Megkérni őt, hogy a következő ülésig a tapasztalatait, gondolatait, emlékeit, álmaikat rögzítse egy naplóba: gondolatok, képek, érzelmek, érzések és a kiváltók alapján.

• Ha kifutunk az időből, akkor is stabilizációval kell befejezni.

### 8. Újraértékelés

• Utolsó ülés óta bekövetkező változások az életében, a problémával kapcsolatban vagy specifikusan azzal az eseménnyel kapcsolatban, amivel foglalkoztunk.

• Mennyire zavaróak az érzelmek (SUD skála) most, ha nagyobb, mint 0, akkor tovább foglalkozunk vele, ha 0 és a pozitív kogníció érvényessége is 7, a Body Scan tiszta, akkor be van fejezve az eredeti cél.

• Utána az anamnézis során feltárt fennmaradó események ellenőrzése következik.

• Amelyek zavaróak számára ott ismét kezdődik az újrafeldolgozás (3-8 fázis).

Ha a múlt emlékeivel végeztünk a jelenlegi problémával kapcsolatban, akkor ennek a problémának a jelenlegi triggerjeivel, amelyek zavaróak, szintén végig kell járni a 3-8 fázist.

Ha minden múltbeli esemény, jelenlegi trigger fel van újra dolgozva, akkor a jövőbeli sablonokra térünk rá.

A jövőbeli sablon installálása a következő módon történik:

• El kell képzelni, hogy hogyan fog reagálni a páciens a jövőben egy hasonló helyzetre, mit vesz észre ezzel kapcsolatban saját magán.

• Ha pozitív a válasz, akkor szemmozgást végzünk egészen addig, amíg további pozitívumot nem jelez.

• Ha semleges, akkor segíteni kell a vágyott cél megtalálásában, és addig csináljuk a szemmozgást, amíg nincs pozitív válasz.

• Ha negatív, akkor testi érzésekre fókuszálunk, és addig csináljuk a szemmozgást, amíg a válasz semleges nem lesz. Utána egy általa vágyott választ kell kiváltani.

• Majd a pozitív kognícióra és a helyzetre együtt gondolván, mennyire találja igaznak, érvényesnek a pozitív kogníciót. Egészen addig kell folytatni a szemmozgást, amíg 7 nem lesz a PC validitása. (installálás).



• Ha megoldandó helyzet van, akkor azt kell elképzelni, hogy milyen kihívásokat tapasztalhat ebben a helyzetben.

### **Az EMDR hatásmechanizmusával kapcsolatos elméletek**

Arra a kérdésre válaszolva, hogy az EMDR terápia milyen módon hat, illetve fejt ki a hatását, *Shapiro* [15] a pavlovi hipotézisre irányítja a figyelmünket, miszerint a traumatikus emlékek olyan változásokat eredményeznek a központi idegrendszerben, amelyek következtében az izgalmi-gátló egyensúly felbomlik az agyban. Ezek a változások az információfeldolgozó folyamatokban elakadást hoznak létre, az emlékeket az eredeti szorongásnak megfelelően marad aktív és képezi később is folyamatosan az elárasztó, intruzív szorongásos emlékeket. A neurális egyensúly helyreállítása, és a patológia megszüntetése történik akkor, amikor a traumatikus emlékekkel kapcsolatos képek és gondolatok előhívása során a szemmozgást végeztetjük a pácienssel. Mindez segít a traumával kapcsolatos információfeldolgozó folyamat feloldásában és így változásokat eredményezve a képek, gondolatok megjelenésében, minőségében és a szorongás szintjében.

Egyes kutatók és szakemberek szerint *Shapiro* magyarázata nem kielégítő, hiszen nem ad adekvát választ arra, hogy milyen módon jön létre a neuropatológiai változás a traumatikus eseményt követően és ezt milyen módon oldja az EMDR terápia. Más tanulmányok szerint [4] az EMDR hatásmechanizmusa kondicionálási alapokon nyugszik. Ezek a PTSD kialakulásának tanulásméleti megközelítésére helyezik a hangsúlyt. A szemmozgás deszenzitizáció segítségével egy olyan stratégiát alkalmazunk, amely az elkerülést megakadályozza, így segít csökkenteni az anticipátoros

szorongást, amely a félelmetes emlékek előhívása során jelentkezik. A terapeuta ujj mozgatásának követése révén a szemmozgás párhuzamosan zajlik a páciensnél azzal a folyamattal, amikor ő tudatosan hívja elő a traumatikus emléket képekben, gondolatokban, testi, fizikai érzésekben. A szemmozgás deszenzitizációt akár úgy is leírhatjuk, mint egy ingergeneralizációs folyamatot, amely során az eredeti környezeti ingerek új elemekre cserélődnek, jelen esetben a gyorsan mozgó ujj követésére. Amikor az ujjmozgás elegendő intenzitással történik, a páciens traumával kapcsolatos releváns gondolatai elterelődnek és kioltódnak, vagyis nem erősítődnek meg félelemmel. E megközelítés alapján, azonban nem lényeges elem a szemmozgás, hiszen más, akár auditoros vagy taktilis külső inger szintén megfelelő lehet a deszenzitizáció folyamatához.

*Gunter és Bodner* [7] szerint a szemmozgás releváns eleme a terápiás folyamatnak. Elméletük a munkamemória működésén alapul. A munkamemória egy olyan exekutív működés, amely a kognitív funkciók magasabb szintű rendszerezését végzi. Két olyan alrendszere van, amely segítségével a tárolt információk hozzáférhetővé válnak, ezek vizuomotoros és audioverbális információkat tárolnak. A szakkadikus szemmozgás létrehozása során a vizuomotoros formában tárolt képek veszíteni kezdenek az élénkességükből, elevenségükből, így az érzelmi töltetükből is. Mindez a munkamemória működése révén valósul meg, ugyanis egy emlék, amelyet aközben igyekszünk fejben tartani, mialatt ezzel párhuzamosan más feladatot végzünk, mindenképpen veszít az elevenségéből, érzelmi telítettségéből.

Más megközelítés alapján [10] a szemmozgás aktiválja azt az ösztönös kutatóreflexet, amely gátolja a félelmet és az exploratív vi-



selkedést eredményezi. Ez a folyamat két részre tagolható: a reflexív szünetre és reflexív explorációra. Ha a relaxáció erős érzése és a kellemes viscerális érzések, amelyek a reflexív szünet eredményeképpen jönnek létre, összekapcsolódnak kellemetlen emlékekkel, csökkentik azok félelemi hatását a kondicionáláson keresztül. A reflexív exploráció révén pedig a figyelem, a kognitív folyamatok sokkal fókuszáltabbak, rugalmasabbak és hatékonyabbak lesznek.

Valójában az elméletek egyike sem tudja maradéktalanul magyarázni az EMDR terápiát hatékonyságát, de az igazolható, hogy direkt módon hat a központi idegrendszeri folyamatokra, így a memóriahálózatokra, az információfeldolgozás folyamatára. A gyakorlatban úgy tűnik, hogy a szemmozgás helyett más bilaterális, így auditoros vagy taktilis ingerlés is alkalmazható.

### Az EMDR hatékonysága a PTSD kezelésében

A VA/DoD Clinical Practice Guideline [3] több klinikai vizsgálat, meta-analitikus tanulmány, áttekintés eredményeinek az összefoglalása alapján ajánlja, hogy az EMDR terápia hatékony a PTSD tüneteinek kezelésében. Más módszerekkel összehasonlítva ugyanakkor a legtöbb esetben nem bizonyult hatékonyabbnak a trauma-fókuszú kognitív- viselkedésterápiánál (KVT), illetve a stressz inokulációs tréningnél (SIT).

Négy tanulmány hasonlította össze az EMDR terápiát az expozíciós terápiával. *Lee* és munkatársai [11], *Power* és munkatársai [13] úgy találták, hogy az EMDR ugyanolyan mértékben vagy még hatékonyabb, mint a KVT, így gyorsabban lehet elérni a gyógyulást. *Taylor* és munkatársai [18] nem találtak különbséget a két terápiás módszer esetében a hatékonyság szem-

pontjából, *Rothbaum* és munkatársai [14] is azt tapasztalták, hogy a PTSD tüneteinek javulásában az EMDR és KVT egyformán hatékonyak bizonyultak.

*Cloitre* [2] áttekintő vizsgálata során öt olyan tanulmányt talált, ahol az EMDR hatékonyabb volt a placebo és várólistás helyzethez viszonyítva, egy vietnámi veteránok kezelésével kapcsolatos tanulmány szerint mind az EMDR, mind a várólistás csoport állapota ugyanúgy rosszabbodott, bár ez a romlás szignifikánsan enyhébb volt az EMDR csoport esetében. Négy tanulmány alapján az EMDR szignifikánsan hatékonyabb, mint a szupportív terápia, relaxáció vagy a gyógyszeres kezelés. Hat tanulmány hasonlította össze az EMDR terápiát a KVT-val, ebből három esetében az EMDR bizonyult hatékonyabbnak, a másik három során pedig mindez fordítva alakult.

*Van der Kolk* és munkatársai [19] hat hónapos utánkövetés során összehasonlították a PTSD kezelésében az EMDR terápia hatékonyságát a gyógyszeres kezeléssel, illetve placebo helyzettel. Gyógyszeres terápiák közül az SSRI-ok bizonyultak a leghatékonyabbnak a PTSD tüneteinek javulásában, jelen vizsgálathoz a fluoxetin-t választották. Az eredmények alapján a pszichoterápiás kezelés hatékonyabbnak bizonyult, mint a gyógyszeres kezelés, de mind a kettő sikeresebb volt, mint a placebo helyzet.

### Összegzés

A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás terápiás megközelítés és módszer alkalmazhatósága leginkább a PTSD kezelésében igazolódott be, ahogy a kifejlesztése is eredetileg a pszichotraumával kapcsolatos tünetek kezelésére történt. Ugyanakkor más pszichés betegségek kezelésében is eredményes lehet az EMDR, így a súlyos-



ságtól függően egyes szorongásos kórképek, depresszió, néhány disszociatív zavar esetében. Külön protokoll létezik gyerekek, a komplex (ismétlődő trauma) PTSD, és a disszociatív zavarok kezeléséhez. Az indikáció és kontraindikáció szempontjából figyelembe kell venni a páciens általános szomatikus állapotát, a farmakoterápiát, esetleges szemproblémákat, neurológiai-idegrendszeri károsodásokat, kontraindikált pszichózisok, major depresszió, fokozott regressziós készség esetén.

A terápiás módszer elsajátítása az EMDR Institute kiképzői által tartott tréning során történik, jelenleg kb. 80 000 EMDR pszichoterapeuta van az egész világon, Európában pedig 14 EMDR pszichoterápiás egyesület. Magyarországon 2011. őszén volt az első alaptréning hétvége. A teljes alaptréning abszolválása már lehetőséget ad egyes pszichés betegségek EMDR terápiával történő kezelésére.

Annak ellenére, hogy e terápiás módszer hatásmechanismusa még kevésbé feltárt, hiszen nincs egy definitív magyarázat arra, hogyan hat, működik az EMDR, mégis számtalan empirikus bizonyíték létezik, hogy hatékony, különösen a PTSD kezelésében. Egy olyan integratív módszer, amely számos tradicionális pszichoterápiás megközelítést szintetizál, alkalmazható más terápiás módszerbe beágyazottan is, és az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA), az International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), valamint a VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress egyaránt a pszichotrauma feldolgozására hatékony terápiaként javasolja.

## IRODALOM

- [1] *Banyard, V. L.*: Trauma and Memory. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2000, 11: 4.
- [2] *Cloitre, M.*: Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. CNS Spectrum, 2009, 14(1): 32-43.
- [3] Department of Veteran Affairs and Department of Defense (VA/DoD) Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress. Washington DC. The Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010.
- [4] *Dyck, M. J.*: A proposal for a conditioning model of eye movement desensitization treatment for posttraumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1993, 24: 201-210.
- [5] *Ehlers, A., Clark, D. M.*: A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Ford. *Perczel-Forintos Dóra*. Psychiatria Hungarica, 2000, 15(3): 249-275.
- [6] EMDR Basic Training Course, Budapest, 2011. november 18-20.
- [7] *Gunter, R. W., Bodner, G. E.*: How eye movements affect unpleasant memories: Support for working – memory account. Behaviour Research and Therapy, 2008, 46: 913-931.
- [8] *Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E.*: Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry, 2005, 62(6): 617-27.
- [9] *Kopp Mária*: Mennyire megbízhatóak a traumával kapcsolatos emlékek? Psychiatria Hungarica, 2000, 15(3): 294-297.
- [10] *Lee, C. W., Drummond, P. D.*: Effects of eye movement versus therapist instructions on the processing of the distressing memories. Journal of Anxiety Disorders, 2008, 22: 801-808.
- [11] *Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., et al.*: Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitisation and reprocessing. Journal of Clinical Psychology, 2002, 58: 1071-89.
- [12] *Peres, J. F., Mercante, J., Nasello, A. G.*: Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory,

[1] *Banyard, V. L.*: Trauma and Memory. The

Research and Practice, 2005, 78(4): 413-447.

- [13] Power, K. G., McGoldrick, T., Brown, K., et al.: A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2002, 9: 299-318.
- [14] Rothbaum, B. O., Astin, M. C., Marsteller, F.: Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 2005, 18: 607-16.
- [15] Shapiro, F.: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13: 35-67.
- [16] Shapiro, F.: Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. 2nd Edition. New York: Guilford Press., 2001.
- [17] Stewart, L. C., Wrobel, T. A.: Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related posttraumatic stress disorder a meta-analytic review of outcome studies. *Military Medicine*, 2009, 174(5): 460-470.
- [18] Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., et al.: Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71: 330-8.
- [19] Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., et al.: A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long – Term Maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68(1): 37-46.

**Maj. Nóra Urbán clinical psychologist**

### **Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) psychotherapeutic approach in the treatment of PTSD**

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a comprehensive, integrative psychotherapy approach. It contains elements of many effective psychotherapies in structured protocols that are designed to maximize treatment effects. EMDR psychotherapy is an information processing therapy, it attends to the past experiences that have set the groundwork for psychopathology, the current situation that trigger dysfunctional emotions, beliefs and sensations, and the positive experience enhance future adaptive behaviors and mental health. EMDR has been extensively researched for the treatment of trauma. According to the current treatment guidelines of the American Psychiatric Association and the International Society for Traumatic Stress Studies EMDR is effective therapy for PTSD. In the past few years many clinical and neurobiological research have shown the validity and effectiveness of this psychotherapeutic approach.

*Key-words: trauma, posttraumatic stress disorder, traumatic memory, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

*Urbán Nóra p.örgy.*

*1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*