EMDR w psychozie: wskazówki odnośnie konceptualizacji przypadku i leczenia

obszerne podsumowanie artykułu

EMDR in Psychosis: Guidelines for Conceptualization and Treatment
Journal of EMDR Practice and Research, Volume 7, Number 4, 2013
http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.7.4.208
David P. G. Van den Berg; M. Van der Vleugel; Anton B. P. Staring; Paul A. J. De Bont; Ad De Jongh
Tłum. Radosław Tomalski

Istotna część klientów z psychozą doświadczyła w swoim życiu traumy dziecięcej i cierpi z powodu współchorobowości zespołu stresu pourazowego. Badania wskazują, że trudne doświadczenia wczesnodziecięce odgrywają istotną rolę (pośrednio i bezpośrednio) w pojawieniu się i utrzymywaniu objawów psychotycznych. Podejście dwóch metod w konceptualizacji EMDR i wyniki ostatnich badań odnośnie przetwarzania obrazów związanych z traumą wpasowują się w dotychczasowe poznawcze modele wyjaśniające psychozę. Artykuł przedstawia kilka wstępnych zaleceń odnośnie konceptualizacji terapii EMDR w psychozie, które oparte są zarówno na przesłankach teoretycznych, jak i klinicznym doświadczeniu i zostały zilustrowane opisami przypadków. Opisano kilka przeszkód jakie można napotkać w leczeniu za pomocą EMDR i terapeutyczne rozwiązania dla nich. EMDR w psychozie można łączyć z innymi standardowymi interwencjami jak farmakoterapia lub terapia poznawczo-behawioralna.

Znaczna część pacjentów z psychozą, bo aż 10-30% lub nawet więcej, cierpi z powodu współwystępujących objawów stresu pourazowego. Choć prac oceniających skuteczność EMDR w takich sytuacjach jest niewiele, to te, które są dostępne wskazują, że zastosowanie EMDR powodowało spadek nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, poprawę samooceny, a w jednym z badań zmniejszenie nasilenia halucynacji. Zaleca się łączenie EMDR z innymi metodami leczenia ze względu na złożoną naturę psychozy.

Rozmawianie o traumie w przypadku psychozy
Osoby z poważną chorobą psychiczną (Severe Mental Illness, SMI) zwykle chcą opowiedzieć o swoich doświadczeniach urazowych. W kontraście do tego, klinicyści obawiają się zwykle, że spowoduje to pogorszenie stanu psychicznego. Ta "hipoteza szkodliwości" została obalona w badaniach interwencyjnych, a ponadto wykazano, że pacjenci z psychozą dobrze radzą sobie z wywiadem dotyczącym dowiadczeń urazowych. Ujawnienie traumy i trudnych doświadczeń może powodować wzburzenie u każdego, nie tylko u pacjentów z psychozą. Wymaga to od terapeuty podejścia empatycznego, ale zorientowanego na cel. Cierpienie związane z omawianiem doświadczeń urazowych jest zwykle przejściowe, natomiast ciężar poruszania się przez życie z utrzymującymi się objawami PTSD jest wielokrotnie poważniejszy, gdyż powoduje wzajemne wzmacniania się objawów PTSD i psychozy.

Wskazania do EMDR w psychozie:
- EMDR wskazane jest , gdy objawy PTSD towarzyszą objawom psychozy;

- EMDR wskazane jest również w leczeniu objawów wytwórczych nawiązujących bezpośrednio do wcześniejszych urazowych doświadczeń, np. w przypadku paranoi, która rozwija się bezpośrednio po fizycznej napaści lub w przypadku głosów, które nawiązują do traumy;
- Zastosowanie EMDR jest wskazane również, gdy życiowe doświadczenia wpływają pośrednio na psychozę poprzez podstawowe przekonania na temat siebie, innych i świata. Na przykład, ktoś nad kim znęcano się w szkole spodziewa się negatywnych zachowań ze strony innych ludzi i w późniejszym czasie rozwijają się u niego urojenia paranoiczne; albo też wykazano, że niska samoocena wpływa na sposób reagowania na obraźliwe głosy;
- EMDR może też być zastosowane do przetworzenia negatywnych, nierealistycznych i lękowych wyobrażeń dotyczących przeszłości lub też negatywnych wyobrażeń związanych z psychozą (doświadczeniami psychotycznymi).

Model dwóch metod

Podejście dwóch metod ma na celu pomóc terapeucie w konceptualizacji przypadku i sformułowanie hipotez odnośnie tego, jakie cele pracy (target) mają zasadnicze znaczenie dla zmniejszenie nasilenia objawu. Innymi słowy, jest to procedura mająca na celu wybranie wspomnienia do przetwarzania za pomocą standardowej procedury.

Pierwsza metoda polega na skupieniu się na problematycznych objawach i zidentyfikowaniu wspomnień, które odegrały w stosunku do nich rolę przyczynową lub powodowały nasilenie tych objawów. Dokonuje się to poprzez bezpośrednie pytania skierowane do pacjenta np. "Z Pana/i punktu widzenia, jakie wydarzenie jest odpowiedzialne za obecne objawy lub mogło wpłynąć na ich pogorszenie?" lub "Jakie wydarzenia doprowadziły według Pan/i do tych objawów?". W ten sposób na linię czasu zostają naniesione wydarzenia, a następnie zostaje określona hierarchia ich ważności.

Druga metoda polega na zidentyfikowaniu wspomnień będących podłożem dysfunkcyjnych przekonań podstawowych. Ma ona szczególnie zastosowanie w złożonych sytuacjach, gdzie przekonania pacjenta odgrywają istotną rolę w jego funkcjonowaniu. Dokonuje się to poprzez pytania skierowane do pacjenta, na przykład, "Co spowodowało, że zaczął Pan, że jest Pan … [przekonanie podstawowe]?". Następnie te wspomnienia są przetwarzane za pomocą standardowej procedury.

Podejście pierwszą metodą w psychozie

Kiedy istnieją wyraźne, bezpośrednie powiązania między wydarzeniami życiowymi a pojawieniem się i utrzymywaniem się objawów psychotycznych można zastosować pierwszą metodę.

Opis przypadku: współwystępowanie psychozy i PTSD

Judy to 46-letnia kobieta z diagnozą zaburzenia schizoafektywnego postawioną ponad 20 lat temu. Przez większość tego czasu objawy były utrzymywane pod kontrolą za pomocą leków. Pracowała 12 godzin tygodniowo w restauracji, gdzie doświadczała urojeń ksobnych. Pod wpływem stresu reagowała niekiedy wybuchem agresywnych emocji.

Program w telewizji na temat gwałciciela wywołał u Judy wspomnienia. W wieku 19 lat była molestowana na plaży, ale dzięki jej ucieczce nie doszło do gwałtu. Program spowodował jednak nasilenie flashback'ów z tego wydarzenia, jak również bezsenność, nadpobudliwość i inne objawy PTSD, które pozostawały wcześniej w uśpieniu. Zaczęła silnie odczuwać, że w tym konkretnym dniu udało jej się uniknąć śmierci. Za pomocą wywiadu CAPS stwierdzono, że spełnia ona kryteria diagnostyczne PTSD.

W tym przypadku wybór wspomnienia oryginalnego do pracy w EMDR był prosty: pojedyncze zdarzenie z flashback'ami twarzy agresora. Negatywne przekonanie (NC) związane z tym wspomnieniem to "Jestem bezbronna", subiektywne jednostki dystresu (SUD) oceniła na 9 (z maksymalnie 10). Proces desensytyzacji przebiegł szybko i bez większych przeszkód, SUD zmniejszył się kolejno do 5, następnie do 3, a następnie do 1 i spadł ostatecznie do zera. Pacjentka oceniała pozytywne przekonanie (PC, "Mogę sobie z tym poradzić") jako całkowicie prawdziwe. Wszystko to nastąpiło w czasie jednej sesji. Sesja zakończyła się procedurą szablonu przyszłości (future template): Judy wyobraziła sobie fragment wiadomości w telewizji na temat gwałciciela lub mordercy. Szybko oceniła, że byłaby w stanie sobie z tym poradzić.
Na kolejnej sesji kilka dni później, Judy stwierdziła, że była zaskoczona rezultatem. Mówienie o tym wspomnieniu nie wywoływało już u niej intensywnych reakcji emocjonalnych. Unikała jednakże oglądania TV w czasie poprzedzającego tygodnia, z obawy przed powrotem flashback'ów. Przeprowadzono jeszcze jedną sesję dotyczącą wyobrażenia przyszłości w której w TV napotyka na niepokojące ją wcześniej treści. Ponadto zastosowano zadanie związane z ekspozycją: Judy wraz z terapeutką poszukała i przeczytała w internecie doniesienia w prasie na temat gwałciciela.
Po 6 miesiącach od zakończenia leczenia Judy nie kierowała się już unikaniem. Nie spała już z zapalonym światłem, nie unikała telewizji, ani radia i bez problemów używała komunikacji publicznej. Nie spełniała już kryteriów CAPS dla PTSD.

Opis przypadku: metoda pierwsza z głosami
Francis pochodził z Sierra Leone i ubiegał się o azyl. Rozpoznano u niego schizofrenię paranoidalną 8 lat wcześniej. W czasie badania zgłaszał głosy grożące mu stwierdzeniami "odrąbiemy Ci ręce" i "zabijemy Cię". Był przekonany, że te głosy należały do ludzi, którzy ścigali go, co wywoływało u niego podejrzliwość i lęk. Był nerwowy, cierpiał z powodu koszmarów sennych i miał trudności z koncentracją. Głosy pojawiły się po tym, jak był świadkiem sytuacji, w której powstańcy podpalali ludzi i obcinali im ręce. Objawy psychotyczne (halucynacje słuchowe i interpretacje paranoiczne) były bezpośrednio związane z tymi urazowymi doświadczeniami, zarówno czasowo, jak i pod względem treści. Postawiono więc hipotezę, że za pomocą podejścia w metodzie pierwszej przetworzenie tych wspomnień powinno mieć pozytywny wpływ na objawy psychotyczne.
Terapeuta przedstawił Francisowi informacje odnośnie skutków doświadczenia traumy i podzielił się hipotezą odnośnie powiązania głosów i doświadczeń urazowych w Sierra Leone. Francis zidentyfikował dwa wspomnienia: jedno dotyczące bycia świadkiem, jak ktoś zostaje podpalony i drugie związane z byciem świadkiem, jak ktoś traci obie ręce. Negatywne przekonanie (NC) związane z obydwoma obrazami to "Jestem zagrożony". Zastosowano standardowy protokół desensytyzacji i wskaźniki SUD zaczęły spadać.
Halucynacje komplikowały leczenie, gdyż stale groziły Francisowi w czasie ruchów gałek ocznych, blokując obniżanie się dystresu. Francis nie uważał głosów za objaw choroby. Był przekonany, że te głosy to prawdziwi zabójcy, którzy przebywali w Holandii, w związku z czym był w niebezpieczeństwie. Terapeuta zastosował poznawczą interwencję polegającą na podważeniu przekonania, że mordercy, których widział 10 lat wcześniej w Sierra Leone byli obecni w Holandii. Francis zdał sobie sprawę, że rzeczywiście szanse na to są niewielkie. Chociaż nadal uważał, że jest to możliwe, to poczuł się nieco bezpieczniej, co pozwoliło kontynuować EMDR. Wskaźniki SUD dla obu wspomnień spadły do zera.
Integracja psychoedukacji, interwencji poznawczej i EMDR pozwoliła Francisowi zmienić ogląd dotyczący głosów. Myśl, że głosy były tak naprawdę bardzo żywymi flashback'ami stopniowo stawała się bardziej przekonująca, co pozwoliło mu je ignorować. To zmniejszyło zaniepokojenie

się głosami. Wskutek tego Francis poczuł się znacznie lepiej i mniej obciążony głosami w swoim funkcjonowaniu

Opis przypadku: metoda pierwsza z urojeniami

Leonard był 48-letnim mężczyzną ze schizofrenią paranoidalną, którą zdiagnozowano z powodu objawów, jakie pojawiły się po napadzie rabunkowym związanym z zagrożeniem życia, który wydarzył się kilka lat wcześniej. Wcześniej nie korzystał z opieki psychiatrycznej. Napastnik groził mu nożem i wówczas Leonard nabył przekonania, że ledwo uszedł z życiem. Kilka tygodni później Leonard spotkał napastnika na ulicy z grupą znajomych, a on wykonał gest podcinania gardła w jego kierunku, co wywołało śmiech znajomych. Leonard pomyślał: "on jest członkiem gangu i zamierzają mnie zabić". Od tego dnia, kiedy tylko wychodził na zewnątrz Leonard był bardzo czujny. Ta nadmierna czujność rozwinęła się w urojenia paranoidalne związane z przekonaniem, że wszyscy czarnoskórzy tworzą spisek mający na celu zabicie go. Leonard zaczął się izolować, jego firma zbankrutowała, a żona odeszła od niego. Kiedy zgłosił się w celu leczenia, był całkowicie przekonany, że ścigają go wszyscy ciemnoskórzy w jego rodzinnym mieście. Leonard nie miał żadnych objawów ponownego przeżywania, jak flashback'i lub koszmary senne, jednak stale martwił się o swoje bezpieczeństwo i obawiał się zagrożenia. Z powodu tych objawów rozpoznano u niego schizofrenię, a psychiatra przepisał mu leki. Leonard zaczął być nieco mniej zaabsorbowany swoimi czarnoskórymi sąsiadami, jednak jego przekonania nie zmieniały się, co powodowało, że nie wychodził w ogóle z domu. Skierowano go na terapię poznawczo-behawioralną (CBT) i zaczął pracować ze swoim terapeutą nad sformułowaniem problemu. Było jasne, że Leonard wiązał strach przed czarnoskórymi osobami z dwoma wydarzeniami: a) z samym napadem i b) groźbą wyrażoną w czasie spotkania na ulicy. Terapeuta porównał problemy zgłaszane przez Leonarda do tych, jakie odczuwa ktoś, kto został ugryziony przez psa, co spowodowało, że Leonard poczuł się dobrze zrozumiany. Leczenie psychologiczne zaczęło się od pracy za pomocą EMDR nad tymi doświadczeniami, z zamiarem kontynuacji pracy w formie CBT.

Pierwszym wspomnieniem był obraz napastnika przykładającego nóż do jego szyi. Negatywne przekonanie (NC) towarzyszące temu brzmiało: "Jestem bezbronny". Ocena na skali dystresu (SUD) wyniosła początkowo 10 (czyli maksymalnie) i spadła do zera w czasie jednej sesji. Prawdziwość przekonania pozytywnego ("Jestem w stanie sobie z tym poradzić.") wzrosła z 3 do 7. Pracowali również nad wyobrażeniem, że Leonard wychodzi samodzielnie z psem i napotyka czarnoskórego sąsiada, co spowodowało, że pacjent poczuł się silną osobą i był zmotywowany do samodzielnego wychodzenia z domu z psem.

Na kolejnej sesji Leonard zgłaszał mniejszy lęk i zaniepokojenie. Kilka razy wychodził z psem i udawało mu się ignorować czarnoskórych przechodniów. Drugim wspomnieniem źródłowym była sytuacja, gdy napastnik zagroził mu gestem w towarzystwie swoich znajomych. Negatywnym przekonaniem (NC) było "Jestem w niebezpieczeństwie", a pożądanym przekonaniem pozytywnym było "Jestem już bezpieczny". Celem zlokalizowanym w przyszłości było wyobrażenie robienia zakupów w lokalnym sklepie, gdzie przychodzi wielu imigrantów. Ponownie, Leonard zakończył konkluzją, że czuje się silny.

EMDR skutecznie doprowadziło do desensytyzacji wspomnień źródłowych, a Leonard zaczął wyrażać wątpliwości odnośnie prawdziwości swoich przekonań. W związku z tym terapeuta zastosował techniki poznawcze, polegające na zebraniu wszystkich argumentów przemawiających za tym, że gang wciąż chce zabić pacjenta. Przyjrzeli się też kwestiom, które przemawiały przeciwko temu przekonaniu, na przykład temu, że minęło kilka lat i nie nastąpił żaden atak. Po tej pracy, Leonard kontynuował pracę z ekspozycją.

Grupa potencjalnych napastników szybko skurczyła się. Leonard obawiał się już jedynie sprawcy rabunku i jego trzech znajomych. Był w stanie swobodnie poruszać się po okolicy i podjąć pracę

w niepełnym wymiarze. Wciąż starał się nie spotkać napastnika. Terapeuta starał się zmotywować Leonarda do ostatecznego eksperymentu behawioralnego: dowiedzenia się, czy napastnik wciąż jest nim zainteresowany, jednak pacjent nie podjął tego zadania i wspólnie zdecydowano o zakończeniu terapii na tym etapie.

Drugie podejście w psychozie: EMDR ukierunkowane na doświadczenia, które wywarły pośredni wpływ na psychotyczne interpretacje obecnych aktywujących wydarzeń

Podstawowe założenia na temat siebie, innych i świata są ważnymi czynnikami w rozwoju psychozy i podtrzymywaniu jej. Te negatywne wzorce rozwijają się wskutek negatywnych doświadczeń życiowych, jak nadużycia w dzieciństwie, przemoc szkolna lub doświadczenie dyskryminacji. Podejście drugą metodą w EMDR zmierza do zidentyfikowania i zmiany tych negatywnych przekonań podstawowych.
Najpierw, procedura diagnostyczna zmierza do konceptualizacji problemów klienta. Ocenia się w niej traumatyczne lub negatywne wydarzenia życiowe, wynikające z nich negatywne lub dysfunkcyjne przekonania i założenia na temat siebie, innych i świata, a także związane z nimi negatywne reakcje i interpretacje aktywizujących je wydarzeń.
Przykładowo, u pacjenta dla którego traumą było karanie przez perfekcjonistycznego ojca, podstawowe przekonanie może brzmieć "Jestem porażką", wydarzeniem aktywizującym będzie słyszenie głosu ("Ty kretynie!"), a dysfunkcyjną reakcją na płaszczyźnie poznawczej stwierdzenie: "Wiedziałem, że niczego nie potrafię zrobić dobrze", na płaszczyźnie emocjonalnej uczucie smutku, a na płaszczyźnie behawioralnej wycofanie społeczne, ciągłe rozmyślanie o tych kwestiach. Albo u osoby, która doświadczyła nadużycia seksualnego w dzieciństwie podstawowym przekonaniem może być "Jestem słabeuszem", wydarzeniem aktywizującym głosy nakazujące ("Rzuć się ze schodów!"), a dysfunkcyjną reakcją na płaszczyźnie poznawczej: "Musze się im poddać, bo inaczej skrzywdzą mnie jeszcze bardziej", na płaszczyźnie emocjonalnej smutek i lęk, a na płaszczyźnie behawioralnej samouszkodzenia i wykonywanie tego, co chcą głosy.
W oparciu o konceptualizację przypadku EMDR w podejściu drugą metodą jest ukierunkowane na wydarzenia urazowe, które klient odczuwa jako najbardziej przekonujące dowody na to, że jego podstawowe przekonania są prawdziwe. Każde z tych doświadczeń jest wtedy przetwarzane za pomocą standardowej procedury. Negatywne przekonania zostają przetworzone, a w dalszej pracy zainstalowane pozytywne przekonania, czemu przyświeca myśl, że pomoże to klientowi zmodyfikować swoje dysfunkcyjne podstawowe przekonania. Ma to również na celu uświadomienie mu, że objawy są zrozumiałą reakcją na bardzo niepomyślne doświadczenia życiowe.

Opis przypadku: metoda druga w odniesieniu do głosów
Irene była 49-letnią kobietą, u której zdiagnozowano schizofrenię i dużą depresję, kiedy miała ponad 20 lat. Miała wiele epizodów psychozy i przynajmniej raz w roku przyjmowano ją do szpitala. Korzystała z intensywnego leczenia i mieszkała w mieszkaniu chronionym. Kiedy ukończyła 40 lat, sprawy zaczęły przybierać bardziej pomyślny dla niej obrót. Epizody psychozy zdarzały się rzadziej, dostała swoje własne mieszkanie i ostatecznie wyszła z mąż za mężczyznę poznanego w czasie jednej z hospitalizacji. W czasie ostatniego roku jednak jej mąż popełnił samobójstwo, kiedy ona była w szpitalu. Wyłączyła w tym czasie telefon, gdyż wciąż do niej wydzwaniał, a samobójstwo miało miejsce tej właśnie nocy. To było przyczyną jej dłuższej hospitalizacji, w czasie której Irene próbowała popełnić samobójstwo więcej niż raz. Wypisano ją ze szpitala po 10 miesiącach i skierowano na psychoterapię. Irene słyszała głosy, które obrażały ją i oskarżały o krzywdzenie innych ludzi. Była przygnębiona i dręczyły ją myśli

samobójcze. Irene miała silne negatywne przekonania podstawowe na temat siebie, innych oraz świata. Najbardziej dysfunkcyjnym przekonaniem było: "Jestem złym człowiekiem". Wiele urazowych doświadczeń przyczyniło się do tego przekonania, w związku z czym terapeuta przedstawił jej podejście drugą metodą, aby określić wspomnienia wymagające przetworzenia. Zapytał Irene, które z jej doświadczeń odbierała jako potwierdzenie swojego podstawowego przekonania. Opowiedziała, że kiedy miała 7 lat, to była zmuszana do seksu przez swojego brata. Po pewnym czasie przywykła do tego i zobojętniała wobec tych wydarzeń. Ten sam brat zmarł w wypadku samochodowym, kiedy ona miała 12 lat. Dzień po jego śmierci Irene zaczęła słyszeć głosy. Kilka lat później, na pogrzebie swojego ojca, Irene zastygła i nie była w stanie mówić przez jakiś czas. Matka określiła ten moment jako najgorszą chwilę tego dnia i jednocześnie początek poważnej depresji, która trwała u niej (matki) 4 lata. Ostatnim z tych wydarzeń było wyłączenie telefonu w noc, kiedy mąż popełnił samobójstwo. Terapia EMDR skupiła się na tych wspomnieniach: nie odbieraniu telefonu, kiedy mąż panikował (negatywne przekonanie: "Jestem złym człowiekiem"); seksie z bratem (negatywne przekonanie: "Jestem głupią dziwką") i słuchaniu komentarzy matki, kiedy w czasie pogrzebu ojca Irene nie była w stanie nic powiedzieć (negatywne przekonanie: "Jestem beznadziejna"). Przetworzono te wspomnienia jedno po drugim i zainstalowano pozytywne przekonania, które pomogły zmniejszyć intensywność i wiarygodność negatywnego przekonania podstawowego "Jestem złym człowiekiem". Głosy nasiliły się w czasie pierwszych tygodni leczenia, jednak terapeuta starał się normalizować taki przebieg wydarzeń, dzięki czemu uzgodnili, że będą dalej kontynuować pracę. W miarę dalszej pracy za pomocą EMDR, Irene zaczęła podważać głosy i dyskutować z nimi. Nauczyła się widzieć je jako "duchy przeszłości" i w mniejszym stopniu na nie reagowała. Chociaż poczucie winy zmniejszyło się, to lęk przez przytłoczeniem przez głosy pozostał nadal silny. Aby się tym zająć, Irene stworzyła wraz z terapeutą obraz przyszłości, w którym siedząc w pokoju Irene otoczona jest przez głosy pochodzące od matki, ojca, brata, poduszek, kabli i stołów. Negatywne przekonanie, jakie temu towarzyszyło brzmiało "Jestem bezsilna". W czasie dwóch sesji SUD spadł do zera i szybko zainstalowano pozytywne przekonanie "Jestem w stanie sobie z tym poradzić". W czasie kolejnych sesji pracowano nad wyobrażeniem sytuacji związanych z codziennym funkcjonowaniem np. nieunikaniem mężczyzn, czy też nawiązaniem na nowo kontaktu z siostrą. Pod koniec leczenia Irene nadal słyszała głosy, jednak nie zwracała na nie tak wiele uwagi i nie była zaabsorbowana lękiem przed tym, że poczuje się przez nie przytłoczona. Jej samoocena poprawiła się wyraźnie i czuła się mniej przygnębiona.

Opis przypadku: metoda druga w odniesieniu do urojeń

Albert miał 36 lat. Dziesięć lat wcześniej zdiagnozowano u niego schizofrenię paranoidalną, gdyż zaczął słyszeć obraźliwe głosy. Podejrzewał, że stał za tym jego sąsiad. Skonfrontował się z tym sąsiadem, który kazał mu się "odwalić" i "dać sobie spokój z szalonymi oskarżeniami". Wywiązała się bójka między mężczyznami, w której Albert został dość poważnie pobity. Po tej sytuacji został objęty opieką psychiatryczną. Leki spowodowały wyciszenie się głosów, jednak utrzymywały się u niego paranoiczne przekonania. Albert wciąż był przekonany, że sąsiad i jego znajomi obserwują go i chcą go zabić w zemście za jego oskarżenia. Pozostawał więc w domu, na ile tylko było to możliwe, a jeśli już wychodził, to poruszał się na rowerze, żeby móc uciec w razie potrzeby.

W terapii CBT Albert nauczył się podważać swoje przekonania urojeniowe i dopuszczać co do nich wątpliwości. Albert ujawnił też inne istotne doświadczenia życiowe. Jego rodzice byli uzależnieni od alkoholu i zaniedbywali go. Wielokrotnie był świadkiem, jak ojciec bił matkę. W szkole podstawowej rówieśnicy znęcali się nad nim. W szkole średniej zaprzyjaźnił się z kolegą z klasy, ale w kolejnym roku, gdy został pobity przez rówieśników i wrzucony do pojemnika na śmieci, jego "najlepszy przyjaciel" tylko się z tego śmiał. To wszystko spowodowało, że rozwinęły

się u niego dwa podstawowe przekonania: a) "Jestem mięczakiem" i b) "Ludzie są źli i nie można im ufać".
Albert wyraził wobec terapeuty swoje przeświadczenie, że wiele jego doświadczeń potwierdzało prawdziwość jego przekonań. Stworzyli więc listę takich doświadczeń, które podsycały podstawowe przekonanie Alberta "Jestem mięczakiem": kiedy ojciec bił matkę (negatywne przekonanie: "Jestem bezsilny"), kiedy znęcano się nad nim w szkole podstawowej (negatywne przekonanie: "Jestem mięczakiem"), kiedy pobito go i wrzucono do pojemnika na śmieci, a najlepszy kolega się śmiał ("Jestem głupi"), a także kiedy pobił go sąsiad (negatywne przekonanie: "Jestem w niebezpieczeństwie"). Każde z tych wspomnień zostało przetworzone za pomocą standardowego protokołu EMDR. W czasie przetwarzania Albert spontanicznie na nowo "napisał" te doświadczenia, wyobrażając sobie, że jest w stanie obronić matkę przed ojcem i przeciwstawić się agresji sąsiada.
W podobny sposób zajęto się jego drugim podstawowym przekonaniem: "Ludzie są źli". Po tej pracy Albert odczuwał swoje podstawowe przekonania jako mniej prawdziwe. To zachęciło go do weryfikowania swoich paranoidalnych przewidywań w serii behawioralnych eksperymentów, które wspierane były poprzez pracę za pomocą EMDR ukierunkowaną na przetwarzanie negatywnych wyobrażeń. Pod koniec leczenia Albert był w stanie wychodzić z mieszkania na zakupy i spacery, a jego zaabsorbowanie treściami prześladowczymi wyraźnie się zmniejszyło.

Wyobrażenia w psychozie: EMDR ukierunkowane na nierealistyczne, lękowe lub negatywne wyobrażenia związane z psychozą.
"Trzecia metoda" w EMDR ukierunkowana jest na dwa rodzaje wyobrażeń, jakie najczęściej można spotkać w psychozie: a) obrazy przerażających katastrof (czyli flash-forwards) i b) wizualizacje przyczyn, prezentacji lub treści objawu (czyli czynnika aktywującego).
Przetwarzanie "najgorszego scenariusza" za pomocą EMDR może w znacznym stopniu zmniejszyć lęk i związane z tym zachowania unikowe. W procedurze tej klient proszony jest o opisanie swojego najgorszego scenariusza wydarzeń. U niektórych klientów obejmuje to intruzywne wyobrażenia, które pojawiały się u nich już wcześniej, a u innych są one określane dopiero w czasie sesji. Następnie klient wraz z terapeutą identyfikują najbardziej nieprzyjemny obraz tego scenariusza, w podobny sposób jak w przypadku wspomnienia, tylko tutaj dotyczy to obrazu wyobrażonej katastrofy. Negatywne przekonanie w tym przypadku z definicji odnosi się do utraty kontroli (bezradność wobec intruzywnych obrazów), a pozytywne przekonanie ma zwykle treść "Mogę sobie z tym poradzić". Stosowany jest standardowy protokół.
Drugim rodzajem wyobrażeń związanych z psychozą, gdzie można zastosować EMDR, są obrazy związane z przyczyną, prezentacją i treścią objawu psychotycznego. Przykładowo, w kontekście doświadczanych głosów, klient może stworzyć mentalny obraz swoich "napastników". Przetworzenie tego obrazu może zmniejszyć emocjonalne napięcie i zaabsorbowanie. Celem pracy (target) może być np. obraz, w którym klient siedzi na łóżku wraz z mężczyzną, który krzyczy na niego obraźliwe treści przez megafon. EMDR stosowane jest takim przypadku w zwykły sposób. Negatywne i pozytywne przekonania mogą mieć różne treści w tym typie obrazów.
Nie jest zalecane podejmowanie pracy z wyobrażeniami typu flash-forward, o ile klient nie wypracował przynajmniej pewnej świadomości, że jego doświadczenia mają halucynacyjny charakter. Do przepracowania obrazów drugiego rodzaju klient musi mieć przynajmniej pewną świadomość, że jego obawy mogą nie być realistyczne i uzasadnione. W czasie przetwarzania dorosła, zdrowa, bardziej realistyczna i zniuansowana perspektywa rzeczywistości ma stać się bardziej dominująca. Kiedy zmniejsza się nasilenie emocji, to pojawia się możliwość większego dystansu. W podobny sposób, jak dzieje się w przypadku PTSD, klient musi zacząć zdawać sobie sprawę, że nie ma już zagrożenia i że jest już bezpieczny. Dlatego też najlepiej zacząć od pewnej

pracy poznawczej i zastosować EMDR wobec wyobrażeń, dopiero wówczas, kiedy klient ma przynajmniej pewne wątpliwości co do swojej psychotycznej oceny sytuacji. Po tym można z kolei zastosować poznawczo - behawioralne interwencje, takie jak eksperymenty behawioralne lub zadania związane z ekspozycją.

Opis przypadku: głosy i wyobrażenia

Marjorie miała 21 lat, rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej i problemy z halucynacjami słuchowymi słownymi. Zaczęły się one 4 lata wcześniej, kiedy zmarł jej dziadek. Czuła się bardzo samotna, zagubiona i niezdolna do wyrażenia tych emocji. Czuła się odpowiedzialna za cierpienie swojej rodziny. Nade wszystko jednak obawiała się o swoją młodszą siostrę. Po raz pierwszy, kiedy usłyszała kobiecy głos, znajdowała się w łazience. Głos kazał jej popełnić samobójstwo i zagroził, że skrzywdzi jej siostrę, jeśli ona się nie podporządkuje. Marjorie zaczęła myśleć, że głos należy do potężnego ducha, który faktycznie może skrzywdzić jej siostrę. Aby temu zapobiec, Marjorie podjęła trzy poważne próby samobójcze. Była pełna lęku, nękana wyrzutami sumienia, cierpiała na objawy dysocjacyjne i dokonywała samouszkodzeń. Głównym bodźcem wyzwalającym te objawy był nie głos, ale obraz martwej siostry leżącej w łóżku.

EMDR skupiło się na obrazie jej martwej siostry, gdyż zakładano, że spowoduje to zmniejszenie nasilenia objawów. Obraz stał się mniej wyrazisty i objawy zaczęły faktycznie ustępować. Tym samym zwiększyła się też motywacja Marjorie do eksploracji swoich przekonań na temat głosów za pomocą technik CBT. Odważyła się sprawdzić, co nastąpi, jeśli nie zrealizuje poleceń głosu. Odkryła, że jej mniejsze podporządkowanie nie przekłada się wcale na większe cierpienie jej bliskich (zwłaszcza siostry). Dlatego też było jej łatwiej ignorować głos, a tym samym intensywność i częstość halucynacji zmniejszyła się.

Opis przypadku: urojenia i wyobrażenia

Faye miała 45 lat i diagnozę zaburzeń schizoafektywnych postawioną 20 lat wcześniej. Rok temu zaczęła zadłużać się. Aby spłacić te długi i odłożyć jakieś pieniądze wynajęła pokój na poddaszu studentowi. Uaktywniła się wtedy u niej psychoza i zaczęła rozwijać przekonania urojeniowe na temat najemcy, a szczególnie odnośnie jego kolegi rastafarianina. Zaczęła nabierać obsesji na punkcie czarnej magii i obawiała się, że jest obiektem rytuałów voodoo. Została przyjęta z tego powodu do szpitala psychiatrycznego.

W czasie hospitalizacji przyjmowała leki i korzystała z CBT, co pomogło jej powrócić do formy. Została wypisana po 3 miesiącach, a po wypisie kontynuowała CBT. Wykonała kilka zadań behawioralnych, z których wyciągnęła wniosek, że wynajmujący nie ma wobec niej złych intencji. Ponieważ wiedział, że spotykanie jego kolegi było dla niej trudne, zaprzestał zapraszania go do siebie. Kilkukrotnie Faye zamierzała powiedzieć mu, że może jednak go zapraszać, jednak wtedy pojawiał się u niej intruzywny obraz laleczki voodoo z krwią płynącą z jej oczu. Chociaż nie była przekonana, co do kwestii voodoo, to ten obraz przestraszył ją i powstrzymał od wprowadzenia planu w życie.

Terapeuta zaproponował użycie EMDR wobec tego obrazu. Negatywne przekonanie, jakie sformułowano brzmiało "Jestem w niebezpieczeństwie". Wynik jednostek dystresu (SUD) szybko spadł, a przetwarzany obraz szybko się zmieniał. Za pierwszym razem, kiedy wrócili do obrazu oczy były w nim pokryte skorupą krwi, jednak za drugim razem Faye zaczęła się śmiać. Skorupy krwi zostały zastąpione przez stokrotki, a wynik SUD spadł do zera. Pracowali nad przyszłym scenariuszem, w którym Faye otwiera drzwi koledze najemcy. Kilka dni później Faye wysłała maila terapeucie: "Dziś popołudniu najemca i jego kolega wpadli z wizytą. Było miło. Nie wiem, czy to zadziałało EMDR, czy też ja sama, kiedy celowo przywołałam wcześniej obraz stokrotek, ale poszło dobrze. Bardzo dziękuję, Faye."

Trudności i związane z nimi strategie terapeutyczne

Poniżej przedstawiono kilka rodzajów trudności charakterystycznych dla stosowania EMDR u klientów z psychozą, wraz ze strategiami radzenia sobie z nimi.

Ciągła traumatyzacja z powodu doświadczeń psychotycznych

Jeśli klient przypisuje halucynacje słuchowe (głosy) realnemu agresorowi z przeszłości, wówczas może stale czuć się zagrożony. W podobny sposób, urojenia paranoiczne mogą powodować stałą traumatyzację. Na przykład, klient może mieć poczucie, że przestępcy, którzy kiedyś napadli na niego z bronią, stale go obserwują i chcą mu coś zrobić. Tacy klienci mogą nie być zdolni, żeby poczuć się bezpiecznie w teraźniejszości, nawet w gabinecie terapeuty, gdyż są przekonani, że inni chcą ich skrzywdzić lub zabić.

Choć nie zawsze tak jest, to zwykle przypisywanie doświadczeń psychotycznych czynnikom zewnętrznym może uniemożliwiać rozwinięcie się dystansu między przeszłością i teraźniejszością. W czasie sesji EMDR poziom SUD będzie pozostawać wysoki, niezależnie od wyboru celów do przetworzenia. Taka zewnętrzna atrybucja może działać jako "przekonanie blokujące" w ramach EMDR, które uniemożliwia przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. W sytuacji tego rodzaju CBT może być niezbędne, żeby skorygować taką dysfunkcyjną atrybucję. Innymi opcjami jest zastosowanie instalacji zasobów oraz wplatanie do EMDR elementów pracy poznawczej (cognitive interweave).

Zaburzenia poznawcze

Przeszkodą może być też słaba koncentracja. Jest ona często obecna w zaburzeniach psychotycznych jako element zaburzeń poznawczych. W czasie EMDR klienci mogą mieć trudności z wykonywaniem poleceń oraz koncentracją na celu przetwarzania. Niektórzy nie są w stanie podążać przez dłuższy czas za palcami terapeuty (lub innymi rodzajami stymualcji i wymagają powtarzania instrukcji, aby wykonywać to właściwie. Głosy obecne w czasie sesji również rozpraszają klienta. Najlepiej jest jednak starać się realizować protokół w zwykły sposób. W razie poważnych zaburzeń poznawczych sesje mogą być krótsze, jednak zaleca się to jedynie wtedy, gdy jest to absolutnie niezbędne.

Niektórzy klienci z psychozą mają słabą pamięć roboczą, która - jak się uważa - ma centralną rolę z fazie desensytyzacji EMDR. Ładunek emocjonalny i to, jak żywo jest doświadczany obraz wydarzenia urazowego zmniejszają się po obciążeniu pamięci roboczej. Za mało dystrakcji (w postaci stymulacji bilateralnej) może powodować, że klient będzie pochłonięty przez ponowne przeżywanie, jednak za dużo dystrakcji może w ogóle uniemożliwić myślenie o wspomnieniach. Najlepiej sprawdza się więc optymalne obciążenie pamięci roboczej i dopasowanie do danego klienta.

Trudności z ruchami oczu

Niektóre osoby z rozpoznaniem schizofrenii mają upośledzone ruchy sakadyczne, czyli ruchy o szerokim kącie w płaszczyźnie horyzontalnej, często związane z podążaniem za bodźcem. Upośledzone ruchy sakadyczne mogą wynikać z ogólnego uszkodzenia procesów sensomotorycznych w korze czołowej, a w szczególności może to być związane z zaburzonym hamowaniem motoryki w kory przedczołowej. Nie jest jednak jasne, czy te uszkodzenia są przeszkodą w EMDR. Oczywiście, mogą powodować pewne trudności z wodzeniem oczami za bodźcem, jednak ostatnie badania sugerują, że mechanizm działania EMDR związany jest bardziej z obciążeniem pamięci roboczej w czasie myślenia o traumatycznych obrazach, a to prawdopodobnie nie ulega zakłóceniu przez trudności z wykonywaniem ruchów sakadycznych. W razie potrzeby można wykonywać innego rodzaju stymulację, na przykład obustronną

dźwiękową, zadania związane z liczeniem w pamięci, rysowaniem czegoś, chodzeniem, albo też z tappingiem.

Leki przeciwpsychotyczne

Niektórzy badacze uważają, że EMDR działa, ponieważ aktywuje układ cholinergiczny w mózgu, który związany jest z uczeniem się, pamięcią i uwagą. Jednakże niektóre leki przeciwpsychotyczne blokują receptory cholinergiczne, co powoduje działania niepożądane takie jak suchość w ustach, zaparcia, przyspieszoną akcję serca, rozszerzenie źrenic i niepokój psychoruchowy. Niekiedy pacjenci dostają leki przeciwdziałające motorycznym skutkom ubocznym leków przeciwpsychotycznych (np. biperyden), co może powodować mniejszą skuteczność EMDR. Nie jest to co prawda potwierdzone, jednak należy to brać pod uwagę w wypadku, gdy klient zażywa duże ilości leków i brak jest efektów EMDR. Wówczas zmniejszenie dawki leku antycholinergicznego może być pomocne.

Zubożenie afektu

Apatia, anhedonia i blady afekt są negatywnymi objawami zaburzeń psychotycznych. Badania wskazują, że zaburzenie afektu oznacza raczej zmniejszenie ekspresji emocji, a nie brak ich subiektywnego doświadczania. W czasie EMDR trudno jest jednak niekiedy określić, jak się czuje dana osoba. Czasem zgłasza wysoki SUD (subiektywne jednostki dystresu), choć jego wyraz twarzy nie wskazuje na doznawanie jakichś przykrych uczuć. Utrudnia to pomożenie klientowi w utrzymaniu się w "oknie tolerancji" emocji. Zalecane jest omówienie tego z wyprzedzeniem: jaki poziom SUD oznacza jaki rodzaj doświadczenia klienta. Terapeuta może nie widzieć tego z zewnątrz, jednak klient może doświadczać wewnętrznie silnych emocji. Omówienie tego zwykle nie stwarza większych problemów.

Nietypowe skutki uboczne i destabilizacja

Niekiedy pojawiają się nietypowe reakcje. Niektórzy zgłaszają, że słyszą dźwięki używane do stymulacji dźwiękowej jeszcze przez kilka dni po sesji, jednak nigdy nie zgłaszano, żeby utrzymywały się dłużej.

Objawy psychotyczne mogą tymczasowo nasilać się w czasie EMDR (np. głosy mogą nasilać swoją intensywność i częstotliwość przez kilka dni). Sugerujemy, żeby wspomnieć o takiej możliwości z wyprzedzeniem, dzięki czemu klient będzie mniej zaniepokojony, gdy tak się stanie. Przez wszystkie lata, kiedy autorzy tego artykułu stosowali EMDR w psychozie (u pacjentów szpitalnych oraz ambulatoryjnych) nigdy nie spotkali się z całkowitą dekompensacją psychotyczną, jednak na przyszłość nie można tego wykluczyć z całą pewnością. Ważne jest przygotowanie planu na wypadek nasilenia się psychozy i bliski kontakt z innymi osobami zaangażowanymi w leczenie danej osoby oraz z osobami z jej sieci społecznej.

W czasie EMDR mogą pojawiać się objawy dysocjacyjne. Autorzy postrzegają dysocjację jako dysfunkcyjny mechanizm radzenia sobie z wysokim poziomem stresu. Wobec takich reakcji dysocjacyjnych, ważne jest by terapeuta pozostał spokojny i w kontakcie. Większość klientów jest w stanie słyszeć terapeutę, więc warto skomentować sytuację np. "Wygląda na to, że stres nadmiernie się nasilił. Poczekamy więc, aż ponownie będzie możliwe radzenie sobie z nim". Pomocne może być skupienie się klienta na szczegółach otoczenia. Pomocne może być też wcześniejsze omówienie strategii takich jak dotknięcie przez terapeutę ramienia klienta lub poproszenie go, żeby wymienił 10 niebieskich przedmiotów gabinecie itp. Klienci zwykle sami znają strategie, które im pomagają. Dysocjacja sama w sobie jest nieszkodliwa, a w naszym doświadczeniu zawsze mija.

Dyskusja

W naszym artykule staraliśmy się przedstawić zalecenia odnośnie konceptualizacji przypadku i stosowania EMDR. Przypadki mające na celu zilustrowanie tego pokazują, że zaburzenia psychotyczne zasadniczo są złożone. Obejmują czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, a niemal zawsze towarzyszą im inne zaburzenia. Autorzy zalecają więc włączanie EMDR w ramach bardziej kompleksowego leczenia psychologicznego. W naszej praktyce klinicznej łączymy EMDR z CBT. Polecamy sięgnąć po obszerny opis CBT w psychozach do jednego z wielu protokołów. Praktyka pokazuje, że CBT i EMDR można bardzo dobrze łączyć ze sobą. Dość często konieczne jest wykonanie wstępnej pracy poznawczej, aby stworzyć kontekst dogodny do pomyślnej pracy za pomocą EMDR. Z kolei u wielu klientów po pracy EMDR należy korzystać z zadań związanych z ekspozycją lub eksperymentami behawioralnymi, aby uzyskać dalszą poprawę. Warto zauważyć, że w przypadku CBT efekty leczenia są lepsze, jeśli stosuje się kompletny program leczenia. Autorzy mają przekonanie, że łączenie CBT i EMDR ma synergistyczny efekt, jednak konieczne są dalsze badania na ten temat.

Znajomość zjawiska psychozy i adekwatnych strategii terapeutycznych jest warunkiem wstępnym stosowania EMDR w psychozie. Z jednej strony, klinicyści, którzy mają doświadczenie w leczeniu zaburzeń psychotycznych wiedzą, że nie ma potrzeby być nadmiernie ostrożnym i że klienci są w stanie znieść więcej, niż wydaje się to możliwe klinicystom nie mającym doświadczenia z psychozami. **Podkreśla się, że nie ma żadnych dowodów naukowych, że stosowanie psychoterapii w psychozach jest szkodliwe.** W naszym doświadczeniu najwięcej problemów związanych jest ze współistniejącymi zaburzeniami osobowości, w których kluczowym objawem jest niestabilność emocjonalna. Może to na przykład zwiększać ryzyko dysocjacji. Autorzy nie stosują zwykle żadnych technik stabilizacji i stosują standardowy protokół EMDR. Należy zauważyć, że klienci, z którymi pracujemy zwykle mają rozpoznania schizofrenii lub zaburzenia schizoafektywnego i w związku z tym korzystają z opieki psychiatrycznej, w tym - leczenia farmakologicznego. Innymi słowy - zostały u nich wdrożone istotne działania zmierzające do stabilizacji. Niestety nie dysponujemy danymi, które pozwalałyby precyzyjnie określić wskazania i warunki stosowania EMDR w psychozie. Na ten moment, każdy terapeuta musi sam ocenić, co można zrobić za pomocą EMDR, a czego nie, opierając się na swoim klinicznym doświadczeniu. Oczywiście, klinicyści powinni mieć na uwadze czynniki, które mogą wpływać na zdolność klientów do korzystania z EMDR. Kiedy są wyraźne przeciwwskazania, należy odroczyć EMDR lub zmienić plan leczenia, jednak autorzy zauważają, że klienci z psychozą nie różnią się pod tym względem od innych grup. **Co więcej, należy podkreślić, że jednym z istotniejszych problemów w odniesieniu do klientów z psychozą jest to, że nie są im oferowane skuteczne strategie psychoterapeutyczne.**