



Skuteczność terapii odwrażliwiania za pomocą ruchów gałek ocznych (EMDR) u leczonych ambulatoryjnie pacjentów z zaburzeniem stresowym pourazowym

*Eye Movement Desensitization and Reprocessing effectiveness in outpatient psychotherapy
for posttraumatic stress disorder*

JACEK PASTERNAK

Zakład Psychologii Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Rzeszowskiego, Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rzeszowie

STRESZCZENIE

Cel. Badanie psychologiczne przeprowadzono w celu weryfikacji hipotezy badawczej dotyczącej skuteczności terapii odwrażliwiania za pomocą ruchów gałek ocznych (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Metoda. W badaniu i psychoterapii wzięło udział 60 osób z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD) w wieku 18–55 lat (44 kobiety i 16 mężczyzn). Badanych podzielono losowo na dwie równoliczne grupy. W grupie „bezpośredniej” terapię rozpoczęto tuż po badaniu, a w „odroczonej” – z miesięcznym opóźnieniem. Przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii pacjentów badano kwestionariuszem PTSD Pasternaka (w grupie „odroczonej” przeprowadzono jeszcze jeden pomiar po miesiącu od pierwszego badania, a bezpośrednio przed rozpoczęciem terapii).

Wyniki. Stwierdzono istotne statystycznie zmniejszenie się nasilenia objawów PTSD u znacznej większości badanych. Ze względu na kryterium skuteczności (wyniki kwestionariusza PTSD Pasternaka) wyodrębniono 3 podgrupy: terapia udana ($n = 37$), terapia umiarkowanie udana ($n = 14$), terapia nieudana ($n = 9$).

Wnioski. W świetle uzyskanych rezultatów badawczych odwrażliwienie za pomocą ruchów gałek ocznych okazało się skuteczną metodą terapii zaburzeń stresowych pourazowych zarówno w stosunku do wszystkich badanych, jak i grup „bezpośredniej” i „odroczonej”.

SUMMARY

Objectives. The psychological study was aimed at evaluation of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), hypothesized to be effective in PTSD treatment.

Method. Participants in the study were 60 outpatients (16 men and 44 women) aged 18–55, diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD). They were treated with psychotherapy at the Outpatient Mental Health Clinic in Rzeszów. The patients were randomly divided into two equinumerous groups: “immediate”, starting treatment directly after the initial diagnostic assessment, and “delayed”, receiving the same treatment after one month delay. In the pre- and post-treatment assessment a PTSD questionnaire by Pasternak was used (in the “delayed” group an additional assessment was made 1 month after the initial one, i.e. directly preceding therapy).

Results. In a vast majority of patients a statistically significant reduction in PTSD symptoms severity was noted. Three subgroups differing in treatment outcome (as measured by the Pasternak PTSD Scale scores) were identified, whose therapy was: successful ($n = 37$), moderately effective ($n = 14$), or unsuccessful ($n = 9$).

Conclusions. The findings suggest that Eye Movement Desensitization and Reprocessing turned out to be an effective technique in the treatment for PTSD, both in the whole sample under study, and in the subgroups (“immediate” and “delayed”).

Słowa kluczowe: odwrażliwienie za pomocą ruchów gałek ocznych / psychoterapia / zaburzenia stresowe pourazowe

Key words: Eye Movement Desensitization and Reprocessing / psychotherapy / Post-Traumatic Stress Disorder

Odwrażliwienie za pomocą ruchów gałek ocznych nie wywodzi się z żadnej znanej dotąd teorii naukowej, lecz z przypadkowej obserwacji Francine Shapiro [1]. Kiedy w maju 1987 roku Shapiro spacerowała po parku, doświadczała nieprzyjemnych myśli, które następnie nagle zniknęły. Brak przykrych myśli i negatywnych emocji wiązał się z szybkim spontanicznym ruchem gałek ocznych. Metodą prób i błędów autorka stworzyła standardową procedurę terapii i nazwała ją *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* – EMDR. Metoda pod tą nazwą zyskała międzynarodowy rozgłos. W 1995 roku Shapiro opublikowała monografię dokładnie przedstawiającą procedurę EMDR [2] (patrz też [3]). W niniejszym artykule zamiennie stosuje się

angielski skrót EMDR i polską wersję: odwrażliwienie za pomocą ruchów gałek ocznych. W literaturze psychologicznej w języku polskim można spotkać też inne terminy: odwrażliwienie za pomocą ruchów oczu [4], desensytyzacja za pomocą ruchów gałek ocznych i powtórnego przetwarzania [5] oraz odczulanie wspomagane ruchami gałek ocznych [6]. Terapię Shapiro stosuje się w leczeniu przede wszystkim zaburzeń stresowych pourazowych. Po opracowaniu procedur terapeutycznych Shapiro [2] zaproponowała hipotezę roboczą wyjaśniającą terapeutyczne działanie metody. Od tamtej pory pojawiło się więcej teorii odnoszących się do mechanizmu działania odwrażliwienia za pomocą ruchów gałek ocznych [7].

Pierwsze kontrolowane badanie skuteczności swojej metody terapeutycznej przeprowadziła Shapiro [8]. Grupa 22 pacjentów (ofiary gwałtu, molestowania seksualnego oraz weterani wojenni, większość z potwierdzonym rozpoznaniem PTSD) doświadczających traumatycznych wspomnień uczestniczyła w jednej sesji terapeutycznej. Autorka zwróciła uwagę na dwie istotne zmiany: znaczące zmniejszenie poziomu lęku oraz zwiększenie poziomu subiektywnej prawdziwości pozytywnego przekonania. Uzyskany efekt terapii utrzymał się w badaniach kontrolnych po upływie 1 i 3 miesięcy.

W kolejnych latach systematycznie rośnie liczba publikowanych badań dotyczących skuteczności EMDR. Empiryczną weryfikację efektywności tej terapii prowadzi się na różnych populacjach, m.in.: weteranach wojennych [9, 10], dorosłych osobach w przeszłości molestowanych seksualnie [11], dzieciach i młodzieży [12, 13, 14], ofiarach katastrofy naturalnej [15] czy ofiarach gwałtów i przemocy seksualnej [16].

W świetle wyników badań, odwrócenie za pomocą ruchów gałek ocznych jest metodą skuteczniejszą od innych rodzajów terapii syndromu PTSD [17, 18, 19], cechuje się znacznie krótszym czasem trwania przy co najmniej równorzędnej skuteczności [20, 21], wreszcie, odznacza się podobnym poziomem skuteczności w porównaniu z innymi terapiami [22, 23], wskazuje się na jej większą skuteczność w porównaniu z lekami [24]. Pozytywny efekt terapii utrzymuje się w czasie [25, 11]. Niektóre raporty badawcze podkreślają jednak przewagę innych technik terapeutycznych [26]. Skuteczność EMDR potwierdzają studia przypadków [27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

CEL

Badania przeprowadzono w celu określenia osobowościowych korelatów skuteczności odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych. W tym raporcie z badań znajdują się wyłącznie dane dotyczące skuteczności tej terapii w oparciu o pomiar Kwestionariuszem PTSD Pasternaka.

Pytanie badawcze brzmiało: czy po zastosowaniu terapii odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych zmniejsza się intensywność objawów PTSD? Sformułowano hipotezę badawczą przewidującą, że po zastosowaniu terapii EMDR istotnie zmniejszy się intensywność objawów PTSD. Oto pełna treść hipotezy: w grupie, w której stosowano terapię odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych, nasilenie objawów PTSD zmniejsza się istotnie bardziej niż w grupie, w której nie stosowano tej terapii.

BADANI PACJENCI

W badaniu i psychoterapii EMDR uczestniczyło 60 pacjentów (44 kobiety i 16 mężczyzn) poradni zdrowia psychicznego z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych w wieku 18–55 lat (średnia, $M = 31,8$ lat; odchylenie standardowe, $SD = 8,9$). Badania i terapię prowadzono w latach 2003–2006. W badanej grupie nie było osób z rozpoznaniem zmiany osobowości pod wpływem zdarzenia traumatycznego, terapii poddawane są osoby bez poważ-

nych zaburzeń fizycznych. W projekcie uwzględniono weryfikację procedury terapeutycznej EMDR traktowanej jako całość, a nie jej poszczególnych elementów (np. ruchów gałek ocznych).

Terapię poprzedzono wywiadem klinicznym. W trakcie wywiadu uzyskano szereg danych biograficznych m.in.: płeć, wiek, ilość miesięcy po wypadku, inne doświadczenia traumatyczne, historia leczenia psychiatrycznego i ewentualnie neurologicznego. Dwie osoby (młodzi mężczyźni) zostało oskarżonych o spowodowanie wypadku ze skutkiem śmiertelnym i otrzymali wyrok skazujący na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem. Obaj uczestniczyli w terapii po zakończeniu procesu sądowego i ich udział w terapii nie wiązał się z uzyskaniem jakiegokolwiek korzyści wtórnej. Żaden z badanych nie starał się o związane z traumą świadczenia. W grupie znajduje się 7 osób, które doświadczyły większej liczby zdarzeń traumatycznych, lecz dopiero po ostatnim z nich doszło do dekomensacji. Badanie dotyczyło osób dorosłych, stąd też dolną granicę wieku ustalono na 18 lat. Badani nie odnieśli w wyniku wydarzenia traumatycznego trwałych obrażeń somatycznych, które mogłyby istotnie wpływać na ich życie, w okresie badań nie przejawiali też poważnych zaburzeń psychicznych i neurologicznych. Zaburzenia stresowe pourazowe rozwijają się po co najmniej miesiącu od daty zdarzenia traumatycznego. W badaniu wzięły udział osoby, które doznały traumy powyżej 1 miesiąca przed badaniem psychologicznym, lecz nie więcej niż 24 miesiące (rys. 1).

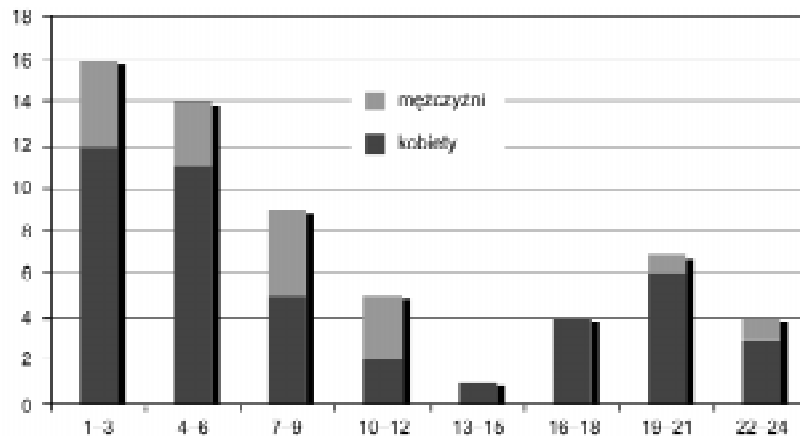
Połowa badanych doświadczyła traumy do pół roku przed badaniem a prawie $\frac{3}{4}$ w ciągu roku. Większość osób, które zgłosiły się do poradni po upływie ponad roku od zdarzenia traumatycznego, korzystała wcześniej z pomocy medycznej, lecz istniejące objawy traktowano jako symptomy zaburzenia nerwicowego, depresyjnego lub badani korzystali wyłącznie z farmakoterapii, co nie okazywało się skuteczną formą leczenia PTSD.

Na rys. 2 przedstawiono klasyfikację różnych rodzajów zdarzeń traumatycznych. Najczęstszą przyczyną PTSD w badanej grupie okazały się wypadki komunikacyjne (37%). Zwłaszcza w męskiej grupie występowały często (61%), lecz także w kobiecej były odpowiedzialne za 27% przypadków PTSD. Na drugim miejscu pod względem częstości występowania znalazła się przemoc seksualna, która dotknęła 28% ogółu badanych.

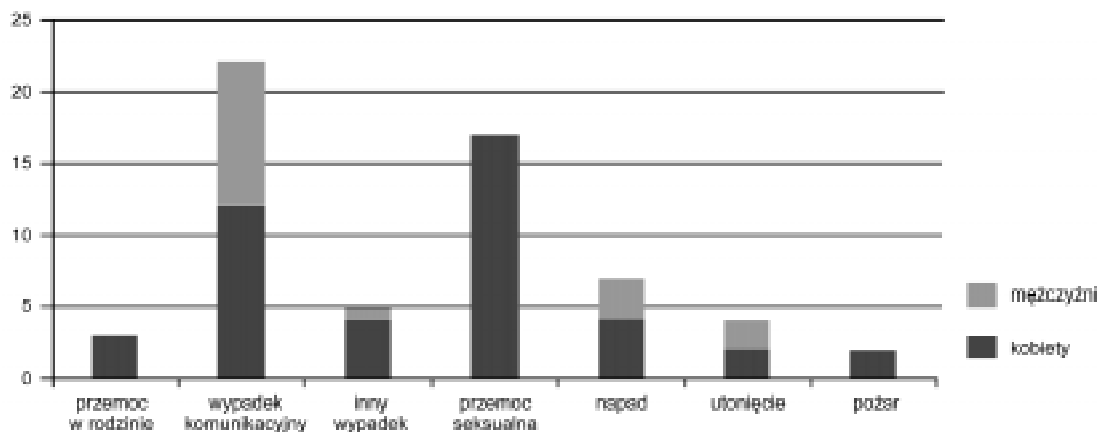
Przemoc seksualna dotyczy wyłącznie kobiet i w ich podgrupie okazała się najczęstszą bezpośrednią przyczyną pojawienia się syndromu potraumatycznego (38%). Inne rodzaje traumy, które dotyczą tylko kobiet, to: przemoc w rodzinie (5% ogółu i 7% w grupie kobiet) oraz zagrożenie życia związane z udziałem w pożarze (odpowiednio 3% i 5%). Ponadto, zanotowano jeszcze następujące kategorie zdarzeń traumatycznych: inny wypadek (8% ogółu), napad (12%) oraz pożar, utonięcie (7%).

METODY

Kwestionariusz PTSD Pasternaka oparto na kryteriach diagnostycznych aktualnej, w chwili powstawania kwestionariusza klasyfikacji DSM-IV [35]. Skala nie uwzględniła kryterium diagnostycznego A, które odnosi się do samego



Rysunek 1. Ilość miesięcy po zdarzeniu traumatycznym inicjującym pojawienie się PTSD.
 Fig. 1. Number of months since the traumatic event that triggered PTSD.



Rysunek 2. Rodzaje zdarzeń traumatycznych w badanej grupie.
 Fig. 2. Types of traumatic events in the sample studied.

faktu przeżycia traumy. Informacje dotyczące opisu zdarzenia traumatycznego zebrano w trakcie przeprowadzania wywiadu klinicznego w poradni zdrowia psychicznego. Pierwszą wersję Kwestionariusza stosowano w czasie pracy w poradni z pacjentami z rozpoznaniem PTSD przed rozpoczęciem badań do niniejszego projektu badawczego. W grudniu 2002 roku część twierdzeń Kwestionariusza została przeformułowana przez 11 kompetentnych sędziów – uczestników seminarium doktoranckiego z psychologii osobowości (trafność teoretyczna, fasadowa). Przede wszystkim brano pod uwagę zgodność z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV. Tak poprawioną wersję zastosowano w badaniach. Kwestionariusz składa się z 25 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się poprzez zakreślenie jednej z czterech odpowiedzi: (a) nigdy; (b) rzadko; (c) czasem i (d) często. Za każdą odpowiedź badany uzyskuje liczbę punktów, odpowiednio: 0, 1, 2, 3. Pozycje odnoszą się do trzech szczególnych kryteriów diagnostycznych zaburzeń stresowych pourazowych:

- *kryterium diagnostyczne B* (symptomy ponownego doświadczenia traumy) – 9 twierdzeń (możliwość uzyskania 0–27 pkt.; wartość kryterialna – 4 punkty, punkty nie mogą być wyłącznie sumą uzyskaną z zaznaczenia pozycji 4–7, ponieważ wszystkie one dotyczą do jed-

nego punktu diagnostycznego – B3; według DSM-IV do diagnozy konieczne jest spełnienie co najmniej 1 z 5 opisów diagnostycznych). Oznacza to, że osoby, które uzyskały powyżej 3 punktów spełniają kryterium diagnostyczne B a więc przejawiają objawy ponownego doświadczenia traumy.

- *kryterium diagnostyczne C* (objawy unikania) – 10 twierdzeń (możliwość uzyskania 0–30 punktów, wartość kryterialna – 7 punktów). Klasyfikacja DSM-IV podkreśla konieczność spełnienia przynajmniej 3 z 7 opisów diagnostycznych. Osoby uzyskujące powyżej 6 punktów przejawiają symptomy unikania.
- *kryterium diagnostyczne D* (symptomy nadmiernego pobudzenia) – 6 twierdzeń (możliwość uzyskania 0–18 punktów; wartość kryterialna 6 punktów, lecz nie może to być wyłącznie suma punktów z twierdzeń 20 i 21 oraz 22 i 23, ponieważ te odnoszą się do tego samego punktu diagnozy, odpowiednio D1 i D2). Klasyfikacja DSM-IV wskazuje na konieczność spełnienia co najmniej 2 z 5 opisów diagnostycznych. Pacjenci, którzy uzyskali ponad 5 punktów doświadczają objawów nadmiernego pobudzenia.

Oprócz wyników w poszczególnych skalach, kwestionariusz umożliwia uzyskanie wyniku ogólnego. Oblicza się go przez zsumowanie wyników z kryteriów szczególnych:

B, C i D. Skala może być stosowana wyłącznie w odniesieniu do osób, które przeżyły traumę. Pozwala wykorzystać zawarte w nim informacje do zaklasyfikowania każdej badanej osoby do jednej z dwóch głównych kategorii: osób cierpiących na zaburzenia stresowe pourazowe, bądź osób, u których mimo doświadczenia traumatycznego zaburzenia takie nie wystąpiły. Można dodać także kategorię osób przejawiających objawy częściowego PTSD (spełnione jedno lub dwa kryteria diagnostyczne z trzech, tzn. B, C i D). Większa liczba uzyskanych punktów świadczy o bardziej intensywnych objawach. Po zakończeniu terapii EMDR, skala pozwala na identyfikację osób nie spełniających kryteriów diagnostycznych PTSD (terapia udana) oraz spełniających te kryteria (terapia nieudana). Dodatkowo wprowadzono trzecią kategorię, terapia umiarkowanie udana, która odnosi się do osób spełniających jedno lub dwa kryteria diagnostyczne DSM-IV. Operowanie sumą punktów odnoszących się do wyniku ogólnego i wyników w skalach szczegółowych B, C i D, pozwala na statystyczną ocenę efektu terapii. Kwestionariusz PTSD, jako wersja eksperymentalna, nie ma polskich norm. Dlatego też podczas interpretacji wyników uwzględniono wyniki surowe uzyskane przez badanych.

Watson i in. [4] proponują przy wyborze właściwej techniki diagnostycznej uwzględnienie kilku kwestii. Kwestionariusz PTSD definitywnie spełnia 3 z opisanych kryteriów: treść pytań odnosi się do kryteriów aktualnej wersji podręcznika DSM, metoda umożliwia dokonanie dychotomicznego rozróżnienia występowania lub braku PTSD oraz spełnienie każdego kryterium syndromu a także umożliwia pomiar nasilenia częstości występowania zarówno PTSD, jak i poszczególnych symptomów. Ponadto, metoda jest na tyle prosta, że nie musi jej stosować specjalista, co nie odnosi się do opisywanego projektu badawczego, w którym wszystkie badania prowadził autor pracy. Nie sprawdzono trafności i rzetelności metody. Badania prowadzono w ramach pracy w poradni zdrowia psychicznego, gdzie liczba pacjentów z rozpoznaniem PTSD nie jest wystarczająco duża, aby zajmować się badaniami nad właściwościami psychometrycznymi skali pomiarowej.

Grupa pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych w momencie przyjęcia do poradni wypełniła Kwestionariusz PTSD Pasternaka. Badanych losowo podzielono na dwie podgrupy o równej liczebności: „bezpośrednią” i „odroczonej” celem sprawdzenia czy w okresie miesięcznego odroczenia oddziaływań terapeutycznych istotnie zmieni się nasilenie objawów PTSD. W okresie tego miesiąca można było oczekiwać, że pożądany rezultat przyniesie stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem, nastąpi uaktywnienie innych wewnętrznych mechanizmów przystosowawczych, wreszcie pozytywną zmianę przyniesie wsparcie społeczne w postaci kontaktów z członkami rodziny, partnerami, czy przyjaciółmi. Po miesiącu pacjenci z grupy „odroczonej” ponownie wypełnili Kwestionariusz PTSD Pasternaka oraz zostali poddani terapii odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych. Dla wszystkich badanych terapia składała się z sesji ewaluatywnej oraz 5 sesji terapeutycznych. Po dwóch tygodniach od zakończenia terapii wszyscy badani jeszcze raz wypełnili Kwestionariusz PTSD Pasternaka. Pacjentów proszono o kontakt z poradnią w przypadku zauważenia intensyfikacji objawów lękowych.

WYNIKI

Pojęcie skuteczności zoperacjonalizowano jako różnicę między początkowym i końcowym pomiarem za pomocą Kwestionariusza PTSD. Im bardziej zmniejsza się nasilenie objawów PTSD, tym większy efekt terapeutyczny udało się osiągnąć. Oczekiwano zmniejszenia się nasilenia objawów PTSD na poziomie istotnym statystycznie. Najpierw dokonano analizy skuteczności terapii EMDR w odniesieniu do całej badanej grupy pacjentów z rozpoznaniem PTSD (tabl. 1).

Tablica 1. Skuteczność odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych – średnie i odchylenia standardowe oraz analiza wariancji MANOVA z powtarzalnym pomiarem – wszyscy badani (N = 60).

Table 1. Effectiveness of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the whole sample (N = 60) – mean scores, SD, and multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated measures.

Kwestionariusz PTSD	Pomiar 1		Pomiar 2	
	M	SD	M	SD
Wynik ogólny PTSD	41,41	10,35	15,22	8,67
B. ponowne doświadczenia traumy	14,17	4,71	3,53	3,47
C. unikanie	16,43	4,86	6,62	4,03
D. nadmierne pobudzenie	10,82	3,22	4,97	2,22

MANOVA z powtarzalnym pomiarem dotycząca symptomów B, C i D
F = 130,32 p ≤ 0,001

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Tablica 1 przedstawia porównanie średnich wyników grupy 60 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń po stresie traumatycznym Kwestionariuszem PTSD przed rozpoczęciem (pomiar 1) i po zakończeniu (pomiar 2) terapii EMDR. Porównanie wyników średnich Kwestionariusza PTSD przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii EMDR, wskazuje na znaczącą różnicę między dwoma pomiarami we wszystkich czterech poddanych analizie skalach. Oznacza to, że w trakcie terapii udało się osiągnąć istotną pozytywną zmianę, mierzoną znacznym obniżeniem doświadczanych objawów PTSD. Przedstawione wyniki pokazują, że omawiane zmienne – objawy ponownego doświadczania urazu, unikania i nadmiernego pobudzenia – uwzględniając pomiar początkowy i końcowy (efekt terapii), istotnie się od siebie różnią, na co wskazuje analiza wariancji MANOVA z powtarzalnym pomiarem (F = 130,32; p ≤ 0,001). Świadczy to o znaczących pozytywnych skutkach terapii EMDR. Skuteczność EMDR zweryfikowano także dla poszczególnych skal stosując analizę wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem. Tabl. 2 przedstawia uzyskane wyniki dla zmiennych pomiar (terapia), grupa oraz ich interakcji.

EMDR okazała się bardzo skuteczną metodą pracy z pacjentami z rozpoznaniem PTSD. Świadczą o tym istotne różnice między wynikami początkowymi i końcowymi (przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii EMDR) dla wyniku ogólnego PTSD i wyników w poszczególnych skalach. Różnica jest istotna na poziomie p < 0,001. Grupę badanych różnicuje także przynależność do grupy „bezpośredniej” i „odroczonej”. Terapia EMDR okazała się bardziej skuteczna dla pacjentów z grupy „bezpośredniej” w odniesieniu do wyniku ogólnego PTSD i objawów unikania (C),

Tablica 2. Skuteczność terapii odwracania za pomocą ruchów gałek ocznych – analiza wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem – wszyscy badani (N = 60).

Table 2. Effectiveness of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the whole sample (N = 60) – repeated-measures analysis of variance (ANOVA).

Pomiar, grupa	Kwestionariusz PTSD	Istotność różnic F
Pomiar	Wynik ogólny PTSD	393,52***
	B. ponowne doświadczanie traumy	298,84***
	C. unikanie	273,06***
	D. nadmierne pobudzenie	219,61***
Grupa	Wynik ogólny PTSD	5,24*
	B. ponowne doświadczanie traumy	4,31*
	C. unikanie	6,53*
	D. nadmierne pobudzenie	0,84
Pomiar	Wynik ogólny PTSD	0,87
	B. ponowne doświadczanie traumy	0,84
*Grupa	C. unikanie	0,41
	D. nadmierne pobudzenie	0,14

* $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,001$

a dla pacjentów z grupy „odroczonej” w odniesieniu do symptomów ponownego doświadczania urazu (B). W tym przypadku różnice są istotne na poziomie $p \leq 0,05$. Interakcja obu branych pod uwagę w obliczeniach czynników, tzn. pomiaru (terapii) i grupy okazała się statystycznie nieistotna.

Na podstawie danych zawartych w tabl. 3 można stwierdzić istnienie znacznej redukcji objawów PTSD w grupie „bezpośredniej”: nasilenie symptomów PTSD jest znacząco niższe w czasie drugiego pomiaru Kwestionariuszem PTSD w skali wyniku ogólnego PTSD, symptomów ponownego doświadczania (B), unikania (C) oraz nadmiernego pobudzenia (D).

Skuteczność terapii odwracania za pomocą ruchów oczu dla zmiennych: B, C i D łącznie z Kwestionariusza PTSD, badano za pomocą analizy wariancji wielu zmiennych – MANOVA z powtarzalnym pomiarem. Przedstawione powyżej wyniki świadczą o tym, że trzy omawiane zmienne, uwzględniając pomiar początkowy i końcowy (efekt terapii), istotnie się od siebie różnią. Uzyskany wynik analizy wariancji MANOVA ($F = 70,56$; $p \leq 0,001$) świadczy o znaczących pozytywnych skutkach terapii

Tablica 3. Skuteczność odwracania za pomocą ruchów gałek ocznych – średnie i odchylenia standardowe, analiza wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem oraz analiza wariancji MANOVA z powtarzalnym pomiarem – badani zakwalifikowani do grupy „bezpośredniej” (N = 30).

Table 3. Effectiveness of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the “immediate” subgroup (N = 30) – mean scores, SD, repeated-measures analysis of variance (ANOVA), and multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated measures.

Kwestionariusz PTSD	Pomiar 1		Pomiar 2		Istotność różnic F
	M	SD	M	SD	
Wynik ogólny PTSD	38,50	8,64	13,53	8,51	207,70***
B. ponowne doświadczanie traumy	13,00	4,45	2,93	1,29	128,92***
C. unikanie	15,03	4,45	5,60	3,82	141,96***
D. nadmierne pobudzenie	10,47	3,39	4,77	2,29	114,76***

MANOVA z powtarzalnym pomiarem dotycząca symptomów B, C i D – $F = 70,56$ $p \leq 0,001$

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

*** $p \leq 0,001$

EMDR. Dzięki analizie wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem można stwierdzić istnienie statystycznie istotnych różnic we wszystkich badanych zmiennych ($p \leq 0,001$). Oznacza to, że średnie po terapii w bardzo istotnym stopniu różnią się od średnich przed terapią odwracania za pomocą ruchów gałek ocznych, co świadczy o pozytywnym oddziaływaniu terapii EMDR.

Tabl. 4 przedstawia porównanie średnich dla wyników Kwestionariusza PTSD w grupie „odroczonej” po pierwszym badaniu psychologicznym (pomiar 1 – początkowy), po okresie miesiąca, a jeszcze przed rozpoczęciem terapii EMDR (pomiar 2 – odroczonej) i po zakończeniu terapii (pomiar 3 – końcowy) za pomocą analizy wariancji ANOVA oraz analizy wariancji MANOVA.

Skuteczność terapii odwracania za pomocą ruchów oczu dla zmiennych B, C i D Kwestionariusza PTSD łącznie badano też za pomocą analizy wariancji wielu zmiennych – MANOVA z powtarzalnym pomiarem. Uzyskane wyniki tej analizy świadczą o tym, że trzy omawiane zmienne, uwzględniając pomiar początkowy, odroczonej i końcowy (efekt terapii), istotnie się od siebie różnią. Wynik analizy

Tablica 4. Skuteczność odwracania za pomocą ruchów gałek ocznych – średnie i odchylenia standardowe, analiza wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem oraz analiza wariancji MANOVA z powtarzalnym pomiarem – badani zakwalifikowani do grupy „odroczonej” (N = 30).

Table 4. Effectiveness of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the “delayed” subgroup (N = 30) – mean scores, SD, repeated-measures analysis of variance (ANOVA), and multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated measures.

Kwestionariusz PTSD	Pomiar 1		Pomiar 2		Pomiar 3		Istotność różnic F
	M	SD	M	SD	M	SD	
Wynik ogólny PTSD	44,33	11,20	42,20	10,42	16,90	8,64	180,22***
B. ponowne doświadczanie traumy	15,33	4,75	14,73	4,54	4,13	3,60	155,65***
C. unikanie	17,83	4,91	17,30	4,62	7,63	4,03	129,28***
D. nadmierne pobudzenie	11,17	3,05	10,17	2,71	5,17	2,18	90,50***

MANOVA z powtarzalnym pomiarem dotycząca symptomów B, C i D – $F = 29,47$ $p \leq 0,001$

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; *** $p \leq 0,001$

wariancji MANOVA ($F = 29,47$, $p \leq 0,001$) świadczy o pozytywnych efektach terapii odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych. Po zastosowaniu analizy wariancji ANOVA z powtarzalnym pomiarem, można stwierdzić istnienie statystycznie istotnych różnic we wszystkich badanych zmiennych ($p \leq 0,001$). Oznacza to, że średnie po terapii w bardzo istotnym stopniu różnią się od średnich przed terapią EMDR. Różnicę tę, zgodnie z postawionymi w pracy hipotezami, można przypisać oddziaływaniu terapeutycznemu badanej metody.

Z przyjętej hipotezy badawczej wynika, że nasilenie objawów PTSD w czasie dwóch pierwszych pomiarów Kwestionariuszem PTSD w grupie „odroczonej” nie powinno się znacząco różnić, w przeciwieństwie do różnicy w nasileniu symptomów PTSD w pomiarach drugim i trzecim. Aby zbadać różnicę między początkowym i odroczonej oraz odroczonej i końcowym pomiarem Kwestionariuszem PTSD obliczono test t dla odpowiadających sobie par: wyniku ogólnego PTSD i trzech skal B, C i D (tabl. 5).

Tablica 5. Porównanie pomiaru początkowego (1) i odroczonego (2) oraz odroczonego i końcowego (3) Kwestionariuszem PTSD Pasternaka testem t w grupie „odroczonej”.

Table 5. Comparisons of the pre-treatment vs. delayed scores and delayed vs. post-treatment scores on the Pasternak PTSD Questionnaire in the “delayed” group – significance of differences assessed using t-test.

Kwestionariusz PTSD	Istotność różnic test t (pomiar 1 i 2)	Istotność różnic test t (pomiar 2 i 3)
Wynik ogólny PTSD	3,48**	13,72***
B. ponowne doświadczania traumy	1,94	12,61***
C. unikanie	1,50	12,29***
D. nadmierne pobudzenie	4,35**	9,25***

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie statystycznie istotnych różnic między pomiarem początkowym i odroczonej w dwóch z czterech uwzględnionych w analizie skal: wyniku ogólnym PTSD i symptomach nadmiernego pobudzenia skali D (różnice istotne na poziomie $p \leq 0,05$). Wynik badania wskazuje, że badani uzyskali poprawę objawową pod względem nasilenia symptomów PTSD w czasie miesiąca między pierwszym i drugim badaniem Kwestionariuszem PTSD. Zatem, inne niż terapia odwrócenia za pomocą ruchów gałek ocznych, czynniki mogły się okazać istotne w zmniejszeniu nasilenia objawów PTSD. Warto jednak zaznaczyć, że w żadnej z czterech badanych skal, badani nie osiągnęli poziomu nasilenia objawów świadczących o dezaktualizacji, postawionej wcześniej, diagnozy PTSD. Z klinicznego punktu widzenia uzyskana poprawa objawowa jest nieistotna. Analizując różnicę między pomiarem odroczonej i końcowym warto zwrócić uwagę na bardzo istotne statystycznie różnice między średnimi w pomiarach w każdej z czterech par zmiennych: wyniku ogólnym PTSD, objawach ponownego doświadczania urazu (B), unikania (C) oraz nadmiernego pobudzenia (D). Wyniki są istotne statystycznie na poziomie $p \leq 0,001$. Porównując uzyskane wyniki, można zauważyć, że wyniki testu t są zna-

cząco wyższe w pomiarze różnic między średnimi w badaniu odroczonej i końcowym, niż w badaniu różnic pomiaru początkowego i odroczonej. Ponadto, statystycznie istotne różnice uzyskano tu we wszystkich czterech poddanych analizie statystycznej skalach w porównaniu z tylko dwoma różnicami w przypadku różnic między pomiarem początkowym i odroczonej. Świadczy to o znaczącej redukcji nasilenia objawów PTSD po skończeniu terapii EMDR.

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych badań hipotezę badawczą potwierdzono. Biorąc pod uwagę całą badaną grupę, wykazano na bardzo wysokim poziomie istotności ($p \leq 0,001$), że terapia EMDR jest skuteczną metodą zmniejszania intensywności objawów PTSD. W wyniku terapii uzyskano znacząco poprawę u 37 osób (62%) eliminującą diagnozę PTSD, dla 14 osób (23%) uzyskano umiarkowaną poprawę. W przypadku znacznej mniejszości badanych (9 osób, 15%) diagnoza PTSD została utrzymana. Uzyskane wyniki badawcze są zgodne z rezultatami badań prowadzonych przez innych autorów [36, 37, 38].

Osobną kwestię stanowi fakt przełożenia statystycznie wykazanej skuteczności terapii EMDR na wymiar kliniczny. Dla pacjentów zakwalifikowanych do grupy terapii udanej (62%) można mówić o wyleczeniu, tzn., że po składającej się z pięciu sesji terapii krótkoterminowej osoby te nie doświadczają symptomów PTSD, poprawiła się jakość ich życia oraz są w stanie czerpać ze swoich zasobów i podążać w kierunku rozwoju osobistego. W grupie terapii umiarkowanie udanej widoczna jest kliniczna poprawa, lecz występują jeszcze niektóre objawy PTSD. Pacjenci ci odczuwają ulgę związaną z widoczną redukcją intensywności symptomów PTSD, mogą funkcjonować samodzielnie, lecz ich możliwość korzystania z zasobów i jakość życia może być ograniczona. Wskazana byłaby kontynuacja terapii EMDR z szerszym zastosowaniem „kognitywnego łączenia” (*cognitive interweave*).

I wreszcie pacjenci z grupy terapii nieudanej – nadal doświadczają symptomów pourazowych, chociaż u większości z nich nastąpiła redukcja objawów PTSD, lecz na nieistotnym poziomie. W ich przypadku konieczne jest kontynuowanie terapii EMDR z uwzględnieniem „kognitywnego łączenia” lub zastosowanie innej terapii.

Terapia odwrócenia za pomocą ruchów oczu okazała się bardziej skuteczna w zmniejszaniu intensywności występowania objawów po stresie traumatycznym w porównaniu z brakiem terapii w grupie „odroczonej”. Istnienie zależności dotyczącej skuteczności terapii EMDR potwierdzono osobno w grupie „bezpośredniej” i „odroczonej”. Przynależność do grupy „bezpośredniej” lub „odroczonej” miała pewien wpływ na skuteczność terapii ($p \leq 0,05$). W przypadku wyniku ogólnego PTSD i objawów unikania większy efekt terapeutyczny uzyskali pacjenci z grupy „bezpośredniej”, a jeżeli chodzi o symptomy ponownego doświadczania urazu – z grupy „odroczonej”. Różnica ta może być przypadkowa i wynikać ze stosunkowo niewielkiej liczby badanych. Porównanie pomiaru początkowego i odroczonej w grupie „odroczonej” wykazało, że po miesiącu od pierwszego badania, pacjenci z PTSD uzyskali

statystycznie istotne zmniejszenie intensywności objawów PTSD. Zmiana ta była istotna statystycznie, jednak nasilenie objawów PTSD pozostało nadal wysokie. Konsekwencją podjęcia terapii może stać się pojawienie niespecyficznych czynników terapeutycznych [39], które mogą być odpowiedzialne za zmniejszenie intensywności objawów PTSD po miesiącu od pierwszego badania psychologicznego, a jeszcze przed rozpoczęciem zasadniczej terapii. Następuje także intensyfikacja otwartości na dzielenie się swoimi przeżyciami z innymi.

Wynik porównania pomiaru opóźnionego i końcowego wskazuje na znaczne (statystyczne i kliniczne) zmniejszenie intensywności objawów PTSD.

Opisane badanie stanowi swoisty eksperyment naturalny umożliwiający ocenę skuteczności EMDR. Z jednej strony udało się uchwycić efektywność terapii, z drugiej – otwartym zagadnieniem pozostaje jednoznaczne określenie czynników odpowiedzialnych za powodzenie EMDR. Oprócz elementów wspólnych dla różnych form psychoterapii (m.in. dostrojenie, relacja i przymierze terapeutyczne, zaufanie, otwarta komunikacja czy niespecyficzne czynniki leczące [39]), należy wyodrębnić następujące komponenty: techniki relaksacyjne, procedury zaczerpnięte z terapii behawioralno-poznawczych oraz zabiegi związane z ruchem gałek ocznych (lub bodźcami alternatywnymi). Tylko te ostatnie są specyficzne dla EMDR. Istotą działania EMDR może być fakt, że uwarunkowana reakcja może wytworzyć się znacznie szybciej, bo szybkie ruchy gałek ocznych odgrywają aktywną rolę w redukcji napięcia emocjonalnego. Ruchy gałek ocznych w czasie tej terapii inicjują odruch uspokajający – zjawisko odwracania. Stąd możliwość wygaszania reakcji lękowych oraz pozytywne kognitywne przeformułowanie przekonań autodestrukcyjnych.

PIŚMIENNICTWO

- Shapiro F. Eye Movement Desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures (2 nd ed.). New York: Guilford Press; 2001.
- Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press; 1995.
- Pasternak J. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – recenzja książki. *Psychiatria Polska*. 2000; 6: 1026–1028.
- Dudek B. Zaburzenie po stresie traumatycznym. Cena strachu. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
- Corey G. Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii. Poznań: Zysk i S-ka; 2005.
- Rakowska J. Skuteczność psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
- Pasternak J. Teoretyczne podstawy terapii odwracania za pomocą ruchów oczu. *Studia z psychologii w KUL*. 2006; 13: 217–232.
- Shapiro F. Efficacy of eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*. 1989; 2: 199–223.
- Carlson JG, Chemtob CM, Hedlund NL, Rusnak K. Eye Movement Desensitization and Reprocessing treatment for combat PTSD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1996; 1: 104–113.
- Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11 (1): 3–24.
- Edmond T, Rubin A, Wambach K. The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*. 1999; 23 (2): 103–116.
- Black A. The treatment of psychological problems experienced by the children of police officers in Northern Ireland. *Child Care in Practice*. 2004; 10 (2): 99–106.
- Oras R, De Ezpeleta SC, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004; 58 (3): 199–203.
- Tufnell G, Guinevere C. Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of Pre-adolescent Children with Post-traumatic Symptoms. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*. 2005; 10 (4): 587–600.
- Grainger RD, Levin C, Allen-Byrd L, Doctor RM, Lee H. An empirical evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10 (4): 665–671.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 2005; 18 (6): 607–616.
- Silver SM, Brooks A, Obenchain J. Treatment of Vietnam War veterans with PTSD: A comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, biofeedback, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*. 1995; 8 (2): 337–342.
- Jaberghanderi N, Greenwald D, Rubin A, Dolatabim S, Zand SO. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004; 11 (5): 358–368.
- Scheck MM, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11 (1): 25–44.
- Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58 (1): 113–128.
- Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V, Karatzias A. A controlled comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002; 9 (5): 299–318.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58 (9): 1071–1089.
- Taylor S, Thordarson DS, Fedoroff IC, Maxfield L, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2003; 71 (2): 330–338.
- Van der Kolk B, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB. 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68 (1): 37–46.
- Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Fifteen-month follow-up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1997; 65 (6): 1047–1056.
- Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment

- protocol in the amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999; 13 (1–2): 131–157.
27. Wolpe J, Abrams J. Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 1991; 22: 39–43.
 28. Puk G. Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 1991; 22: 149–151.
 29. Kleinknecht RA, Morgan P. Treatment of post traumatic stress disorder with eye movement desensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 1992; 23: 43–49.
 30. McCann D. Post traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by single a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 1992; 23: 319–323.
 31. Keenan PS, Farrell DP. Treating morbid jealousy with Eye Movement Desensitization and Reprocessing utilizing cognitive inter-weave-A case report. *Counselling Psychology Quarterly*. 2000; 13 (2): 175–189.
 32. Pollock PH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD) following homicide. *Journal of Forensic Psychiatry*. 2000; 11 (1): 176–184.
 33. Maxwell JP. The Imprint of Childhood Physical and Emotional Abuse: A Case Study on the Use of EMDR to Address Anxiety and a Lack of Self-Esteem. *Journal of Family Violence*. 2003; 18 (5): 281–293.
 34. Stapleton JA, Taylor S, Asmundson GJG. Efficacy of various treatment for PTSD in battered women: case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2007; 21 (1): 91–102.
 35. *DSM-IV: Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
 36. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1997; 63 (6): 928–937.
 37. Marcus SV, Marquis P, Sakai C. Controlled study of treatment PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1997; 34 (3): 307–315.
 38. Rothbaum BO. A controlled study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1997; 61 (3): 317–334.
 39. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994.

Wpłynęło: 09.01.2009. Zrecenzowano: 22.01.2009. Przyjęto: 12.03.2009.

Adres: Dr Jacek Pasternak, Zakład Psychologii Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Rzeszowskiego, ul. Ks. J. Jąłowego 24, 35-959 Rzeszów