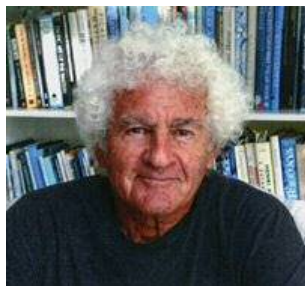


Dr. Arthur Janov



American Psychologist, Psychotherapist and the creator of Primal Therapy

- <http://www.primaltherapy.com>

tłum. Robert TUŁO Waśkiewicz

Z książki: **WIELKIE ZŁUDZENIA**

Rozdział 1: EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) jest zalecana ostatnio przez wielu psychoterapeutów oraz pewną liczbę neurologów i psychoneurologów jako nowa, gorąco dyskutowana metoda leczenia różnych dolegliwości. Stanowi zestaw technik zapożyczających elementy kierowanych wyobrażeń, hipnozy oraz terapii behawioralnej, poznawczej i wglądowej. Główną cechą EMDR jest stosowanie „stymulacji bilateralnej” (półkul mózgowych), raz lewej, raz prawej. Stymulacja bilateralna (SB) najczęściej polega na skłonieniu klienta, by podążał wzrokiem za palcem lub prętem poruszającym się w prawo i w lewo przed jego oczami. Nazwa EMDR pochodzi od ruchu gałek ocznych, jednak w celu stymulacji bilateralnej (SB) stosuje też inne modalności („kanały” zmysłowe) niż wzrok. Może to polegać na pukaniu, zamienianiu rąk, lub dźwiękach podawanych na przemian do lewego i prawego ucha i jest uważane za działające substytuty podstawowej techniki wymuszania wodzenia oczami (David Grand, *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*, New York: Harmony Books, 2001).

Utrzymuje się, że EMDR skuteczne jest w przypadkach fobii, depresji, lęków i stanów przerażenia. Są już tysiące terapeutów na świecie wyszkolonych w tej metodzie i stosujących ją. Ponieważ jest ona szybka i ma wystarczającą teoretyczną podstawę, została objęta refundacjami przez niektóre z towarzystw ubezpieczeniowych i placówek zdrowia. Terapeuci EMDR uważają, że daje ona dobre wyniki także w przypadkach tak wyniszczającej traumy, jak kazirodztwo. Zapewnianie, że można w ten sposób uporać się z ciężkim urazem, bez retraumatyzacji, jest bardzo atrakcyjną ofertą.

Jedno z badań, sfinansowane przez Kaiser Health Group, dowodzi, że już po trzech sesjach pacjenci czują się lepiej w porównaniu do pacjentów w standardowej terapii i wysuwa wniosek, że EMDR jest lub wydaje się być efektywniejsze. Po krótkim czasie 77% osób z grupy poddawanej tej metodzie przestaje spełniać kryteria syndromu stresu pourazowego, w porównaniu do 50% w grupie korzystającej z terapii konwencjonalnej (*Los Angeles Times*, March 25, 2002. “Trauma Therapy’s New Focus.”).

Aby było uprawnioną praktyką, leczenie EMDR wymaga ścisłego trzymania się protokołu sesji i – podobnie jak terapia pierwotna – dokładnego przeszkolenia i superwizji. Podaję prosty opis głównych kroków sesji EMDR: na początku sesji klient proszony jest o identyfikację swojego bolesnego wspomnienia; następnie o określenie negatywnego, irracjonalnego przekonania związanego z tą pamięcią, a następnie o znalezienie pozytywnego, racjonalnego przekonania, które mogłoby je zastąpić. Potem wykonywana jest bilateralna stymulacja (SB), w trzech fazach: desensytyzacji (odczulania), instalacji i przeskanowania ciała. Przy desensytyzacji, w czasie SB, klient proszony jest o skupianie się na wspomnieniu, na negatywnym przekonaniu o nim i na doznaniach fizycznych. Przy instalacji, wciąż podlegając SB, ma się on skupiać na łączeniu pozytywnego przekonania ze swoim wspomnieniem. Z kolei przy skanowaniu ciała, przeszukuje je, a SB stosowane jest do wzmacniania pozytywnych doznań lub rozpraszania negatywnych (Steven M. Silver and Susan Rogers, *Light in the Heart of Darkness: EMDR and the Treatment of War and Terrorism Survivors*, New York: W. W. Norton, 2002).

Metodę tę stworzyła Francine Shapiro, odkrywając w 1987 roku amelioracyjny efekt SB. W swojej książce pt. *EMDR* (2001; New York: Guilford Press) stwierdza: „Ofiara gwałtu może zacząć odczuwać silne lęki i wstyd. Może mieć ciągłe obrazy przeżytej napaści, co zakłóca jej bieżące życie i może też mieć negatywne myśli, w rodzaju: <jestem złą osobą. To moja wina>. Jednak po wykonanej nad nią pracy z użyciem procedur EMDR tak, aby mogła skupić się na określonych reakcjach wewnętrznych, ofiara gwałtu często staje się zdolna przypominać go sobie bez lęku lub wstydu” (str. 2). Daje to jej moc powiedzenia: „Świetnie sobie poradziłam... udało mi się ujść z życiem”. Według Shapiro, ponieważ w myślach i przekonaniach pacjentki zaszła pozytywna zmiana, już nie będą jej nawiedzać intruzywne wspomnienia o gwałcie. Zinternalizowała bowiem przekonanie: „Jestem silną, prężnie zdrowiejącą kobietą”.

Rozumowanie Shapiro jest takie, żeby zmniejszyć wagę negatywnych przekonań i związać je z bardziej odpowiednią informacją: „Pacjentka dowiaduje się, co niezbędnego i pożytecznego można wyciągnąć z minionego wstrząsającego doświadczenia, a ono samo zostaje przywrócone pamięci w adaptacyjnej, zdrowej i nie raniącej formie” (str. 2). W ten sposób, ucząc się z negatywnych przeżyć, pacjentka zostaje odczulona na bieżące działanie bodźców mogących ożywić uraz i ‘wgrywa’ w siebie ‘dyskiety’ z programem właściwych zachowań na przyszłość, pozwalających jej na rozwój, tak indywidualny, jak i w obrębie jej systemu interpersonalnego” (str. 2).

W innej z książek, autorstwa Shapiro and Margo Silk Forrest (1997), autorki omawiają traumę i ból: „Wejście w obszar urazu jest jak patrzenie przez potłuczone szkło (str. 49); widać, jak tam „rozwija się dziwny, nowy świat”. Autorki przytaczają przypadek 62-letniej kobiety, która wskutek wykorzystania seksualnego przez ojca całe życie cierpiała na ataki lęku i paniki. Shapiro i Forrest twierdzą, że gdy pamięć zostanie poddana procesowi odczulania, dana osoba może żyć w pokoju ducha. Mówią, że wskutek EMDR zachodzi gwałtowna reakcja. Terapeuta pyta klienta: „Jakie zdarzenia pamiętasz, które sprawiły, że czujesz się bezwartościowy i nieużyteczny?” (str. 51) i jest to – twierdzą autorki – „cała informacja, jakiej potrzebuje terapeuta, by zidentyfikować uraz i namierzyć go za pomocą EMDR”.

Wierzą, że negatywne przekonania, jakie ze sobą taszczymy (np. poczucie smutku), często są niewłaściwą spuścizną po traumie. Pacjenta kieruje się więc w stronę pozytywnych postaw wobec niej. Shapiro i Forrest piszą: „EMDR idzie dalej, niż uciszenie bólu. (...) Są doniesienia o sukcesach tej metody w pracy klinicznej z alkoholikami i narkomanami. Może ona precyzyjnie namierzyć i poddać procesowi zalegające u podłoża przyczyny cierpienia” (str. 177). Klienci Shapiro używają swych zdolności do nauki radzenia sobie ze stresem bez alkoholu czy narkotyków.

Artykuł w opisuje przypadek pracownicy socjalnej wciąż pamiętającej bolesne zdarzenie sprzed lat: na praktykach pewien profesor przeszkodził jej w przeprowadzaniu wywiadu. Poproszono ją, by myślała o tym epizodzie patrząc na ręce terapeuty „wodzące ruchem metronomu przed jej nosem”. Terapeuta spytał ją następnie: „W jaki sposób byś chciała, żeby ten mentalny obraz się zmienił? (...) Nagle głowa profesora stała się wielka jak balon i, pękając na kawałki, przestała istnieć.” W ciągu pięciu minut wstyd z urazą ulotniły się z tej kobiety i stała się wolna od tych uczuć.

Bessel van der Kolk, wiodący neurolog i naukowiec badający traumę, opisuje pacjenta cierpiącego na PTSD (post-traumatic stress disorder – potraumatyczne zaburzenia stresowe) jako osobę, która, nie potrafiąc zintegrować wspomnień minionego urazu, „grzęźnie w stanie stałego wskrzeszania tej przeszłości” (1994). Van der Kolk stwierdza, że takie osoby cierpią w skutek uporczywych i przewlekłych reaktywacji systemu biologicznej reakcji na stres. Częścią tej biologicznej reakcji na stres jest obniżony poziom serotoniny lub deficyty w hamowaniu (przewodzenia nerwowego). Przekłada się to na niezdolność wpływania na ogólny poziom pobudzenia – to znaczy na impulsywność, stałe poirytowanie i hiper-pobudliwość.

Według van der Kolk’a, wczesna trauma zostaje wdrukowana w system neurofizjologiczny i następnie produkuje w nim powtarzające się „neurotyczne” zachowania. Często towarzyszy temu obniżony poziom serotoniny, a stąd błędnie funkcjonujące hamowanie. Wdrukowany uraz „zużywa” zasoby tej substancji, powodując jej całonocny deficyt. Van der Kolk sugeruje, że leki wychwyty zwrotnego serotoniny, podwyższające jej poziom w mózgu, pomagają zatrzymać przeszłość w przeszłości, co pozwala danej osobie funkcjonować w teraźniejszości. To jednak nie do końca jest prawda. Narkotyki te pomagają zrównoważyć system neurochemiczny od zewnątrz, w sposób sztuczny i przede wszystkim okresowy, gdy tymczasem wdrukowanie, które nie zostaje zmienione ani usunięte, dalej zakłóca codzienne życie. Powstają z niego migreny, nadciśnienie, fobie i cały ciąg symptomów będących objawami wczesnej traumy oraz częścią pamięci o niej.

Załóżmy, że możemy podnieść poziom serotoniny czysto naturalnymi środkami. Czy nie byłoby to lepsze? To właśnie dzieje się wskutek terapii pierwotnej. Wśród naszych pacjentów przeprowadziliśmy, według podwójnie ślepej próby, badanie wiązania imipraminy, które wykazało, że jej poziom normalizują się u nich po roku terapii pierwotnej. Oparte na tych badaniach nasze rozumowanie każe nam uważać to zjawisko za odpowiednik serotoniny. Inaczej mówiąc, to co dzieje się z płytkami krwi, odzwierciedla się następnie w mózgu. Oprócz wiązania imipraminy, badaliśmy też wydzielanie kortyzoli

(hormonów stresu) i badanie to pokazało, że ich poziom także się normalizuje po roku terapii pierwotnej. (Zobacz: badania wiązania płytek krwi, przeprowadzone we współpracy z Open University, Milton Keynes, England, i cytowane przez autora w książce *The Biology of Love* [Biologia miłości]). Symptomy wydają się być trwale rozwiązane.

Van der Kolk jest przekonany, że do uzdrowienia potrzeba wysokiego poziomu pobudzenia. Ma rację. Nie może uleczyć pacjenta żaden mniejszy poziom pobudzenia, niż ten, jaki zawarty został jego w pierwotnej traumie (musimy pamiętać, że jednym z najcięższych urazów jest tak częsty niedobór przytulania w niemowlęctwie). Co więcej, gdy jakakolwiek sytuacja, na przykład seks, wywoła poziom podniecenia równy pierwotnej traumie, zapoczątkowuje to prototypową reakcję ofiary i burzy ów seksualny akt. Dlatego jeśli, na przykład, nastąpiło w czasie gwałtu oralnego totalne odcięcie dziecka od dopływu tlenu, uraz ten zapisał się w jego systemie pewnym poziomem pobudzenia; następnie, gdy w dorosłym życiu akt seksualny osiąga podobny poziom, wywołuje to ponownie odcięcie się i niezdolność osiągnięcia orgazmu. Dysfunkcja seksualna może zostać uleczona dopiero wtedy, gdy przebudzimy uśpione emocje oryginalnej traumy, wraz z całą zbroją fizjologicznych reakcji na nią.

Orędownicy EMDR zauważają, że metoda ta nie jest w stanie „przeprocesować” w wystarczającym stopniu doświadczeń zbyt bolesnych (urazogennych). Trauma wdrukowana w życiorys, obok innych skutków, zabarwia naszą percepcję i zachowania w bieżących sytuacjach, które ją czymś przypominają. Oto znaczący cytat z Shapiro: „Kiedy zdarzenie zostanie przeprocesowane w wystarczającym stopniu, pamiętamy je, ale nie wzbudza ono obecnie dawnych emocji i doznań. Jesteśmy przez nasze wspomnienia informowani, a nie kontrolowani” (str. 3).

Terapia pierwotna zgadza się z powyższym, jednak nasza koncepcja „procesowania” bardzo się różni od koncepcji „procesowania” w EMDR. Osobiście uważam tę metodę za podejście z gruntu poznawcze, zmieniające postawy i pojęcia, a więc tylko wzmacniające głębokie stłumienie. Tymczasem terapia pierwotna dąży do ostrożnego usuwania tego stłumienia (lub obron), pozwalając bólowi uwolnić się przez *odczucie go w pełni na nowo*. Pełne, świadome przeżycie wypartego cierpienia – osobiście wierzę, że *tylko i wyłącznie* pełne, świadome odczucie go na nowo – uwalnia taką osobę i jej ciało przede wszystkim od potrzeby tłumienia.

Jestem przekonany, że dla technik EMDR wymazanie efektów wczesnych urazów jest fizjologicznie niemożliwe, a przekonanie, że jest inaczej uważam za potencjalnie niebezpieczne. Techniki te, ledwie napoczynając proces odczuwania traumy na nowo, oferują klientowi bardzo skuteczne oderwanie od niego za pomocą stymulacji bilateralnej. Zamiast tworzyć bezpieczną przestrzeń dla świadomego uwolnienia dawnej traumy – co niekoniecznie jest szybkim procesem – EMDR zdaje się zmuszać mózg do *odsuwania* jej coraz dalej od świadomości. W rezultacie większość pacjentów rzeczywiście odczuje ulgę. W pewien sposób ich stan emocjonalny na jakiś czas się poprawi, podobnie jak poprawiłby się pod wpływem określonych narkotyków czy praktyk religijnych. Niestety wdrukowanie urazu pozostaje,

nietknięte przez EMDR. Jestem o tym przekonany tak, jak i o ryzyku, że będzie ono dalej siało zniszczenie, odbijając się symptomami na ciele ofiary.

Los Angeles Times pisze o kilku przypadkach, kiedy wskutek SB pacjenci „są zdolni oddalić się od traumatycznego doświadczenia”. Rzeczywiście, oddalenie się od urazu zdaje się być filozofią EMDR. Metoda ta uznaje za sukces, gdy pacjent mówi, że poczuł się lepiej i że jego wspomnienia/uczucia stały się przyćmione i już mu nie przeszkadzają. W *Transforming Trauma: EMDR®* Parnell (1997) stwierdza: „Terapeuci odsyłają do mnie wiele swoich klientek, bo uważają, że były one wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie. Nieraz istotnie tak było i wtedy trauma ta wpływała na wierzch w naszej pracy. Ciekawe jest jednak, że stosując EMDR, mimo silnych sugestii ze strony przekazujących terapeutów o możliwości popełnienia nadużycia, w wielu wypadkach nie pojawiały się żadne obrazy czy wspomnienia wykorzystania seksualnego” (str. 180). A także: „W naszym społeczeństwie jest silne przekonanie, że skoro doświadczyłeś traumy, to masz uszkodzone całe życie. Jednakże EMDR odróżnia się tym, że rozprasza poczucie trwałego uszkodzenia” (str. 95). „Błędne przekonania zanikają” – mówi Parnell. Jej zdaniem, w wielu wypadkach trauma znika w ciągu jednej sesji.

Mnie się jednak zdaje, że tym, co znika wskutek EMDR, jest przytomna świadomość. To znaczy, informacje ze zmysłowych i emocjonalnych partii mózgowia zostają – na pewien czas – powstrzymane przed wkraczaniem do partii zawierających świadomość. Trauma i towarzysząca jej psychofizjologia nigdzie nie znika, lecz wciąż tam jest; tylko, że teraz dokładniej przykryta. W istocie, o gorzka ironio, jestem przekonany, że EMDR i inne formy oddalania od uczuć (np. terapia poznawcza, kierowane wyobrażenia, hipnoza, terapia religijna) mogą jako skutek uboczny wносить długofalowe problemy. Trzymana wciąż poza świadomością, a więc nietknięta, energia traumy musi więzić daną osobę w podatności na fizyczne i psychiczne dolegliwości. Pręt przesuwający się w tę i z powrotem przed oczami może na jakiś czas odłączyć neokorę, wspierając obrony, lecz w niższych partiach mózgu wciąż będzie zalegał wdrukowany uraz.

Terapia pierwotna stosuje ostrożną procedurę zmierzania ku bezpiecznemu wydobyciu pamięci, doznań i uczuć traumy na poziom świadomego doświadczenia. Tempo nadaje pacjent. Zwieńczeniem tej procedury jest totalne uwolnienie urazowego przeżycia. Inaczej niż EMDR, terapia pierwotna *unika* odrywania pacjenta od tego procesu czy zakłócania go. Kierujemy uwagę na uczucia i doznania i pozwalamy pacjentowi – gdy on i jego ciało są gotowe – zanurzyć się w jego ból i w pełni go uwolnić. Tym razem jednak, w przeciwieństwie do okoliczności pierwotnych zranień, może on wreszcie doświadczyć uczuć i doznać ostatecznego uwolnienia od tych powodujących neurozę energii.

Charakterystyczne dla terapii pierwotnej, ponowne uwalniające przeżycie może być trudne do wyobrażenia dla kogoś, kto tego nigdy nie widział. Na przykład, przy uwalnianiu przeżyć kazirodczych nie tylko poziom witalnych sygnałów jest wyjątkowo wysoki, nieraz graniczący z umieraniem, ale też ruchy i postura całego ciała odzwierciedlają dokładnie to, co działo się podczas pierwotnego zdarzenia (gwałtu), na przykład wykręcone, jakby związane na plecach nadgarstki. Dlaczego, można zapytać,

pozwalamy na wystąpienie tak wysokich, groźnych poziomów energetycznych w terapii? Pacjent, z którego wylewa się wielka trauma i dostaje gorączki; 39.5 stopni, nie jest wcale rzadkością. Nie pragniemy tego typu efektów, jednak bez nich nie ma uzdrowienia. Poza tym, to przede wszystkim owe śmiertelne poziomy były powodem stłumienia. Na przykład, noworodka zabiłoby ciśnienie krwi właściwe tym hiper-napiętym obszarom. Neuroinhibitory (substancje chemiczne hamujące przewodnictwo nerwowe), jak serotonina czy endorfiny, powściągają reaktywność do poziomu umożliwiającego dziecku przetrwanie, czyli ratują mu życie. Jest to kluczową funkcją stłumienia. Teraz jednak, jako osoba dorosła, pacjent jest znacznie silniejszy i może zacząć przeżywać na nowo dawną traumę. Uwalnianie to jednak może odbywać się tylko małymi, odmierzanymi dawkami.

W każdym epizodzie uwalniania o wielkości dawki decyduje wyłącznie neurofizjologiczny system pacjenta, który przeżywa dawny uraz do pewnego punktu i na tym poprzestaje w danym dniu. Nikt nie nakazuje mu zatrzymywać się czy kończyć sesji; on sam wie, kiedy ma dość. Na następnej sesji będzie mógł pójść dalej, głębiej wejść w uczucia. Występujące po sesji sygnały vitalne wskazują na stopień integracji i rozwiązania. Zazwyczaj spadają wtedy poniżej podstawowego poziomu. Jeśli widzimy po sesji, że idzie on w górę (lub, sporadycznie, obniża się), mamy do czynienia z odreagowaniem – wyładowaniem energii traumy bez właściwego podłączenia. To nigdy nie jest leczenie.

Uwalnianie przynosi wglądy i zmiany poznawcze w sposób automatyczny. Przeżywanie traumy nie bycia dotykaną w niemowlęctwie z miejsca wyświetla pacjentce przyczyny jej nimfomanii. Wydobywa do świadomego obszaru jej nie zaspokojoną, wczesną potrzebę czułości, tak że teraz nie musi ona już jej odreagowywać poprzez ciągłe akty seksualne. Pacjentka nie potrzebuje rad, jak ma oszacować swoją traumę, wszystko staje się dla niej zrozumiałe w obrębie uczuć, pod warunkiem ich pełnego przeżycia na nowo. Zazwyczaj myślimy, że erotomania jest jakimś chorym symptomem, a nie mechanizmem przetrwania i nie widzimy, jak pogoń za seksualnym dotykiem próbuje zapełnić ów potworny, wczesny brak. Niemal każdy symptom może być rozumiany w kategoriach kompensacyjnego mechanizmu, którego nie da się zmienić bez sięgnięcia do jego korzeni. Symptomy są w nich zakotwione.

Zwrot „pełne przeżycie na nowo” może znaczyć wydobywanie na wierzch pierwotnych zranień wskutek np. bicia w dzieciństwie, wykorzystania seksualnego czy oznak urazu porodu kleszczowego, które sfotografowaliśmy. W takie uwalnianie musi być zaangażowany energetycznie cały system, gdyż tak było w chwili zdarzenia pierwotnego. Dlatego coraz powszechniej wiadomo, że nie wykona tej pracy samo omawianie dawnej traumy, co jest, ogólnie biorąc, operacją korową zamykającą się w obrębie myślenia. Wydobyte muszą zostać nadmierne porcje bólu, które są przechowywane w układzie limbicznym mózgu i w ten sposób trzymane z dala od przytomnej świadomości. Z nich składa się nasza nieświadomość i w leczeniu chodzi o uwolnienie właśnie tych złogów cierpienia. Machanie prętem przed oczami – jest to najbardziej oczywiste – *nigdy* nie pomoże dziewczynce uporać się z latami gwałtów dokonywanych na niej przez własnego ojca, które zaczęły się, gdy miała dziewięć lat. Według mnie, takie sposoby to rodzaj zdradliwego voodoo, a nie neuronauka. Tylko magiczne myślenie może wierzyć, że kilkanaście lat nadużyć ze strony nałogowo pijącej matki może zostać wymazane za pomocą

wodzenia palcem przez oczami. Gdyby czytelnik mógł ujrzeć ogrom bólu zmagazynowanego wskutek tak tragicznego dzieciństwa, od razu poznałby, jakie to niemożliwe.

Teoretycy EMDR są przekonani, że, po pomachaniu prętem lub palcem przez gałkami ocznymi, pacjent potrzebuje innego rozwiązania dla swojej traumy. Zamiast poprowadzić go w stronę jej totalnego przeżycia i uwolnienia, podsuwają mu inne, i dlatego symboliczne, rozwiązanie. Nie widzą, że należy ono do samego wdrukowania, a nie innego zakończenia. Proponowane w ten sposób rozwiązanie jest jedynie wyobrażeniowe, a więc fałszywe, gdyż nigdy nie zdarzyło się naprawdę. Rezultaty terapii pierwotnej w naszym ośrodku weryfikujemy tym, że po przeżyciu traumy na nowo wraca do normy poziom witalny, który wcześniej był bardzo niski, co jest fizjologicznym znakiem ustąpienia poczucia beznadziei. Równocześnie sami pacjenci też mówią o odzyskaniu nadziei. W ciągu kilkudziesięciu lat leczylimy tysiące osób, odnajdując dobroczynne skutki uwolnienia bólu pierwotnego w badaniach przeprowadzanych przez nas po pięciu latach od terapii (Zobacz *Primal Man* autora). W przeciwieństwie do EMDR, w terapii pierwotnej nikt nie musi pomagać w integracji; po uwolnieniu urazu dokonuje jej, sam z siebie, system neurologiczny pacjenta. Wtłoczone na niższy poziom uczucia samostnie kierują się do prawej, a potem lewej, kory czołowej po przywrócenie połączeń nerwowych i integrację, a kora pozytywnie odpowiada, gdy tylko przestaje to grozić jej totalnym zalaniem. Integracja zajmuje miesiące i lata dlatego, że neokora może tylko stopniowo dopuszczać coraz więcej bólu do przytomnej świadomości.

Kiedy wyzwalamy ból, wyzwalamy cały system nerwowy i w rezultacie powstają istoty ludzkie świadome siebie emocjonalnie. Doświadczenie to organizuje się na trzech poziomach świadomości, które wszystkie człowiek potrzebuje zaangażować, aby mógł stać się jednostką świadomą emocjonalnie.

Rodzaj terapii wybieranej przez daną osobę często jest odbiciem charakteru jej problemu. Ludzie żyjący w głowie szukają terapii wglądowej, a jednostki pasywne, myślące magiczne – hipnozy. Powinniśmy jednak proponować leczenie odwołujące się do mocy i mądrości spoczywających w pacjencie. Takie, gdzie to, co jest realne wewnątrz, traktowane jest w sposób pierwotny. Leczenie, które przebiega według „rozkładu jazdy” systemu psychofizycznego pacjenta oraz jego tolerancji na ból i silne emocje – takie gdzie to, co ma być odczuwane i w jakim stopniu, zależy nie od terapeuty, ale od osoby, która ma przeżywać te uczucia. Jak niegdyś powiedział Eldridge Cleaver z ruchu Czarnych Panter: „Jeśli nie jesteś częścią rozwiązania, to jesteś częścią problemu”. Wyobrażanie sobie rozwiązania przedłuża pozycję bycia częścią problemu.

Dr. van der Kolk opisuje osoby cierpiące na PTSD jako nie mogące zintegrować wspomnień doznanej traumy i zamiast tego uwikłane w „ciągłe wskrzeszanie tej przeszłości” (str. 3). Stwierdza, że „cierpią one wskutek uporczywych i przewlekłych reaktywacji biologicznego systemu reakcji na stres”. Częścią tego jest zmniejszony poziom serotoniny lub deficyt hamowania (przewodnictwa nerwowego). Przekłada się to na niezdolność modulowania ogólnego poziomu pobudzenia – to znaczy na impulsywność, stale poirytowanie i hiper-pobudliwość. Van der Kolk sugeruje, że leki wychwyty zwrotnego serotoniny,

podwyższając jej poziom w mózgu, pomagają zatrzymać przeszłość w przeszłości, co pozwala danej osobie funkcjonować w teraźniejszości. Wygłaszając odczyt na konferencji na temat połączeń nerwowych w Omaha, stan Nebraska, i ponownie w UCLA, w marcu 2002, badacz ten podkreślał, że konwencjonalne terapie nie są skuteczne w przypadku PTSD. Mówił, że naszym celem powinno być pomaganie ludziom być 'tu i teraz', a nie ciągle 'tam i wtedy' – w teraźniejszości, a nie w przeszłości. Problem polega na tym, że traumatyczna przeszłość została wdrukowana w system neurologiczny i dopóki w nim zalega, nie poddaje się żadnym perswazjom ani chęciom jednostki, by żyć w 'tu i teraz'.

Van der Kolk stwierdza: „Dopóki jesteś przykuty do wspomnień dawnego urazu, nie możesz rozwinąć nowych zachowań. Jedynie emocjonalne przepracowanie traumy, przemiana jej skutków, może doprowadzić do nowych zachowań w przyszłości, gdyż celem pamięci jest przygotowanie jednostki do radzenia sobie z przyszłymi zdarzeniami. Na dodatek, tradycyjne terapie skupiają się na omawianiu lub odgrywaniu konfliktów, co jest obsługiwane przez lewą stronę mózgu, podczas gdy traumatyczne wspomnienia – przez prawą. Jeśli doświadczenia te mają być rozwiązane, terapia musi polegać na aktywnościach angażujących prawą stronę mózgu. Wspomnienia wczesnych urazów są przechowywane, zazwyczaj w formie wspomnień somatycznych (odczuć w ciele), w układzie limbicznym, który odpowiada za uwagę, uczucia, pobudzenie oraz relacyjne więzi. Tradycyjne terapie nawet nie zbliżają się do systemu limbicznego, który może uwolnić dawną traumę, więc lepsze są podejścia polegające na pracy z ciałem, co czyni np. terapia więzi (attachment therapy). EMDR pomaga usunąć wiele objawów traumatycznych wspomnień, choć wcale nie wiadomo w jaki sposób”.

Dr. van der Kolk podejrzewa, że EMDR działa, gdyż wykonywanie ruchów oczami odrywa daną osobę od pamiętania traumy i pozwala mózgowi przegrupować się. Uważa on, że taki sam efekt może dać skupienie się na jakiegokolwiek aktywności fizycznej podczas przypominania sobie traumy. Z chwilą, gdy prawa strona mózgu zostaje uruchomiona i zaczyna podawać wspomnienia, terapia musi przejść do uruchamiania lewej, gdyż tam leży zdolność, jaką do radzenia sobie z urazem stosują dzieci w przeczuciu, że zasklepienie się w lewej półkuli prowadzi do zasklepienia się w traumie. Terapeuta musi więc używać dziecięcego języka (funkcji lewej półkuli), aby móc stworzyć znaczący schemat dla tych wspomnień, pozwalający zapanować nad nimi.

Dr. van der Kolk zauważa też, że aby terapia działała, musi wiązać się z wysokim poziomem pobudzenia u klienta. Ponieważ traumatyczne wspomnienia były wdrukowane w warunkach niebywale wysokiego pobudzenia, rozwiązanie leży w podobnie intensywnych warunkach. Tymczasem tradycyjne podejścia skupiają się zazwyczaj na redukcji pobudzenia, co ani trochę nie pomaga zmienić skutków urazu.

Myślę, że udało mi się z grubsza naszkicować podstawowe zasady terapii EMDR. Zacznę najpierw od van der Kolk'a. Uważam, że jego linia odkryć i rozumowania zbiega się w wielu miejscach z terapią pierwotną, może tylko w trochę mniej zorganizowany sposób. Na przykład, stwierdza on jasno, że do leczenia traumy potrzeba wysokiego poziomu pobudzenia, gdyż została ona zapisana w organizmie w takich właśnie warunkach silnego pobudzenia. Podkreśla też, że tradycyjna terapia skupia się na

redukcji pobudzenia albo za pomocą trankwilizatorów, albo prób uspokajania podniecenia pacjenta, także w formie lęku. Powstaje jednak pytanie, czy terapia jaką Kolk proponuje, może wzbudzić odpowiednio wysoki poziom pobudzenia? Jeśli chodzi o uwalnianie traumy, myślę, że nie.¹

Podczas uwalniania wczesnych urazów – co oznacza często jeszcze okres prenatalny i narodzin (będący poza językiem terapeutów EMDR) – obserwujemy następujący w kilku minut wzrost temperatury ciała o kilka stopni, skurczowe ciśnienie krwi ponad 200, a także bardzo wysoki puls. Prowadziliśmy badania wydzielania kortyzolu (hormonu stresu) bezpośrednio przed i po terapii, z redukcją poziomów po upływie roku od terapii oraz cztery niezależnie od siebie badania fal mózgowych, które wykazały między innymi zmiany w sile dystrybucji między lewym a prawym mózgiem, które chce osiągnąć Kolk. Każdą sesję monitorujemy pod kątem oznak witalności.

Van der Kolk twierdzi, że dziecko nigdy nie dokonuje prawidłowej psychologicznej oceny urazu i dlatego nigdy nie jest przygotowane na przyszłość. Przekazuje jednak sprzeczne informacje, gdyż z jednej strony twierdzi, że musimy uwalniać traumę na takim samym poziomie pobudzenia, z jakim nastąpiło jej stłumienie pierwotny, z drugiej jednak poleca stosowanie EMDR, co zmierza do zablokowania pełnej reakcji, a więc przerywa proces zdrowienia.

Dochodzimy tu do punktu, w którym spotykają się wszyscy teoretycy EMDR. Wierzą oni, że po pomachaniu prętem lub palcami przed wzrokiem pacjent potrzebuje innego rozwiązania dla traumy, poprzez przyswojenie nowych zachowań dzięki oderwaniu od niej. Nie zauważają, że leży ono w samym wdrukowaniu, a nie w dopisaniu innego zakończenia do scenariusza urazu, co – jeśli się nad tym zastanowimy - jest fałszywe, bo nie dzieje się naprawdę; s stanowi zakończenie według myślenia i wyobraźni terapeuty.

Tymczasem im głębiej nurkujemy w agonię wdrukowania, tym mniej bólu musi podlegać stłumieniu. W ten sposób zyskujemy coraz większą wolność działania w teraźniejszości. Im głębiej możemy odczuć beznadziejność z wczesnych lat życia (na przykład skutek nie dotykania przez matkę po urodzeniu), tym większa nadzieja wstępuje w nas obecnie. Możemy to zweryfikować obserwując oznaki witalności, które z upływem terapii podnoszą się z bardzo niskiego do normalnego poziomu. Jest to fizjologicznym przejawem powracania nadziei.

Van der Kolk twierdzi, że póki jesteśmy przykuci do dawnych wspomnień, nie możemy rozwinąć nowych zachowań. Zgoda. Nowych zachowań jednak nie da się narzucić z zewnątrz; wyłaniają się one w sposób dialektyczny z przeżycia na nowo urazów przeszłości. Jeśli złoza agonii emocjonalnej z dawnego wdrukowania nie zostaną uwolnione, będą wiodły podziemne, ukryte życie podkopując życie jawne i

¹ Narzędzia do osiągnięcia w terapii odpowiednio wysokiego natężenia pobudzenia opracował w swoich wcześniejszych pracach Arnold Mindell, twórca psychologii zorientowanej na proces lub tzw. pracy z procesem. Chodzi o tak zwane techniki amplifikacji sygnału. Wzmacniając go do odpowiednio wysokiego natężenia, klient staje się zdolny „przekroczyć próg” - zintegrować taką swoją część, która była od niego odłączona. Szkoda tylko, że tak niewielu „procesworkerów” ma świadomość skutków traumy dziecięcej i chce z nią pracować (przyp. tłum.).

wywołując guzy, wrzody żołądka, migreny, nadciśnienie i wiele innych groźnych symptomów. Używam słowa 'agonia' dlatego, że dopóki ktoś na własne oczy nie zobaczy ogromu bólu wyrzucanego w terapii pierwotnej, nie może wiedzieć naprawdę, czym jest cierpienie. Głębia tego bólu może wzmoczyć amplitudę fal mózgu o kilkaset procent. (Hoffman, Eric. Long-term Effects of Psychotherapy on the EEG of Neurotic Patients. Res. Comm. Psychol. Psychiat. Behavior. Vol. 8, 1983 pages 171-185. See also, "Hoffman, E., Goldstein, L. "Hemispheric Quantitative EEG Changes Following Emotional Reactions in Neurotic Patients. Acta Psych. Scand. Vol 63. 1981 pages 153-164).

Przeżywając na nowo odcięcie tlenu przy porodzie, np. wskutek duszenia się pępowiną, pacjent robi się czerwony i walczy o oddech jak o sprawę życia lub śmierci, bo istotnie tak było wtedy. Zakończeniem wyobrażonym, więc nierealnym, byłoby podanie mu tlenu w tej krytycznej chwili, co, urywając wracającą pamięć, urwałoby proces zdrowienia. Pacjent właśnie zaczął uwalniać agonalną sekwencję, tak samo dramatycznie, jak ona przebiegała, i potrzebuje dobrać do końca. Gdy dochodzi do 'poziomu zero' termister (elektroniczny termometr) w jego rectum, pokazuje skok temperatury o kilka stopni. Dlaczego jest to konieczne? Dlatego, że trauma i zespół fizjologicznych reakcji na nią zapisują w systemie nerwowym dyskietykę przetrwania – wzorzec rządzący przyszłymi zachowaniami. Tak zwane neurotyczne zachowania są wciąż powtarzane bez skutku próbą przetrwania. Starając się zmienić te mechanizmy przetrwania, musimy po pierwsze zobaczyć je i ująć takimi, jakie są. Aby zmienić prototyp, trzeba dojść do źródeł jego pochodzenia. Z pierwotnego urazu ewoluują liczne rozgałęzienia, kierujące różnymi zachowaniami i różnymi symptomami, od zapalenia okrężnicy do problemów z sercem, jak częste palpitacje. Dopóki ich prototyp nie zostanie wydobyty, możemy te głębokie problemy leczyć tylko objawowo. Ogólnie, im poważniejszy symptom fizyczny, tym wcześniejsza i cięższa trauma pod nim. Nie zawsze, ale często.

Odczucie i uwolnienie horroru, jakim był ciężki poród, likwiduje ostatecznie lęki i fobie, jak na przykład wind czy metra. Nikt nie musi już trzymać pacjenta za rękę przy wchodzeniu do nich, co praktykuje terapia behawioralna, biorąc pozorny problem za realny – naprawiając symptom, a nie osobę. Im głębiej pacjent odczuje i zintegruje dawny terror, tym mniej ma wewnętrznych przeszkód do pokonywania.

Powrócę do van der Kolk'a: „Jeśli traumatyczne wspomnienia i doświadczenia mają być rozwiązane, terapeuta musi zaproponować aktywności dające dostęp do prawej półkuli mózgu”. O tym właśnie piszę od trzydziestu lat i to robimy w terapii pierwotnej. Wiemy, że najwcześniejsze wspomnienia wpływają bardziej na prawą półkulę, gdyż ta rozwija się wcześniej niż lewa. Wiemy, że dzieje się to zanim ciało modelowate (spoidło wielkie) osiąga wystarczający rozwój, by móc przekazywać – lub „tłumaczyć” – wspomnienia z prawej półkuli do lewej. Wiemy dalej, że wczesna trauma zaburza funkcjonowanie ciała modelowatego, tak iż w późniejszym wieku informacje nie przechodzą łatwo z prawej półkuli do lewej. Ostatnio opisane to zostało dokładnie przez Martina Teichera („The Neurobiology of Child Abuse.” *Scientific American*. March 2002. Page 68-75). Podobnie jak inni badacze, wykazuje on, że wczesny stres przekonfiguruje molekularną organizację w obszarach układu limbicznego. Odkrył on, że osoby maltretowane w dzieciństwie mają znacznie mniej rozwiniętą lewą stronę mózgu, niż prawą, która to

właśnie uaktywnia się przy przywoływaniu dawnych, bolesnych wspomnień. Odkrył też, że u dzieci, które były wykorzystywane lub porzucane, pewne obszary spoidła wielkiego są wyraźnie mniejsze. Większość traumatologów zgadza się z Teicherem: „Wczesny stres jest toksycznym czynnikiem (teratogenem), który zakłóca normalny rozwój mózgu, który jest idealnie zestrojony i współbrzmi jak wielka orkiestra.” (str. 75).

Odyskiwanie wspomnień angażuje prawą półkulę w większym stopniu niż lewą. Gdy nasi pacjenci zanurzają się głęboko w uwalnianie dawnej traumy, maksymalnie aktywuje się cały ich układ limbiczny i – jesteśmy przekonani – że właśnie wtedy informacje te są przekazywane lewej stronie mózgu do ostatecznej integracji. Nasze badania mózgu wykazują, że następuje wtedy przerzucenie energii z prawej do lewej półkuli.

Van der Kolk podejrzewa, że EMDR działa dlatego, iż wykonywanie ruchów oczami odwodzi pacjenta od traumatycznych wspomnień i pozwala mózgowi na zmianę. Mamy tu podstawową sprzeczność. Skoro terapia ruchami gałek ocznych odwodzi od pamięci urazów, to niweczy tym możliwość uzyskania do nich pełnego dostępu. Van der Kolk ma rację. Wzbudza się tu proces odrywania, który wzmacnia stłumienie, co powoduje, że dana osoba zaczyna się czuć lepiej. Można taki skutek osiągnąć także za pomocą modlitwy, mantry „OM”, intensywnego zajmowania się innymi myślami, czy przez tworzenie kierowanych wyobrażeń, które oferuje inne obrazy w miejsce prawdziwych, i tym podobne zabiegi. Najszybciej jednak działa solidna dawka paxilu.

Aby omówić, co oznacza integracja, przyjrzyjmy się najpierw dezintegracji. Uczucia zmagazynowane na niższych poziomach mózgu, tam gdzie lokuje się płodowa, porodowa i niemowlęca trauma, nie mogą z powodu swojej wielkiej walencji wznieść się do kory czołowej i być włączone w obręb świadomości. Są zahamowane przez różne neuroprzekazniki w strukturach związanych z nieświadomością. To właśnie jest dezintegracja (rozpad): wyższe struktury nie wiedzą, co dzieje się w niższych, nawet gdy są przez nie napędzane i kierowane. Tworzenie ideacji (wyobrażeń) paranoidalnych, odnajdywanych na wyższym poziomie, można zdusić trankwilizatorami działającymi na głębsze warstwy mózgu, co wskazuje na głębinowe pochodzenie tych ideacji. Dana osoba nie jest świadoma swojego głębokiego wdrukowania, lecz pod jego wpływem rozwija dziwne myśli, emocje, obrazy i/lub zachowania, które psychiatria kwalifikuje jako jednostki chorobowe. Pacjentka nie odczuwa wtedy żadnego bólu np. deprywacji sensorycznej w niemowlęctwie, molestowania, czy pierwszych lat życia w przytułku, po których musiała zmienić swoje nawyki i zachowania. Taka osoba potrzebuje przeżywać na nowo swoje wczesne urazy, kawałek po kawałku, miesiącami czy latami, aż rozwieją się „paranoidalne” idee tworzone przez ten stłumiony materiał. One wtedy rzeczywiście znikają. Rozwiązania podawane przez terapeutę, są jego rozwiązaniami, a nie pacjentki, nie są więc dla niej prawdziwe. Rzeczywistość leży w realu, jakkolwiek banalnie to brzmi. Leży w prawdziwości pamięci i tylko w niej, z pewnością zaś nie w cudzym mózgu.

Możemy zdrowieć tylko w obszarach własnych zranień. Nasiona ocalenia leżą w samym problemie. Terapia pierwotna nie uczy ludzi jak żyć czy jak kierować przyszłością. Z chwilą uwolnienia się od