

## METODA EMDR I KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU FOBIIJE OD KRVI I INJEKCIJA

ANDREJA KOSTELIĆ-MARTIĆ

*Centar za kognitivno-bihevioralnu terapiju, Zagreb, Hrvatska*

*U kliničkom slučaju opisana je specifična fobija od krvi i injekcija u studenta medicine koji se na drugoj godini našao u situaciji da mora izvaditi krv kolegama i da oni moraju njemu. Nakon što se dva puta onesvijestio u laboratoriju, potražio je pomoć. Cilj tretmana bio je izlaganje vađenju krvi (sebi i drugima) bez nesvjestice. Tretman se sastojao od nekoliko dijelova. Prvi se odnosio na psihoedukaciju o prirodi anksioznosti i specifičnim fobijama. Drugi je uključivao tehnike abdominalnog disanja i autogeni trening. U trećem je dijelu napravljeno postupno izlaganje krvi i injekcijama, a u četvrtom se dijelu tehnikom kognitivnog restrukturiranja radilo na negativnim automatskim mislima. Kao dodatna metoda za elaboraciju traume vađenja krvi korištena je metoda EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing). Nakon 10 jednosatnih tretmana klijent se uspješno izlagao vađenju krvi bez nesvjestice te je nastavio sa studijem medicine koji je zbog te fobije bio doveden u pitanje.*

*Ključne riječi:* fobija od krvi i injekcija, kognitivno-bihevioralna terapija, EMDR

*Adresa za dopisivanje:* Mr. sc. Andreja Kostelić-Martić, mag. psych.  
Trg Senjskih Uskoka 8  
10020 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: andreakostelic@hotmail.com

### UVOD

#### *Fobije od krvi, injekcija i ozljeda*

Fobije od krvi, injekcija i ozljeda jedna su od nekoliko skupina specifičnih fobija navedenih u priručniku DSM-5 (1). Za razliku od ostalih specifičnih fobija, te fobije imaju svoju posebnost. U osoba sa specifičnim fobijama, tijekom izlaganja objektu straha (situaciji, nevremenu, životinji itd.) dolazi do aktivacije središnjeg živčanog sustava i simpatikusa kao odgovor prema načelu „napad – bijeg“. Samo u slučaju fobija od krvi, injekcija i ozljeda 80 % osoba u tretmanu (2) pokazuje inicijalnu aktivaciju simpatikusa nakon koje slijedi iznimno brza aktivacija parasimpatikusa. Smanjenje srčane frekvencije i sniženje srčanog tlaka mogu dovesti do nesvjestice. Zbog toga tretman ove vrste fobije ima određene posebnosti.

Specifične fobije mogu nastati na četiri načina. Mogu biti posljedica direktnog iskustva s opasnom situacijom, a ponekad je dovoljno i da je osoba svjedok opasnog događaja koji se dogodio nekom drugom. Mogu nastati na indirektan način zbog slušanja o tragičnim posljedicama koje je netko drugi doživio u određenoj situaciji; a u nekim se slučajevima osobi čini da je fobiju imala gotovo oduvijek i ne može se sjetiti što ju je izazvalo jer je bila jako mlada.

U tretmanu specifičnih fobija, kognitivno-bihevioralna terapija je metoda izbora (3). De Jongh i Ten Broeke (4) u svom radu o tretmanu specifičnih fobija EMDR-om navode da zajedničko korištenje te metode i kognitivno-bihevioralnog tretmana ima značajnu praktičnu vrijednost. EMDR bi mogao imati značajnu ulogu u prvom dijelu tretmana, pri

radu na elaboraciji traumatskih iskustava (sjećanja), dok su kognitivno-bihevioralne tehnike korisne u drugom dijelu tretmana, kada se klijent uči izlagati podražajima koji ga plaše i suočavati s anticipiranom anksioznošću.

Kleinknecht (5) je primijenio EMDR u tretmanu fobije od krvi i injekcija u dvadesetjednogodišnje žene. Bila su potrebna četiri tretmana kraća od jednog sata, a rezultati tretmana učinkovito su se održali i nakon dvije godine.

Cilj ovog rada je opisati EMDR metodu i kroz primjer fobičnog pacijenta prikazati uspješnu kombinaciju metode i kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu specifične fobije.

U prikazu kliničkog slučaja opisana je specifična fobija od krvi i injekcija koja je nastala kod pacijenta u njegovoj 4. godini, kada je zbog pojave astme bio kontinuirano izložen traumatskom vađenju krvi u bolnici. Pacijent se donekle suočavao s tom fobijom sve do svoje 22. godine, ali otad ga je prilikom svakog vađenja krvi ili pukog izlaganja u prostoriji gdje su druge osobe vadile krv obuzimala nesvjestica, što mu je počelo ugrožavati nastavak studija medicine. Pacijent je te događaje doživljavao vrlo dramatično, pa je u okviru kognitivno-bihevioralnog tretmana uvedena i metoda EMDR.

### EMDR (engl. *Eye Movement Desensitization Reprocessing*) – DESENZITIZACIJA I REPROCESIRANJE UZ POMOĆ POKRETA OČIJU

Osnivačica ove metode je Amerikanka Francine Shapiro (viša istraživačica na *Mental Research Institute* u Palo Altu u Kaliforniji). Metodu je otkrila sasvim slučajno šetajući parkom i razmišljajući o svojim problemima. Uočila je da je, pomislivši na problem, spontano napravila pokrete očiju lijevo-desno i da su misli nestale, a kad su se ponovo vratile, bile su drukčije, izmijenjene i emocionalno slabije. Tako je 1987. godine nastala metoda EMD, koja je s godinama doradana te je 1990. nazvana EMDR (6).

Metoda se u početku počela koristiti u tretmanu PTSP-a u vojnika za elaboraciju njihovih traumatskih iskustava, kao i za elaboraciju traumatskih iskustava vezanih uz kriminalna djela, seksualno i obiteljsko nasilje te traume manjeg entiteta. No poslije se počela koristiti i u tretmanu raznih psihičkih poremećaja, kao što su drugi anksiozni poremećaji (npr. panični poremećaj s agorafobijom, različite fobije), somatoformni poremećaji, poremećaji ličnosti i poremećaji raspoloženja (osobito depresija), te u tretmanu aspekata vezanih za samopoštovanje.

Novijim istraživanjima korisnost metode potvrđena je u slučajevima PTSP-a i ovisnosti od alkohola (7), PTSP-a (8-10), paničnih poremećaja (11), nasilja u obitelji (12), PTSP-a u djece (13,14) i sl. EMDR se koristi za probleme iz prošlosti i sadašnjosti, ali i za željena ponašanja u budućnosti. Drugim riječima, EMDR se koristi:

1. za prošla iskustva u temelju patologije;
2. za aktualne situacije ili za okidače koji u sadašnjosti stimuliraju poremećaj (tj., za aktualne podražaje koji nastavljaju podraživati – „ometajući disfunkcionalni materijal“);
3. za modele ponašanja potrebne za adekvatne akcije u budućnosti.

EMDR omogućuje brzu desenzibilizaciju traumatskih sjećanja i kognitivno restrukturiranje koje vodi značajnom smanjenju simptoma (emocionalnog stresa, ometajućih misli, anksioznosti, neželjenih prisjećanja, noćnih mora), a rezultati raznih istraživanja s vremenom su dokazali njegovu učinkovitost, pa su razna društva s vremenom počela priznavati i preporučivati njegovu primjenu.

Sekcija za kliničku psihologiju Američkog psihološkog udruženja (APA) provela je 1995. istraživanje učinkovitosti metode EMDR i drugih metoda u tretmanu PTSP-a. Rezultati koje su dobili pokazuju da je EMDR efikasna metoda u tretmanu PTSP-a i u usporedbi s drugim metodama ima najviši stupanj učinkovitosti za tu dijagnostičku kategoriju.

Efikasnost ove metode u tretmanu PTSP-a potvrđena je i u „Preporukama za kliničku praksu“ Američkog psihijatrijskog udruženja (2004.) te Nacionalnog zdravstvenog sustava Velike Britanije (2005.). K tome, uz kognitivno bihevioralnu terapiju fokusiranu na traumu, za tretman PTSP-a od 2013. preporučuje je i Svjetska zdravstvena organizacija.

Meta-analiza 61 istraživanja (15) o učinkovitosti intervencija u oboljelih od PTSP-a koji su bili podvrgnuti farmakološkim i psihološkim terapijama (bihevioralnoj, kognitivnoj, EMDR-u, tehnikama opuštanja, hipnozi, psihoanalitičkoj terapiji) pokazala je da su najbolje terapije KBT-ft (kognitivno bihevioralna terapija fokusirana na traumu) i EMDR.

Istraživanja u kojima se proučavala učinkovitost EMDR-a pokazuju da se u žrtava pojedinačnih trauma u prosjeku već nakon 3–6 seansi postiže remisija PTSP-a od 77 % do 100 %, dok je za žrtve višestrukih trauma, npr. vojnika koji se vraćaju iz rata (6), potrebno 12 seansi.

Kao što će se vidjeti u opisu neurološke osnove EMDR-a, svaki se traumatski događaj „zamrzava“ u našem mozgu zajedno s ometajućim sadržajem (slikom događaja, emocijama, senzacijama, negativnim uvjerenjem) koji izlazi putem simptoma. Do traumatskog događaja dolazi se putem tih elemenata uz pomoć bilateralne stimulacije pokretima očima, tapkanjem po dlanovima itd.

EMDR se odvija u osam faza, koje će biti detaljno opisane u okviru postupka terapije.

Danas postoje i znanstvena neurološka objašnjenja funkcioniranja te metode. Ona se temelji na pohrani i obradi informacija traumatskog doživljaja. Kad osoba doživi jaku psihološku traumu, čini se da dolazi do promjena u

ravnoteži u živčanom sustavu koje su možda uvjetovane promjenama na razini neurotransmitera ili na razini adrenalina itd. Zbog te promjene u ravnoteži sustav nije u stanju adekvatno funkcionirati i informacija dobivena u trenutku traumatskog događaja pohranjuje se zajedno sa slikom, zvukovima, emocijama i fizičkim senzacijama na neurološkoj razini u svom ometajućem stanju. Na taj se način izvorni materijal koji je pohranjen u svom izvornom ometajućem i ekscitatornom (uzbuđujućem) obliku nastavlja podraživati brojnim vanjskim i unutrašnjim podražajima te postaje vidljiv u raznim oblicima: noćnim morama, neželjenim prisjećanjima i ometajućim mislima, što su sve tzv. pozitivni simptomi PTSP-a (6).

Hipoteza da pokreti očiju (ili drugi podražaji) u EMDR-u izazivaju fiziološki mehanizam koji aktivira sustav obrade informacije temelji se na nekoliko mehanizama, tj. pretpostavlja se da postoji nekoliko mehanizama kojima se objašnjava aktiviranje i olakšavanje pri obradi:

1. Do aktiviranja obrade dolazi zbog dvostrukog fokusiranja pažnje pacijenta na aktualni podražaj i traumu u prošlosti (6);
2. Postoje neuralne iskre uzrokovane različitim podražajima koji se mogu asimilirati sa strujom niskog napona te na izravan način utječu na simpatički potencijal (16,17);
3. Dekondicioniranje je odgovor na relaksaciju (18).

Tijekom EMDR-a frontalni korteks ponovno zadobiva svoju ulogu u inhibiciji smanjujući hiperaktivnost amigdale i odgovarajuću hiperstimulaciju kore.

Tijekom slušanja scenarija i bilateralne stimulacije u velikoj većini frekvencijskih pojaseva aktivacija EEG-a koja je tijekom prvog tretmana EMDR-om bila prisutna u prefrontalnom limbičkom korteksu (Brodmannova područja, BA 9 i 10) tijekom posljednjeg se tretmana EMDR-om preselila na temporalne, parijetalne i okcipitalne kortikalne regije (BAS 20,21,22,37,17,18,19) s jasnom lijevo orijentiranom lateralizacijom (19).

EMDR uzima u obzir sve aspekte stresnog ili traumatskog iskustva kako kognitivne, emocionalne i neurofiziološke, tako i aspekte ponašanja. Pokreti očima (ili drugi oblici naizmjenične stimulacije lijevo/desno: naizmjenično tapšanje/lupkanje po desnoj i lijevoj ruci, zvučni signali u lijevom pa desnom uhu) zajedno sa slikom traumatskog događaja, negativnim uvjerenjima vezanim za nju, emocionalnom patnjom i fizičkim senzacijama olakšavaju obradu informacije do njezina razrješenja. U konačnom prikladnom rješenju traumatsko se iskustvo iskorištava na konstruktivan način i integrira u pozitivnu kognitivno-emocionalnu shemu te osobe.

Jednostavnije rečeno, prije EMDR-a ciljno se traumatsko sjećanje manifestira u jednoj slici, negativnim uvjerenjima, negativnim emocijama i fizičkim senzacijama u izvornom ometajućem obliku u kojoj se dogodilo.

Poslije EMDR-a sjećanja se pohranjuju s manje prijetecom (ometajućom) slikom, pozitivnim uvjerenjima i adekvatnom emocionalnošću bez ometajućih fizičkih senzacija.

## PRIKAZ KLINIČKOG SLUČAJA

### *Podatci o pacijentu*

Pacijent je dvadesetdvogodišnji student druge godine medicine. Od svoje četvrte godine boluje od astme, koja se nakon vrlo akutne faze u djetinjstvu stabilizirala potkraj osnovne škole. Pacijent je imao normalan psihofizički razvoj bez traumatskih događaja. Jedini su traumatski događaji vezani uz česte hospitalizacije prigodom kojih mu je stalno vađena krv (zbog bolesti) te se nekoliko puta onesvijestio.

### *Problem*

Na drugoj godini studija medicine pacijent je u sklopu obrazovanja morao proći postupak vađenja krvi (izvaditi krv kolegama i obrnuto). Dok je bio na vježbi sa skupinom studenata, otišao je u laboratorij u kojem su trebali vježbati vađenje krvi. Kada mu je kolega pokušao izvaditi krv, onesvijestio se. Drugi slučaj nesvjestice dogodio se nedugo nakon toga, prilikom posjeta pedijatrijskom laboratoriju, gdje su pokušali izvaditi krv maloj djevojčici koja je vrištala.

Zbog tih događaja razvio je strah od vađenja krvi (od toga da neće uspjeti dati krv, ali i od toga da neće uspjeti izvaditi krv nekom drugom) i počeo je izbjegavati sudjelovanje u obveznim vježbama u laboratoriju fakulteta. Taj strah dovodi u pitanje i nastavak studija medicine.

### *Ciljevi psihoterapijskog tretmana*

Osnovni je cilj psihoterapijskog tretmana prevladati strah od vađenja krvi i uspješno uspjeti izvaditi krv drugim osobama te se podvrgnuti vađenju vlastite krvi bez nesvjestice.

### *Procjena*

Primijenjene su ljestvice procjene: STAI (20), BDI-II (21), ASI (22) i projekтивna tehnika Warteggova testa crteža (23). Rezultati pokazuju da ne postoji povišenje ni na jednoj kliničkoj ljestvici na verbalnim ljestvicama procjene, dok je na projekktivnom Warteggovu testu crteža vidljiva anksioznost, demotivacija i osjećaj blokiranosti te nedovoljno dobra racionalno emotivna integracija. Socijalni odnosi nisu bili zadovoljavajući.

### *Korištene tehnike*

U tretmanu su korištene sljedeće tehnike: EMDR, tehnika abdominalnog disanja, tehnika kontrakcije mišića, postupno izlaganje krvi i injekcijama (uživo), autogeni trening, izlaganje u uredu sa slikom vađenja krvi - sistemska desenzitizacija i kognitivno restrukturiranje.

### Postupak (faze) kognitivno-bihevioralnog tretmana u kombinaciji s EMDR-om

Kognitivno-bihevioralni tretman podijeljen je u nekoliko faza:

1. *Psihoedukacija o fobijama i anksioznosti.* U prvoj fazi provedena je psihoedukacija o prirodi fobija i anksioznosti te je posebno opisana posebnost fobije prema krvi i injekcijama (opisana u uvodu) te mehanizam nesvjestice prigodom izlaganja krvi ili injekcijama.
2. *Kognitivno-bihevioralne tehnike (prvi dio): tehnika abdominalnog disanja i tehnika kontrakcije mišića.* U ovoj je fazi tretmana prikazana tehnika abdominalnog disanja koju osoba može koristiti kao pomoćno sredstvo smirivanja prije izlaganja situaciji vađenja krvi da bi se držala pod kontrolom hiperventilacija (što je česta pojava prilikom izlaganja), ali je istodobno pokazana i tehnika kontrakcije mišića. Naime, bitno je da u situaciju izlaganja vađenja krvi pacijent uđe dovoljno, ali ne i previše opušten da se parasimpatikus ne pripremi za reakciju nesvjestice, pa se stoga netom prije ulaska u sobu za vađenje krvi preporučuje kontrakcija mišića. Nekih 10 do 20 sekundi napinju se mišići ruku, prsnog koša i nogu dok se ne osjeti toplina u licu. Onda se opuste, pričekava se 20 sekundi pa se ponovno napinju i sve to ponovi 5 puta. Napinjanje mišića ruke iz koje će se vaditi krv ne preporučuje se.
3. *Kognitivno-bihevioralne tehnike (drugi dio): postupno izlaganje krvi i injekcijama (uživo).* U ovoj je fazi prije samog izlaganja bilo potrebno napraviti hijerarhiju podražaja koji izazivaju anksioznost kako bi se izlaganje planiralo što učinkovitije.

Hijerarhija anksioznih podražaja – situacija i razina anksioznosti. Subjektivna procjena na ljestvici od 0 (uopće ne) do 100 (maksimalna)

- porezati se i vidjeti krv: 10 – 20
- pogled na vrata laboratorija za vađenje krvi: 20
- rukovanje iglom: 20
- prazna epruveta za krv: 40
- epruveta s krvi izložena na stalku: 50
- prazna epruveta u pacijentovim rukama prije vađenja krvi: 60
- ulazak u laboratorij za vađenje krvi: 70
- traženje vene: 80
- gledanje polaganog curenja krvi iz vene u epruvetu: 80
- ulazak same igle u venu: 100

Usljedio je izlaganje uživo.

Izlaganje u živo (domaća zadaća):

- igranje iglom za vađenje krvi kod kuće dok uči (1 tjedan)
  - bockanje iglom u vrhove prstiju i istiskivanje krvi (1 tjedan)
  - igranje epruvetom koja je napunjena vodom i kečapom (1 tjedan)
  - prolazak ispred laboratorija za vađenje krvi i pogledavanje u epruvete s krvi pored prozora
  - ulazak u čekaonicu laboratorija i zadržavanje u njoj
  - gledanje filma vađenja krvi kod kuće
4. *EMDR.* Usporedo s prvom fazom izlaganja uživo na dva je traumatska događaja i na buduće ponašanje kod vađenja krvi primijenjen EMDR.

EMDR se odvija u 8 faza (6):

1. Anamneza klijenta i programiranje terapije
  - Najprije se prikupljaju informacije o klijentu, povijesti poremećaja i traumatskim iskustvima
  - Zatim se radi analiza klijentove podobnosti za EMDR i sposobnosti za upravljanje visokim stupnjem poremećaja izazvanog elaboracijom nefunkcionalne informacije
  - Na kraju se određuje *target* (ključan događaj): iz prošlosti, sadašnjosti ili budućnosti.

U opisanom kliničkom slučaju postoje 3 ključna događaja:

- traumatski događaj vađenja krvi u dobi od 4 godine
- nesvjestica u laboratoriju pred studentima
- buduće ponašanje tijekom njegova vađenja krvi.

#### 2. Priprema

- obvezna izgradnja odnosa klijenta i terapeuta (terapeut mora stvoriti savez s klijentom, definirati zajedničke ciljeve i dogovoriti se s njime o važnosti govorenja istine, tj. iznošenja svega što klijent uočava)
- psihoedukacija
- dozvola od strane klijenta
- tehnike relaksacije
- „Sigurno mjesto“

#### 3. Procjena

Cilj je doći do *targeta* za elaboraciju (obradu) EMDR-om stimulirajući primarne aspekte traumatskog doživljaja koji je ostao u sjećanju. Moramo definirati *target* koji se sastoji od nekoliko elemenata.

### Target

- slika (koja slika predstavlja najgori dio doživljaja?)
- negativno uvjerenje – negativna samoprocjena u sadašnjosti (koje se riječi vežu uz sliku i izražavaju negativno uvjerenje o sebi u ovom trenutku? Npr. „Ja sam nemoćan“, „Ja ne vrijedim“, „Nemam kontrolu“, „Ja sam loša osoba“, „Ja sam kriv“.)
- pozitivno uvjerenje (Misleći na sliku ili događaj, što bi klijent u ovom trenutku želio vjerovati o sebi? Npr. „Ja vrijedim“, „Ja sam dobra osoba“, „Ja imam kontrolu“. Misleći na sliku/događaj koliko točnim osjeća ove riječi sada: na ljestvici od 1 (potpuno netočno) do 7 (potpuno točno)
- emocije (Misleći na sliku/događaj i na riječi (negativna uvjerenja), koje emocije osjeća u ovom trenutku, ne u trenutku traumatskog događaja?)
- subjektivna procjena smetnji na ljestvici od 0 (bez smetnji) do 10 (najgore zamislive smetnje)
- mjesto fizičke senzacije (gdje osjeća smetnje u svom tijelu).

Target i svi elementi važni za elaboraciju u opisanom kliničkom slučaju:

Target: traumatski događaj vađenja krvi u djetinjstvu

- Slika: pacijent kao malo dijete sjedi u krilu medicinske sestre. Ona ga drži i još dvije joj pomažu. Urlaju da će mu, ne bude li miran, puknuti vena. On se trga i vrišti
- Negativno uvjerenje: u opasnosti sam, umrijeti ću.
- Pozitivno uvjerenje: nisam u opasnosti, neću umrijeti, na sigurnom sam; vjerujem u to 2 (na ljestvici od 1 do 7).
- Emocije: strah, panika
- Subjektivne smetnje: 10 (na ljestvici od 0 do 10)
- Mjesto fizičke senzacije: grlo, prsa.
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

Target: traumatski događaj vađenja krvi – nesvjestica

- Slika: skupina studenata u laboratoriju, nesvjestica u trenutku kada kolega treba zabiti iglu

- Negativno uvjerenje: ja to ne mogu
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7)
- Emocije: strah, tuga
- Subjektivne smetnje: 10 (na ljestvici od 0 do 10)
- Mjesto fizičke senzacije: grlo, prsa
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

Target: buduće ponašanje pri vađenju krvi

- Slika: predodžba samog sebe kako odlazi u laboratorij i uspješno vadi krv bez nesvjestice
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7)
- Bilateralna stimulacija: najprije pokreti očiju pa bilateralno tapkanje po rukama.

Slijedi preostalih pet faza u kojima se najprije obrađuje prvi ključni (traumatski) događaj, zatim drugi događaj, a potom buduće ponašanje, koje se obrađuje bez četvrte faze, tj. kreće se od pete faze.

#### 4. Desenzibilizacija

Cilj ove faze je elaborirati (obraditi) traumatsko iskustvo tj. sve asocijativne kanale koje ono izaziva do konačnog adekvatnog razrješenja (stupanj smetnji trebao bi biti 0).

Kad se osoba koncentrira na sliku, negativno uvjerenje, emocije i fizičke senzacije, započinje se s bilateralnom stimulacijom. Bilateralna stimulacija, tj. pokreti očima koji se najčešće koriste (ili drugi oblici naizmjenične stimulacije lijevo/desno – naizmjenično tapšanje/lupkanje po desnom i lijevom dlanu, zvučni signali u lijevom pa desnom uhu) traju 24 ili više dvostrukih pokreta kod vrlo emocionalnih reakcija (jedna serija). Pogled slijedi dva prsta terapeuta podignuta prema gore s dlanom okrenutim prema klijentu na udaljenosti od lica od 30/35 cm. Terapeut pokreće dva prsta u horizontalnom smjeru najprije usporeno, a zatim sve brže do maksimalne brzine koja se podnosi bez tegoba. Prsti se mogu kretati i dijagonalno, te vertikalno ili čak u obliku broja 8, ovisno o tome što najbolje odgovara klijentu, iako se preferira prvi način. Poslije svake serije bilateralne stimulacije klijent nam daje povratne informacije o promjenama i asocijacijama. Jednostavno ga pitamo čega se sjetio. Na taj se način mogu otvoriti različiti asocijativni kanali.

Kad se otvori jedan asocijativni kanal treba nastaviti s bilateralnom stimulacijom u različitim

serijama sve dok klijent ne izjavi da nema ništa novog u vezi s tom temom. Vraća se na sliku tj. na sjećanje (u kojem slika može biti promijenjena) i započinje elaborirati sljedeći kanal. Treba obraditi svaki kanal do kraja i doći do stupnja smetnji koje pacijent procjenjuje sa 0.

Elaboracija informacije može se blokirati. U tom je slučaju moguće raditi na promjeni vrste bilateralne stimulacije ili, ako se primjenjuju pokreti očiju, mijenjati smjer, dužinu serije, brzinu i visinu. Korisna može biti i koncentracija na fizičke senzacije.

Terapeut vrlo često, da bi se postiglo aktiviranje blokirane elaboracije ili u slučaju iznimno emotivne elaboracije, primjenjuje i tzv. kognitivno-integrativnu intervenciju. Orijentirana je na tri teme: odgovornost, sigurnost i izbor (kontrola) (npr. kod silovanja se klijenticu pita: „Tko je odgovoran?“, „Čija je krivnja?“, „Može li ti sada nauditi?“, „Sad sam odrasla i mogu birati s kim ću biti“)

U ostalim situacijama nije potrebna terapeutova intervencija. Točnije, preferira se smanjena aktivnost (uključenost) terapeuta, jer bi se na taj način moglo omesti prirodni proces obrade informacija.

Na sljedeću se fazu prelazi nakon elaboriranja svih kanala i smanjenja subjektivnih smetnji na 0.

#### 5. Instalacija

Cilj je ove faze povećati veze u pozitivnoj kognitivnoj mreži. Klijent se koncentrira na sliku događaja, emocije i senzacije, ali sada se oni povezuju s pozitivnim uvjerenjem.

Što bi klijent pri pomisli na sliku ili događaj u ovom trenutku želio vjerovati o sebi? Npr.: „Ja vrijedim“, „Ja sam dobra osoba“, „Ja imam kontrolu“. Koliko točnim osjeća te riječi sada na ljestvici od 1 (potpuno netočno) do 7 (potpuno točno).

U opisanom kliničkom slučaju:

- Pozitivno uvjerenje: nisam u opasnosti, neću umrijeti, na sigurnom sam; vjerujem u to 2 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* traumatski događaj vađenja krvi u djetinjstvu
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* traumatski događaj vađenja krvi – nesvjestica
- Pozitivno uvjerenje: ja to mogu; vjerujem u to 3 (na ljestvici od 1 do 7) kod *targeta* buduće ponašanje pri vađenju krvi.

Slijedi bilateralna stimulacija.

Faza završava kad je uvjerenje u točnost pozitivnog uvjerenja maksimalno, tj. procijenjeno sa 7.

#### 6. Skeniranje tijela

Od klijenta se traži usmjeravanje (koncentracija) na sliku, pozitivno uvjerenje, mentalno ispitivanje tijela počevši od glave naniže i prepoznavanje svih zaostalih napetosti koje se manifestiraju putem raznih oblika fizičkih senzacija.

Terapeut provjerava postoji li točka u kojoj pacijent osjeća napetost, ukočenost ili čudnu senzaciju. Slijedi bilateralna stimulacija do potpunog nestanka neugodnih fizičkih senzacija.

#### 7. Zatvaranje

Klijenta je na kraju seanse (u trajanju od oko 90 minuta) potrebno dovesti u stanje emocionalne ravnoteže kako u slučaju kada je elaboracija bila kompletna, tako i u slučaju kada nije (relaksacija, sigurno mjesto). Potrebno ga je informirati o tome da se ometajuće slike, misli ili emocije mogu pojaviti između dviju seansi i da su dokaz dodatne elaboracije, pa su stoga i pozitivan znak. Klijenta valja uputiti da vodi dnevnik o mislima, situacijama, snovima i negativnim sjećanjima koja se mogu pojaviti.

#### 8. Ponovna procjena: praćenje u sljedećoj seansi

Terapeut od klijenta traži da se koncentrira na obrađeni *target*, pita ga postoje li smetnje kako bi se provjerilo jesu li se održali terapijski učinci te između ostalog analizira i dnevnik.

#### 5. Kognitivno-bihevioralne tehnike (treći dio):

- Autogeni trening (vježbanje autogenog treninga, koji je poslužio za opuštanje prilikom izlaganja)
- Izlaganje slici vađenja krvi u uredu (paralelno s izlaganjem uživo, u fazi prije gledanja snimke) – sistematska desenzitizacija
- Kognitivno restrukturiranje (kognitivno restrukturiranje iracionalnih misli o vađenju krvi i nesvjestici). Restrukturirane su sljedeće iracionalne misli: „Prilikom vađenja krvi sigurno ću se onesvijestiti“, „Nikad neću uspjeti izvaditi krv“.
- Završno izlaganje u živo (nakon EMDR-a, sistematske desenzitizacije i kognitivnog restrukturiranja):
  - Pacijent je sjedio dva sata u laboratoriju za vađenje krvi i gledao vađenje krvi drugima (anksioznost se sa 50 spustila na 0).

- Nakon sedam dana vadio je krv u sjedećem položaju (početna je anksioznost kratkotrajno bila 70 i spustila se na 0).
- Nakon sedam dana vadio je krv drugoj osobi (početna je anksioznost bila 50 i spustila se na 0).

## EVALUACIJA TRETMANA

Na kraju primjene EMDR-a sjećanje na traumatski događaj iz djetinjstva više nije izazivalo nikakve subjektivne smetnje i fizičke senzacije i pacijent je uz njega vezao pozitivno uvjerenje: „Nisam više u opasnosti i neću umrijeti“. Drugi traumatski događaj pacijent također doživljava bez subjektivnih smetnji i fizičkih senzacija te vjeruje da može izdržati vađenje krvi. I zamišljanje postupka budućeg vađenja krvi dovelo je do stupnja uvjerenja 7 (od 7) da on to može izdržati.

Nakon primjene svih navedenih kognitivno bihevioralnih tehnika pacijent u završnom izlaganju u živo uspio se izložiti vlastitom vađenju krvi i uspio je izvaditi krv drugoj osobi bez rušenja u nesvijest.

## PRAĆENJE (*FOLLOW UP*)

Nakon 3 mjeseca psihoterapije pacijent se uspješno suočavao sa situacijom vađenja krvi, kako u situaciji kada je pacijent, tako i u situaciji kada on mora vaditi krv kolegama za vježbu. Uspješno slijedi program studija medicine.

SMS komunikacija nakon 4 godine potvrđuje učinkovitost trajanja rezultata tretmana: „Pozdrav, uspješno sam na 6. godini. Izlaganje ima svojih dobrih i loših strana. Primijetio sam da u situacijama kada ima puno ljudi oko mene ili kada se probudim s manje samopouzdanja teže toleriram, pa sam par puta morao odvratiti pogled ili sjesti sa strane, ali nisam se onesvijestio. No, s druge strane, u nekoliko sam navrata i spašavao druge kolege koji su padali po kirurškim dvoranama. Rekao bih da je stanje zadovoljavajuće, ali praksom moram steći više samopouzdanja, što mi je i nekakav plan za ovu godinu. Pozdrav.“

## ZAKLJUČAK

Nakon 10 jednosatnih susreta pacijent se uspješno, bez nesvjestice izlagao vađenju krvi (i situacijama u kojima se krv vadi njemu i situacijama u kojima on vadi krv drugima). Rezultati tretmana učinkovito su se održali i nakon 4 godine. Andrews, Creamer, Crini i sur. (3) navode da kognitivno bihevioralni tretman sa specifičnim fobijama traje otprilike od 6 do 8 susreta. U ovom je slučaju trajao nešto dulje, jer je kombiniran s EMDR-om. EMDR se primjenjivao radi elaboracije traumatskih iskustava s nesvjesticom prilikom vađenja krvi. Njegovu korist u el-

boraciji traumatskih iskustava u kombinaciji s kognitivno-bihevioralnim tretmanom ističu De Jongh i Ten Broeke (4). Naglašava se njegova korist u smanjenju početne anticipirane anksioznosti u prvom dijelu tretmana, čime se zatim olakšava izlaganje zastrašujućim podražajima u drugom dijelu tretmana, u kojem su primijenjene i ostale navedene kognitivno-bihevioralne metode.

## LITERATURA

1. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
2. Thyer B, Himle J, Curtis G. Blood injury – illness phobia: a review. *J Clin Psychol* 1985; 41: 451-9.
3. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and patient Manuals.* Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
4. De Jongh A, Ten Broeke E. Treatment of Specific Phobias with EMDR. Conceptualization and Strategies for the Selection of Appropriate Memories. *J EMDR Practice Res* 2007; 1: 46-56.
5. Kleinknecht RA. Rapid treatment of blood and injection phobias with EYE Movement Desensitization and Reprocessing. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993; 24: 211-17.
6. Shapiro F. *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari.* Milano: McGraw-Hill Libri Italia srl, 2000.
7. Abel NJ, O'Brien JM. EMDR treatment of comorbid PTSD and Alcohol dependence: A case example. *J EMDR Practice Res* 2010; 4: 50-9.
8. Arnone R, Orrico A, D'Aquino G i sur. EMDR and psychopharmacological therapy in the treatment of the post-traumatic stress disorder. *Riv Psichiatria* 2012; 47: 8-11.
9. Bossini L, Casolaro I, Santarnecchi E i sur. Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Riv Psichiatria* 2012; 47: 12-15.
10. Shapiro F. EMDR and early psychological intervention following trauma. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 2012; 62: 241-51.
11. Faretta E. EMDR and cognitive – behavioural therapy in the treatment of panic disorder: a comparison. *J EMDR Practice Res* 2013; 7: 121-33.
12. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Rydbera JA i sur. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: a pilot study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 2012; 62: 205-12.
13. Adler Tapia R., Settle C. Specialty topics on using EMDR with children. *J EMDR Practice Res* 2012; 6: 145-53.
14. Ribchester T, Yule W, Duncan A. EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: attentional, memory and attributional processes. *J EMDR Practice Res* 2010; 4: 138-47.
15. Van Etten M., Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: A meta analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998; 5: 126-44.

16. Barrionuevo G, Schottler F, Lynch G. The effect of repetitive low-frequency stimulation on control and potentiated synaptic responses in the hippocampus. *Life Sci* 1980; 27: 2385-91.
17. Larson J, Lynch G. Theta pattern stimulation and the induction of LTP: The sequence in which synapses are stimulated determines the degree to which they potentiate. *Brain Res* 1989; 489: 49-58.
18. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *J Clin Psychol* 1995; 63: 928-37.
19. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR i sur. Pre-intra and post-treatment EEG imaging of EMDR- neurobiological bases of treatment efficacy. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 1.
20. Spielberger CD, Gorsuch L, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
21. Beck AT, Steer AS, Brown KB. Priručnik za BDI - II. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009.
22. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. New Jersey: Erlbaum, 1999.
23. Kostelić-Martić A, Jokić-Begić N. Priručnik: Wartegg test crteža. Zagreb: Centar za kognitivno-bihevioralnu terapiju, 2003.

## SUMMARY

### THE EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) METHOD AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PHOBIAS OF BLOOD AND INJECTIONS

A. KOSTELIĆ-MARTIĆ

*Center for Cognitive-Behavioral Therapy, Zagreb, Croatia*

*This case concerns the specific phobia of blood and injections in a 20-year-old patient who was, during the second year of medical studies, required to practice drawing blood and have blood drawn. After fainting two times in a row in the laboratory, he sought help. The goal of the treatment was exposure to the drawing of blood (self and others) without passing out. Treatment consisted of several parts. The first was related to psycho-education about the nature of anxiety and specific phobias. Other techniques included abdominal breathing and autogenic training. The third part consisted of gradual exposure to blood and injections, and in the fourth we worked on negative automatic thoughts and cognitive restructuring techniques. The EMDR method (Eye Movement Desensitization Reprocessing) was used as an additional method for the elaboration of trauma of blood tests. After 10 treatments (of 1 hour), the client had been successfully exposed to drawing blood without fainting and continued medical studies, which had initially been jeopardized.*

**Key words:** phobia of blood and injections, cognitive-behavioral therapy, EMDR