

האפקטיביות של EMDR - תגובה

אילן שפירא

מאמר זה התפרסם ב"עיתונות" באוגוסט 2001

מבוא

במשך העשור האחרון EMDR התפתחה מטכניקה פשוטה למדי, לשיטה אינטגרטיבית מורכבת המשלבת עקרונות מגישות טיפוליות מוכרות, יחד עם תהליכים ופרוטוקולים ייחודיים, לטיפול בהפרעות שונות. בתחילה, השם EMDR נבע מהבלטת מרכיב יוצא דופן אחד, של תנועות העיניים. כיום מודגשת החשיבות של הכללת כל מרכיבי השיטה, על כל שלביה הקליניים, כדי להשיג תוצאות טיפוליות אופטימליות. נראה עכשיו כי שם אחר, כמו למשל "Accelerated Reprocessing Therapy" (ART), יכול היה להתאים יותר היום מבחינה זאת, אולם השם EMDR נשמר כלוגו מסיבות היסטוריות.

החלק הראשון של מאמר זה מתייחס למעמד השיטה ולמצב המחקרים המבוקרים ב-EMDR. החלק השני מציג תגובות והערות לדיווח המופיע בעלון זה בנוגע ל-EMDR, תוך התייחסות כללית לסוגיות בחקר שיטת ה-EMDR.

א. מחקרים מבוקרים ב-EMDR *

קיים בסיס רחב של דווחי מקרה ומחקר מבוקר התומכים בכך ש-EMDR הנה שיטת טיפול תקפה בטראומות. ההנחיות הנוכחיות לטיפול של החברה הבינלאומית למחקרי לחץ טראומתי קבעו את ה-EMDR כטיפול יעיל ל-PTSD - (Chemtob, Tolin, Van der Kolk & Pitman, 1999).

עד ש-EMDR הוצג לראשונה במחקר מבוקר (Shapiro, 1989a) כשיטה לטיפול בהפרעת לחץ פוסט-טראומתי (PTSD), התפרסמה רק תוצאה של מחקר מבוקר אחד של הפרעה זו (Peniston, 1986). מחקר זה השווה 45 פגישות של הרפיה ודה-סנסטיזציה נעזרת בביו-פידבק לקבוצת בקורת ללא טיפול. דווח על הבדלים משמעותיים במתח שרירים ובמדדים לא מתוקננים של סיוטים וחרדה. ב-1989, יחד עם מחקרה של שפירא, התפרסמו שלושה מחקרים מבוקרים אחרים על PTSD. המחקר של Brom et al. (1989) השווה תוצאות טיפול פסיכודינמי, היפנותרפיה ודה-סנטיזציה המבוססים על 16 פגישות בממוצע. התוצאות של הטיפול הקליני בשלושת השיטות היו זהות (בעל אפקט קליני זעיר), זאת על פני מדדים שונים. המחקר של Cooper & Clum (1989) השווה הצפה לטיפול סטנדרטי של VA (שירותי השקום של הצבא האמריקאי) ודווח על תוצאות קליניות קטנות. מספר הפגישות היה 6-14 ואחוז הנשירה - 30%. המחקר של Keane et al. (1989) השווה הצפה לקבוצת בקורת של ממתניים לטיפול ודווח על תוצאות קליניות מזעריות לאחר 14-16 פגישות. בניגוד לשלושת המחקרים הנ"ל (Shapiro 1989 a) דווחה על תוצאות טיפוליות ניכרות עם EMDR (שאז נקרא EMD) לאחר פגישה אחת בלבד. המספר המועט של מחקרים מבוקרים לגבי טיפול ב-PTSD הודגש ע"י (Solomon, Gerrity, & Muff (1992), אשר סקירתם על הספרות המחקרית מגלה רק ששה מחקרים (לא תרופתיים) והם מסיקים כי כל המחקרים אותם העריכו סובלים "ממגבלות מתודולוגיות" וכי יש צורך במחקר נוסף כדי שגישות אלה יתוארו כיעילות ויהיו טיפול בר-קיימא ב-PTSD (ע' 637). בקונטקסט זה הוחלט ללמד קלינאים המעוניינים ללמוד EMDR כ"שיטה ניסויית" (בתנאי שיקבלו את הסכמת

מטופליהם) ולהמשיך לעשות זאת עד שנעשו מחקרים עצמאים. רק שני מחקרים מבוקרים ללא EMDR (מלבד מחקרים תרופתיים וביו-פידבק הנעזר במכונה) הופיעו מאז : Marks, et al. (Richards et al., 1994: al. 1998) בשני מחקרים אלו השתמשו בקומבינציה של חשיפה דמיונית ואמיתית בעיקר עם קורבנות של טראומה בודדת. החוקרים דווחו ש – 80% מהנבדקים בקירוב כבר לא היה PTSD בעקבות 50-120 שעות חשיפה. תוצאות דומות, עם כמות דומה של טיפול, דווחו לגבי טיפול קוגניטיבי של הבנייה מחדש במחקר של Marx et al (1988). בניגוד לכך המחקרים האחרונים של EMDR מראים ש – 84%-100% מבין קורבנות של טראומה בודדת אינם מראים יותר סימני PTSD לאחר 3 פגישות של 90 דקות.

ב –1995 לאחר סיום של שמונה מחקרים מבוקרים, הוסרה הכותרת "ניסויית". EMDR נחשבת כיום לצורה סטנדרטית של טיפול. ב –1995 מחלקת ה-APA¹², (סקציה הקלינית של איגוד הפסיכולוגיה האמריקאית) יזמה פרוייקט לקביעת מידת התמיכה האמפירית שיש לשיטות טיפוליות שונות. סוקרים עצמאיים (Chambless et al 1998) מיקמו לאחרונה את ה- EMDR ברשימה של "מחקרים תקפים אמפירית", כ"יעילים כנראה עבור PTSD אזרחי". באותו הזמן, טיפול של חשיפה (הצפה) ו – Stress Inoculation Therapy (SIT) תוארו כ"כנראה יעילים ל – PTSD", בעוד ששום שיטות טיפול אחרות לא נשפטו כנתמכות אמפירית ע"י מחקר מבוקר לגבי כל אוכלוסייה של PTSD. ההנחיות הטיפוליות הנוכחיות של החברה הבינלאומית של מחקרי לחץ פוסט-טראומתי מציינות את ה- EMDR כיעיל ל- PTSD (Chemtob, Tolin, Van der Kolk & Pitman 1999). מטה-אנליזה של כל הטיפולים הפסיכולוגיים והתרופתיים ל – PTSD מדווח: "התוצאות של המחקר הנוכחי מציעות ש – EMDR מועיל ל – PTSD ושהוא יותר יעיל מטיפולים אחרים", (Van Etten & Taylor 1998).

ראה גם: Allen, Keller & Console, 1999; Feske, 1998; Lipke, 1999; Spector & Read, 1999.

ב. תגובה למחקרים שנסקרו

שלושת המחקרים שנסקרו בעלון זה ודיווחו תוצאות שליליות, לכאורה, מסייעות להדגים את הבעייתיות בחקר ה- EMDR. רק המחקר הראשון מתייחס לתחום הטראומה ו- PTSD, השניים האחרים מתייחסים לתחום החרדה בו יש עדויות קליניות רבות של אפקטיביות, אולם המחקר עדיין אינו מבוסס.

1. המחקר של Macklin ואחרים (2000) מתייחס למעקב שנעשה למחקר המקורי של Pitman ואחרים (1996). במדגם המקורי השתתפו 17 ניצולי מלחמת וייטנאם עם דיאגנוזות של PTSD כרוני שעברו טראומות מרובות. הנבדקים נחלקו למעשה (ללא במתכוון) לשתי קבוצות EMDR : באחת השתמשו בתנועות עיניים ובשנייה - בצירוף של מבט קבוע (forced eye fixation) נקישות ידיים (hand taps) ותנועות ידיים בילטרליות – מעין וריאציה של EMDR. שתי הקבוצות הראו שיפורים מסוימים במדדים של דיווח עצמי.

מבחינה מתודולוגית יש מספר מגבלות במחקר זה: מדגם קטן, הערכות מהימנות (Fidelity Ratings) נמוכות (ממוצע 3 בסולם 0-6), זמן והיקף טיפול לא מספיק עבור נבדקים עם טראומות מרובות, העדר מעקב. למעשה היה זה מחקר של ניתוח מרכיבים ולא מחקר אפקטיביות (Lipke 1993).

המגבלה הרצינית ביותר במחקרם של Pitman ואחרים הייתה העובדה שהטיפול התמקד רק בשני זיכרונות עם אוכלוסייה שעברה טראומות מרובות ולא היה ניסיון להתייחס להיסטוריה הטרומטית המלאה. במקרה של טראומה בודדת טיפול ממוקד יכול להביא לשיפור משמעותי בכל הסימפטומים. מצד שני במקרה של מטופלים שחוו טראומות מרובות יש צורך בעיבוד של הטרומטות השונות לפני שאפשר לצפות לשיפור יציב בתמונה הסימפטומטית ודיאגנוסטית.

לכן, במאמרו של Macklin ואחרים (2000), התוצאות של המעקב לאחר חמש שנים היו צפויות מראש בהתחשב במגבלות הרבות במחקר המקורי שצוינו.

מחקרים אחרים ב- PTSD שהשתמשו בפרוטוקול המלא של EMDR הראו תוצאות משמעותיות ויציבות. למשל מחקרו של Carlson ואחרים (1998) מצא כי כ- 80% מניצולי מלחמת וייטנאם עם PTSD, לאחר 12 טיפולים של EMDR כבר לא קבלו דיאגנוזה של PTSD. במחקרים נוספים (Scheck et al.98; Wilson et al.97; Marcus et al.97; Rothbaum et al.97) שגם הם השתמשו בפרוטוקולים מלאים, נמצא כי 77% עד 90% מהנבדקים כבר לא קבלו דיאגנוזות של PTSD אחרי כ-5 שעות טיפול ב- EMDR זאת בהשוואה לטיפול לטיפול בחשיפה שבהם נדרשו מ- 50 ועד 100 שעות טיפול ושיעורי בית כדי להשיג תוצאות דומות.

2. מאמרו של Carrigan & Levis. כאן לא נחקר מדגם קליני, אלא סטודנטים עם קושי מסוים בדיבור מול קהל. הנבדקים נדרשו רק לעקוב אחרי 15 תנועות עיניים בזמן שהם חשבו על דימוי, שיננו אמירה קוגניטיבית שלילית ולאחריה הרפיה. מהלך זה שוחזר תשע פעמים. בסה"כ היו שתי דקות ו- 25 שניות של תנועות עיניים סטנדרטיות לכל נבדק. ההתערבות ה"טיפולית" כפי שמפורטת היא כעין פרודיה של EMDR שאינה עומדת בקריטריונים של מהימנות לשיטה. לכן מאמר זה אינו רלוונטי לחקר שיטת ה- EMDR.

3. מאמרו של Muris ואחרים (1998). חוקרים אלו מאוניברסיטת מאסטרסכט שבהולנד בצעו שלושה ניסויים בתכנון דומה שהשוו EMDR עם חשיפה בטיפול בפוביות עכבישים. נסוי אחד היה עם מבוגרים ושניים היו עם ילדים. במחקר הני"ל, לקבוצת הילדים שקבלה EMDR היו הטבות מובהקות במדד של דיווח עצמי בהשוואה לקבוצת הביקורת. אולם הקבוצה שטופלה בחשיפה IN VIVO הגיעה לתוצאות טובות יותר. ידוע שחשיפה היא שיטה מועילה לטיפול בפוביות עכבישים. יחד עם זאת יש מספר הערות מתודולוגיות: קיימת מגבלה למשמעות הממצאים עקב אי ביצוע של הפרוטוקול המלא של EMDR לפוביות. למשל, לא נעשה השלב של טיפול בחרדת צפייה (Anticipatory Anxiety).

נקודת תורפה נוספת של המחקר היא, שניתן כמובן לנבא, שטיפול דרך חשיפה לעכביש אמיתי ישיג תוצאות טובות כמדד התנהגותי של הימנעות – כי זאת הייתה גם השיטה בה טיפלו בפוביה. הנבדקים בקבוצת EMDR התבקשו בסוף הטיפול לראות ולגעת, לראשונה עבורם, בעכביש אמיתי. לעומת זאת, בקבוצת החשיפה, שגם בה נדרשו לגעת בעכביש אמיתי הייתה כבר חשיפה בפועל של שעתיים וחצי לאותו עכביש קודם לכן, (De Jongh et al, 1999).

EMDR אינה טוענת להיות הטיפול הטוב ביותר עבור כלל הפוביות, במיוחד לא במקרים שלפוביה אין בסיס טראומתי. ייתכן שחשיפה טובה יותר עבור פוביות מסוימות. למרות זאת, לא תמיד **כדאי או אפשר** להשתמש בחשיפה בחדר הטיפולים מסיבות שונות: כלכליות (פחד טיסה) נוחיות או סיבות אתיות (חשיפה לנחשים, עקרבים או ניתוחים וכו') או בגלל משך הזמן הארוך יותר הדרוש לחשיפה. במקרים כאלה EMDR יכול להיות טיפול חסכוני יותר. ייתכן שבסופו של דבר יתברר שצירופים של EMDR עם "חשיפה" יוכחו כמועילים ביותר לטיפול בפוביות.

באופן כללי חשוב לציין שרוב המחקרים שנעשו בנושא של פוביות ספציפיות ו- EMDR התייחסו משום מה לפוביות מעכבישים. יש מקום להטיל ספק עד כמה פוביה מעכבישים אופיינית או מייצגת פוביות אחרות. מבחינה קונצפטואלית EMDR מונחה על-ידי ההנחה שדיספונקציות נוכחיות נובעות ומושפעות מחוויות או מאירועים בעבר. במקרה של פוביות מעכבישים בדרך כלל לא מוצאים אטיולוגיה של חוויות טראומטיות מוקדמות שיכולה להסביר את ראשית הפחד (De Jongh et al, 1999). הא-טיפיות של פחדים מעכבישים נתמך בממצאים שעוצמת הפחד קשור יותר ל**גועל** ולרגישויות לזיהום

(contamination) (Mulkins et al, 97) כלומר – אנשים רבים אינם אוהבים עכבישים כי הם נגעלים מהם ולא דווקא עקב טראומה.

הקריטריון, של ליטוף עכבישים בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי אינו בהכרח המטרה של טיפול ב- EMDR. ב- EMDR ייתכן שמרכיב הגועל, שקיים אצל רוב האוכלוסייה לגבי עכבישים, יישאר בעוד הגורם האמוציונאלי המוגזם של הפחד ינוטרל ברמה הנכונה אקולוגית לפרט. הרי יש גם עכבישים מסוכנים והזהירות מסויימת במקומה. (אדם שפחד מאש לא חייב להכניס את ידו ללהבה!)

בסיכום

חקר ה- EMDR לעתים נתקל בקשיים הנובעים מחוסר הבנה מספקת של מהות השיטה, מטרותיה ומרכיביה.

עקרונות השיטה מונחים ע"י מודל של עיבוד אינפורמציה מזורז של המוח. לפי מודל זה קיים מנגנון טבעי שמסוגל להשלים את העיבוד של חוויות קשות שנתקעו בזיכרון במצב של state-dependence בעקבות אירוע טראומטי, דרך גישה ישירה לרשת התפיסות הדיספונקציונליות. מטרת הטיפול היא להפעיל מנגנון זה כדי להתחיל תהליך שבסופו של דבר ישחרר את המטופל מכבלי העבר הבלתי סתגלנים, לאפשר בחירות חדשות בריאות יותר בהווה ובעתיד. מודל זה מקבל תמיכה אמפירית מממצאים ניירו-פיסיוולוגיים

ראשוניים שיוצאים ממעבדת Bessel Van Der Kolk (1999) של צילומי סריקות מוח לפני ואחרי טיפול ב- EMDR .

הגירוי הביולטרלי, הנו רק מרכיב אחד בלבד במערך הטיפול המסייע בהפעלת מנגנון העיבוד וחייב להיות מותאם תוך רגישות למטופל במהלך הטיפול. תנועות העיניים לבדן אינן מספיקות. EMDR היא שיטה אינטגרטיבית ומורכבת בעלת שמונה שלבים הכוללת מרכיבים רבים ופרוטוקולים ייחודיים לסוגי הפרעה שונים.

מחקרים השואפים לבדיקה אמפירית של EMDR חייבים קודם כל להבטיח נאמנות לשיטה (Fidelity) ולא להסתפק בלקיחת אלמנטים בודדים וחלקיים המתבצעים ע"י מטפלים שאינם מומחים בשיטה זו.

ביבליוגרפיה עיקרית

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II., The Clinical Psychologist, 51, 3-16.

Chemtob, C.M., Tolin, D., Van Der Kolk, & Pitman, R. (November 1999). Treatment Guideline for EMDR. In ISTSS PTSD Treatment Guidelines (Chair: Edna Foa). International Society for Traumatic Stress Studies. Miami, Florida.

De Jongh, A. ten Broeke, E. and Renssen, M.R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Research, protocol, and application. Journal of Anxiety Disorders, 13, 69-85.

Shapiro, F., (1995a). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (1999) Eye movement desensitization and reprocessing (emdr) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated **psychotherapy treatment**. Journal of Anxiety Disorders, 13, 35-67.

Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 165-174.

Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy, 5, 126-144.

מקורות מידע מרשימת דיון אלקטרונית ע"י : Francine Shapiro, Louise Maxfield, Ad de Jongh ,

* (מתורגם ממאמר מהאתר של מכון EMDR)

www.emdr.org.il עבור רשימת ביבליוגרפיה מלאה ומעודכנת ראו