

## EMDR ונפגעי טרור: חלק ב

בחלק זה נציג טיפול EMDR מיידי לאחר ארוע טראומטי. הטיפול משלב דרכי טיפול בהלם יחד עם מרכיבים מ-EMDR. לטיפול זה עדיין אין פרוטוקול רשמי וברצוננו להביא סיכום של ניסיונו בטיפול בנפגעי טרור בחדר טיפול נמרץ. נציג את הפרוטוקול שהתגבש עד כה (סביר להניח שהוא יעבור עוד התפתחויות) וכן תיאור מקרה שידגים את השימוש בפרוטוקול. המטפלת בחדר טיפול נמרץ היא ד"ר ג'ודי גדליה המקבלת הדרכה מיידיית on line מפרנסיס יואלי.

### פרוטוקול של חדר טיפול נמרץ (ER) Protocol

#### EMERGENCY ROOM (ER) PROTOCOLS

Dr. Gary Quinn M.D

The immediate protocol is done within hours of a terrorist attack. This is not a protocol that has official sanctioning from the EMDR Institute but has been helpful in certain cases. Some of these patients come shaking unable to speak, and others will not talk although appearing quite distressed. This has been used in an emergency room setting (and afterwards in the Wards once moved out and not medically ready for discharge,). The first thing that is done is to normalize the experience when they are shaking uncontrollably or are overwhelmed. They are told that this is the body's healthy way of dealing with a dangerous situation. With those that appeared catatonic like and non-responsive EMDR was used to help them come out of their catatonic like state. The full protocol was not used. Instead the concept of dual attention was utilized. The patients in the ER are very 'in' their internal world, we present a way for them to 'focus' on the 'here and now' outside of their bodies, by seeing, hearing and 'feeling' the therapist during this ER intervention & augmenting this with Bi-Lateral Stimulation (Eye Movements [EM] or Hand Tapping [HT]) when appropriate. They also received a brief statement describing EMDR as similar to REM sleep that seems to have a calming effect on a person and helps them put things in proper perspective. The EM (or HT) are begun and they are told that they are in the emergency room and that they are safe. This is repeated several times. During the eye movements it was not unusual to see them re-experiencing the attack but after a while they began to calm down and communicate. They were informed regarding the fact that they may still have a day or two of disrupted sleeping or increase startle reaction. If they find these symptoms lasting longer than that and not subsiding they could seek further treatment. They are given a final medical exam, and are seen by a Social Worker and Psychiatrist/Psychologist before being discharged. On discharge they are given a fact sheet regarding this as well as the phone number to call for further treatment.

#### **EMDR Protocol for ER and Wards®**

**Judi Guedalia, Ph.D.** Director, Neuropsychology Unit Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel; Neuropsychologist and Licensed Psychologist #4976; Specialist in Developmental Psychology #5284; Supervisor and Specialist in Medical Psychologist # 6273; #6272; Supervisor and Specialist in Rehabilitation Psychology #4419; #5657; Chief Psychologist of MCE - Mass Community Events (ARAN is Hebrew Acronym) ER Team SZMC; EMDR Level II  
**and Frances Yoeli, MFT, CAC, LISW**

## SCREENING

When the patient is showing dissociative responses to the trauma, hysterical paralysis, fugue-like state, we don't attempt EMDR. As the Patients are usually in the ER for many many hours (5-8) opportunities present themselves to assess the patients ability to communicate by various means. The EMDR-ER<sup>©</sup> Protocol is used with patients who do not seem able to move on to the ambulatory staging area (are still on gurney's) and display difficulty in being able to re-assume normal- appropriate with the situation- physical and psychological, behavioral function Also EMDR is not used in the ER with patients who seem to have below borderline intelligence. I have used EMDR in the ER with patients whose language I didn't know (Amharic for example), with an interpreter present with good results.

## PREPARATION

### **1. Safe Contact –with dual attention elements:**

The patients are generally prone on a gurney (drawing attention inward to the recent trauma)and when I approach them I touch their arm and say hello in a *calm tone of voice*). Those who don't respond, I either touch in two places, and or stand in their line of vision as well as touch them. (drawing attention outward to the safe present). Points i-iii refer to that:

- i Approach Patient in ER
- ii Introduce Self
- iii Check if “Touch” appropriate

The patient is ‘grounded’ by **therapeutic calming presence and touch**. Keeping them in **Present** and giving a ‘reality check’ to the fact that they are now **safe**.

### **2. Introduce “EMDR Intervention” with Cognitive Neuropsychological “Lesson”:**

“When we experience Trauma, our brain takes in many sounds, feelings, images, smells and even tastes, at the same time. This sensory ‘avalanche’ of sensations coupled with real fear, fear of dying, gets encoded in our brain. The area of the brain that is ‘activated’ in such situations is called the Limbic System. This is the area that stores emotion in our brain. This area, and its ‘experiences and memories’, is not ‘easily’ accessed by speech, especially some time after the event has occurred, just by feeling, seeing, smelling etc.

We have found that before these images, smells, sounds etc, get ‘stored’ it is a good idea to talk and give them words. So we can access them later”.(in therapy if needed, we try to help patients give words to ‘speechless fear’).

The external attention created by the touch, calm tone of voice and safe presence of the therapist, are important for these hyper-aroused patients, who require ‘grounding’ .

## **ASSESSMENT**

### **3. Listening to the patients narrative/story of Event.**

The therapist takes notes without interrupting or asking for clarifications!

### **4-. Positive Cognitions:**

Be there with acceptance and safety of your physical presence – which act as ‘rebuttals’ because he/she is now safe and in the present.

You might whisper, again to reinforce the reality of the situation:

- i. ‘you are alive’
- ii. ‘you are safe now’
- iii. ‘you did get away from there’

### **5.. Negative Cognitions:**

Attend to ‘body language’ during recitation of story. Note agitation, of vocabulary specific to individual or cultural background, as it ‘punctuates’ narrative :

e.g. “Time stopped” .....“I can’t move; speak; hear”....“I was dead”

and use this to reflect/suggest NCs : “ I am helpless.....out of control.....going to die”

**6. Emotions:** Connect her/his words to the emotion, to narrow the ‘distance between the ‘words’ and the ‘feelings’ – the cognitive and the visceral.

Don’t be afraid to show your own emotions – by crying, soothing, it can help the patient ‘emote’.

## **PROCESSING: DESENSITIZATION & INSTALLATION of PC**

### **7. Processing:**

Ask to Repeat her/his Narrative as time in the ER goes on, and the patients are off the gurneys and onto chairs it is sometimes feasible to do bilateral stimulation. However, there is usually no ‘private’ space which is quiet or secluded enough to comfortably carry this out. Subtle tapping on hands, shoulders or knees may be more readily used (as active cooperation is not required here). Other patients who I have done EMDR on in the Wards did do it with Bilateral stimulation. In the ER there are many patients, I keep going around ( I take notes of each one so that I can keep the narratives in proper order) and coming back. Each time I return to the specific patient, I re-focus myself in their line of vision and/or touch them on their arm or another non-injured area and speak to them softly if their eyes are

closed. Most of the time the patients do NOT want to close their eyes, as the images that they see are so horrific, they prefer to leave their eyes open.

**8. Install Positive Cognition:** Use your notes of previous 'rendition' as a 'scaffold' to build a richer more complete 'story'. The therapist repeats again what was done previously, checking the patient's physical and emotional state. While using BLS if possible :

- i. Help incorporate sequential – time and place- concepts into narrative.
- ii. Subtly use her/his own language –from your notes- to repeat story, amplifying the points and sequence to reframe so that patients can see that he/she experienced / demonstrated:
  1. *control*
  2. *self determination*
  3. *power*
  4. *humanity of self or others*

in such a harrowing overall experience.

(COMMENT: the focus here is more on installation & creating a narrative) The narrative so created will be the one that will be 'crystallized' for future reference. We try to 'locate' 'identify' and 'reinforce' or 'imbed' the four above factors in their final narrative. We also try to aid in making this narrative as sequential and 'without holes' as possible. This process may take hours!

**9. Repeat points 7-9**, until Patient has **Reprocessed Event** and demonstrated that she/he has a 'speech-full' coherent account with generally appropriate affect.

**10.Reduction of Observable SUDS:** Goal is to get the patient up and out of gurney or chair, and ER.

## **BODY SCAN**

**11.** In the ER when using the EMDR-ER<sup>©</sup> Protocol attention to the body is directed at checking differences and changes of 'emotional tone' and physical signs as the process goes on rather than specifically asking the patient for a Body Scan, which with the physically injured tends to have another connotation (and you start to hear a more 'medicallized review'. Body Scan is more appropriate at the Final Discharge Staging Area, when its primary purpose is to check for residual unprocessed information which is stored in the body memories as a way of further reducing tension & leading into closure

## **CLOSURE & FOLLOW-UP.**

**12. Final Feedback** comes during final medical check

**13. Normalization:** Patient receives a prepared handout with information of normal responses to being present in an explosion for example- ringing ears; and acute stress- sleep disruptions, and nightmares.

They were informed regarding the fact that they may still have a day or two of disrupted sleeping or increase startle reaction..and that If they find these symptoms lasting longer than that and not subsiding they could seek further treatment. They are given a final medical exam, and are seen by a Social Worker and Psychiatrist/Psychologist before being discharged. On discharge they are given a fact sheet regarding this as well as the phone number to call for further treatment.

**14. social services consultation and release:** Is there a home to go to, is anyone there to pick up the individual from ER, and official release procedure from hospital, phone number of Bituach LeUmi for reference.

**15.** Patients are generally required to come back for follow up of their medical conditions, others not so injured, are told to be in contact with their family doctor and Bituach LeUmi.

=====

**תאור מקרה**

"הרגליים שלי, הרגליים שלי" (הנפגעת הייתה פצועה בזרועה).

**פגישה ראשונה**

19.6.02

**חדר מיון:**

אורלי, (שם בדוי) בחורה בת 19, הגיעה לחדר מיון בצרחות: "הרגליים שלי, הרגליים שלי" למרות שהייתה פצועה בזרועה. הרופאים והאחיות לא הצליחו להרגיעה כאשר הפשיטו אותה באמבולנס מבגדיה היא לא הראתה "אי נוחות", כפי שרגיל לראות לאחר פינוי לבית חולים.

התקרבותי למיטתה, החזקתי לה את היד ושאלתי לשמה. היא ענתה לי ושאלה לשלום חברתה. עניתי שחברתה בסדר והיא לא פצועה. אורית המשיכה לצעוק: "הרגליים שלי, הרגליים שלי". הראיתי לה את הרגליים שלה. הייתה לה טבעת על הבהן. שאלתי שאלות על הטבעת ואמרתי שכדאי להוריד אותה לפני שהרגליים יתנפחו. היא הסכימה והורדתי לה את הטבעת.

למחרת הזעיקו אותי לחדרה במחלקה כי היא בכתה וצרחתה ולא הצליחה להירגע למרות שאימה ישנה איתה במיטה (היא בת 19).

סיפרתי לה על ה- EMDR והיא הסכימה לשתף פעולה.

### 3 pm. 20.6.02

**מטפלת:** אני מבינה שהיה לך לילה קשה.

**א:** "כל התמונות חוזרות בלילה, אפילו עכשיו המראות חוזרות".

**מטפלת:** המראות חוזרות.

**א:** הרבה גופות, תמונות.

האיש ששוכב חצי

גופה בלונדינית – חצי ממנה

נראה כמו סרט

**מטפלת** מהנהנת בראשה מאשרת מה שנאמר ומוסיפה בשקט: "האיש הוא המחבל".

(אני מנסה להרחיק את המראות הקשים)

**א:** "היה משהו גדול, מאחורי התחנה".

אני לא יודעת.

כולם נפלו אנחנו היחידות שעמדו.

(אורלי נכנסת להתרגשות גבוהה)

"יתכן שהיא בחיים?" (אחרי שהגוף קטוע)

**מטפלת:** תלוי איפה בגוף, יש קטעי רגלים שחיים.

**א:** היה גם חייל פצוע בהלם, שותת דם שניסה לעזור.

**מטפלת:** OK, אני רוצה לעשות אתך משהו שקוראים לו EMDR. בדרך כלל אנשים מאוד נעזרים בזה, במיוחד

אנשים שעברו מראות קשים.

### Install safe place

אורלי בוחרת בתמונה של הר ממנו רואים את כל ירושלים. "זה מקסים".

NC: זה יכול לקרות גם לי.

אני מתה.

PC: אין ביטוח על החיים.

שתגיע הגאולה.

(אני מהנהנת בראשי לאישור ומחכה)

לא לפחד ואני יודעת שאפחד, פחדתי בקרית יובל (מקום בדוי) מחדירת מחבלים(אני מהנהנת בראשי לאישור וחוזרת על ההוראות של ההיגד החיובי)

יותר שולטת.

אני לא רוצה לפחד.

אני לא פוחדת.

**VoC:** הכי נמוך - 1, הכי נמוך.

### **רגש – Emotion**

התעצבנתי על הבן אדם שעשה את זה.

כעס.

### **(0-10) SUD's**

10

**תחושות בגוף**

אפוא בגוף?

לי? ברגליים.

### **דה-סינסיתזציה EM-**

אורלי נרדמת כשעיניה מרצדות בתנועות של REM.

לאחר חצי שעה עזבתי את אורלי. לא התרשמתי שיש לה סיוטי לילה.

פגישה שניה ב- 20.6.02, שעה 5:00 pm.

אינסטלציה של מקום בטוח. (EM 20)

**מטפלת:** את רוצה שנמשיך?

א: זה תמיד אצלי בראש (המראות).

שתי הגופות האלו שתיארתי לך בפעם הקודמת.

אני מתחילה בגרייה בילטרלית (EM)

באמצע תנועות העיניים אורלי מפסיקה ואומרת: "שמעת עכשיו בום?"

**מטפלת:** אולי זה צמיגים של אוטו?

EM 17 – עיניה סגורות ועפעפיה מרצדים.

EM 18

עיניה הפסיקו לזוז, היא לא פתחה את עיניה ולא דיברה.

המשכתי עם עוד EM 10.

אני עוברת לטיפוף HT-

HT 25

(HT 48 נראה שאורלי נרדמה. היא ישנה שינה עמוקה. אני יושבת לידה 25 דקות מתבוננת האם אישוניה נעים

מתחת לעפעפיה. אני לא רואה כל תנועה בעיניה. היא נושמת בכבדות. היא מתכווצת בשנתה פעמיים.

יום שישי - 21.6.02 פגישה שלישית - ביום המחרת לפני שהיא משתחררת לביתה.

א: תמיד אצלי בראש.

שתי הגופות האלו שתיארתי לך בפעם הקודמת.

אתמול בלילה ישנתי כל הלילה.

ראיתי את התמונות. אבל ישנתי טוב.

אם אני משווה....

בלילה הראשון לא ישנתי, ובלילה השני....

אני זוכרת מה עשינו ועל מה דיברנו

התחלתי להבין....

עמדנו ליד החברה שלי ודיברנו.

הסתובבתי

בדקה השניה היה בום ענק והבום נכנס בתוכי,

אני לא יודעת מה.

ואז קמתי ודברתי לחברה שלי.

קמתי, הייתי עומדת ואח"כ הקמתי את החברה שלי ואז עזרנו לאנשים



והגיעו צוותי החילוץ וחילצו אותנו.

ראיתי שם גופה קטועה והיא עברה לי עכשיו בראש.

**מטפלת:** אפוא בגוף?

**א. באוזן .** ( חשוב לציין שלרוב הנפגעים ממתען תופת יש בעיה באוזניים אם תוף האוזן לא נקרע מההדף.

**EM**

**א.** חשבתי על הבית

.EM 15

**Safe Place**

..... אורלי הולכת הביתה.