

LBRIS

We know  
books

Dr. Francine Shapiro

# Terapia de desensibilizare și reprocesare prin mișcare oculară (EMDR)

*Principii de bază, protocoale și proceduri*

Ediția a III-a

Traducere din limba engleză de  
MIRUNA MOLODEȚ-JITEA

Ediție în limba română coordonată și traducere revizuită de  
EMDR România (Societatea Română de EMDR)

EDITURA  HERALD  
București

EMDR ROMÂNIA	16
DESPRE AUTOARE	17
PREFAȚĂ	19
Calea descoperirii	19
Nevoia de formare	23
Principii și proceduri	24
Denumirea terapiei	25
Folosirea acestei cărți	25
Genul	26
Cercetare și evoluție	26
MULȚUMIRI	28
01. CONTEXT	29
O descoperire întâmplătoare	35
Primul studiu controlat	37
Observații experimentale și clinice ulterioare	40
Schimbare de paradigmă	41
Procesarea adaptativă a informației	44
Convergențe teoretice	48
<i>Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)</i>	48
<i>Abordări psihodinamice</i>	49
<i>Abordări cognitiv-comportamentale</i>	50
<i>Abordare integrativă</i>	52
Rezumat și concluzii	53
02. PROCESAREA ADAPTATIVĂ A INFORMAȚIILOR.	55
MODELUL CA IPOTEZĂ DE LUCRU	
Procesarea informațiilor	56
<i>Stimularea bilaterală a atenției duale</i>	59
Rețelele de memorie	60
Exemplu de ședință EMDR	61
<i>Transcriere parțială a exemplului de ședință</i>	62
<i>Evaluarea exemplului de ședință</i>	66
De la disfuncțional la funcțional	67

Rețelele neuronale dispartate	67
Aplicațiile terapiei EMDR la alte tulburări	68
Experiența statică: afirmații legate de emoții și credințe	71
Rezolvarea	73
Blocajul în etapa copilăriei	74
Psihoterapia „fără limită de timp”	75
Targeturi	78
<i>Accesul restricționat la materialul negativ</i>	78
<i>Lacunele de memorie</i>	79
<i>Disocierea</i>	79
Psihoterapia integrată	80
Rezumat și concluzii	82
<b>03. COMPONENTELE TERAPIEI EMDR ȘI EFECTELE DE BAZĂ ALE TRATAMENTULUI</b>	<b>84</b>
Componentele de bază ale targeturilor în procesarea EMDR	84
<i>Imaginea</i>	85
<i>Cogniția negativă</i>	85
<i>Cogniția pozitivă</i>	87
<i>Emoțiile și nivelul lor de afectare</i>	91
<i>Senzațiile fizice</i>	91
Activarea sistemului de procesare a informațiilor	92
<i>Mișcări oculare</i>	92
<i>Forme alternative de stimulare</i>	96
Cele 8 faze ale terapiei EMDR	96
<i>Faza 1: Anamneza și planul de tratament</i>	97
<i>Faza 2: Pregătire</i>	98
<i>Faza 3: Evaluare</i>	99
<i>Faza 4: Desensibilizare</i>	100
<i>Faza 5: Instalare</i>	100
<i>Faza 6: Scanarea corpului</i>	102
<i>Faza 7: Încheierea</i>	102
<i>Faza 8: Reevaluare</i>	103
Protocolul terapeutic standard EMDR structurat pe trei dimensiuni	103
Alegerea unui target	104
Tipare de răspuns	106
<i>Procesare asociativă a amintirilor multiple</i>	107
<i>Efectele procesării unei singure amintiri</i>	110
Efecte diferențiale	115
Practică supervizată	116
Rezumat și concluzii	116

## 04. FAZA 1

118

## ANAMNEZA

Pregătirea clienților	118
Factorii de siguranță pentru client	120
<i>Nivel de relaționare</i>	120
<i>Tulburări emoționale</i>	121
<i>Stabilitate</i>	122
<i>Rețea de sprijin</i>	122
<i>Sănătate fizică generală</i>	122
<i>Consult la cabinet versus în spital</i>	123
<i>Afecțiuni neurologice</i>	123
<i>Epilepsie</i>	124
<i>Probleme oculare</i>	124
<i>Abuzul de droguri și alcool</i>	125
<i>Cerințe juridice</i>	125
<i>Controlul sistemelor</i>	126
<i>Beneficii secundare</i>	127
<i>Sincronizare</i>	127
<i>Necesitatea medicației</i>	129
<i>Tulburări disociative</i>	130
Planificarea tratamentului	131
Transcrierea anamnezei	135
Practică supervizată	146
Rezumat și concluzii	146

## 05. FAZELE 2 ȘI 3

148

## PREGĂTIRE ȘI EVALUARE

Faza 2: Pregătirea	148
<i>Adoptarea unei atitudini clinice</i>	149
<i>Stabilirea unei relații cu clientul</i>	149
<i>Explicarea teoriei</i>	150
<i>Testarea mișcărilor oculare</i>	151
<i>Crearea unui loc sigur/calm</i>	152
<i>Descrierea modelului</i>	154
<i>Stabilirea așteptărilor</i>	156
<i>Abordarea temerilor clienților</i>	158
Faza 3: Evaluarea	160
<i>Selectarea imaginii</i>	160
<i>Identificarea cogniției negative</i>	161
<i>Dezvoltarea unei cogniții pozitive</i>	163
<i>Evaluarea validității cogniției</i>	165
<i>Numirea emoției</i>	166

<i>Estimarea unităților subiective de afectare</i>	166
<i>Identificarea senzațiilor corporale</i>	167
Importanța componentelor	168
Practică supervizată	170
Rezumat și concluzii	170
<b>06. FAZELE 4-7</b>	<b>172</b>
DESENSIBILIZARE, INSTALARE, SCANARE CORPORALĂ ȘI ÎNCHEIERE	
Reprocesarea accelerată a amintirii	172
Faza 4: Desensibilizare	178
<i>Procesarea asociativă</i>	179
<i>Evaluare</i>	187
Faza 5: Instalarea	188
Faza 6: Scanarea corporală	191
Faza 7: Încheierea	192
<i>Vizualizare</i>	193
<i>Evaluarea siguranței</i>	193
<i>Recapitulare finală și jurnal</i>	194
Practică supervizată	198
Rezumat și concluzii	198
<b>07. LUCRUL CU ABREAȚIA ȘI BLOCAJELE</b>	<b>200</b>
Abreacția	201
<i>Ghid pentru facilitarea abreacției</i>	203
<i>Dacă persistă abreacția</i>	209
Strategii pentru procesarea blocată	210
<i>Target principal</i>	210
<i>Targeturi auxiliare</i>	218
Practica supervizată	228
Rezumat și concluzii	228
<b>08. FAZA 8</b>	<b>230</b>
REEVALUAREA ȘI UTILIZAREA PROTOCOLULUI STRUCTURAT PE TREI DIMENSIUNI AL TERAPIEI EMDR	
Faza 8: Reevaluarea	231
Protocolul standard structurat pe trei dimensiuni al terapiei EMDR	232
<i>Lucrul cu trecutul</i>	232
<i>Lucrul cu prezentul</i>	239
<i>Lucrul cu viitorul</i>	242
Finalizarea terapiei	248

Monitorizare	248
Încheierea terapiei	249
Practică supervizată	251
Rezumat și concluzii	252
<b>09. PROTOCOALE ȘI PROCEDURI STANDARDIZATE PENTRU SITUAȚII SPECIALE</b>	<b>254</b>
Procedurile standard	255
Protocol structurat pe trei dimensiuni	257
Protocol pentru un singur eveniment traumatic	258
Protocol bazat pe tulburări	258
Protocol bazat pe simptome	260
Protocol pentru anxietatea resimțită în prezent	261
Desensibilizarea prin mișcări oculare	262
<i>Etape procedurale</i>	262
Protocoloale pentru evenimente traumatice recente	263
<i>Protocolul pentru evenimentele recente</i>	264
<i>Protocolul EMDR pentru incidentele critice recente</i>	267
<i>Protocolul pentru episoadele traumatice recente</i>	269
Protocol pentru fobii	269
Protocol pentru doliu complicat	275
Protocol pentru boli și tulburări somatice	278
Afecțiuni cu simptome de durere	286
Utilizarea autoadministrată a stimulării bilaterale pentru reducerea stresului	287
Protocol pentru boli și tulburări somatice	278
Protocol pentru boli și tulburări somatice	278
<i>Seturi de mișcări oculare: atenționări și sugestii</i>	287
<i>Considerații tehnice</i>	288
<i>Îmbrățișarea fluturelui</i>	289
Proceduri de autocontrol/încheiere	289
Vizualizarea locului sigur/calm	290
Dezvoltarea și instalarea resurselor EMDR	292
<i>Instrucțiuni RDI pentru client</i>	293
Vizualizări înregistrate	294
Tehnica fluxului de lumină/ <i>Light Stream</i>	295
Schimbarea respirației	296
Mișcări oculare verticale	297
Recapitulare finală ( <i>debriefing</i> ) și evaluarea siguranței	297
Rezumat și concluzii	298

## 10. INTERCONECTAREA COGNITIVĂ

300

O STRATEGIE PROACTIVĂ  
PENTRU LUCRUL CU CLIEŢII DIFICILI

Bazele interconectării	302
Responsabilitate, siguranță și decizii	303
Adaptarea intervenției la client	311
Opțiuni de interconectări	312
<i>Informații noi</i>	313
„Sunt derutat”	313
„Dacă ar fi copilul tău?”	314
<i>Metaforă/Analogie</i>	315
„Să ne imaginăm”	315
<i>Metoda socratică</i>	316
Asimilare	317
Verbalizări și acțiuni	317
Educație	323
Practică supervizată	325
Rezumat și concluzii	325

## II. POPULAȚII SELECTATE

327

Probleme de neconformitate	328
TSPT complexă	331
Victime ale abuzurilor sexuale	338
<i>Obiective adecvate</i>	338
<i>Cât de pregătit este clientul</i>	339
<i>Structura</i>	340
<i>Integrare</i>	341
<i>Platouri de informații</i>	342
<i>Etapele emoționale</i>	343
<i>Amintire falsă</i>	345
<i>Precauții cu privire la lucrul cu amintirile</i>	345
Veterani de război	349
<i>Gestionarea sentimentelor de lipsă de control</i>	352
<i>Probleme legate de beneficii secundare</i>	353
<i>Afilieră și teama de uitare</i>	353
<i>Gestionarea stării de negare,</i>	
<i>a prejudiciului moral și a stărilor de tranziție</i>	354
<i>Gestionarea furiei</i>	356
<i>Trauma sexuală în context militar</i>	357
<i>Utilizarea interconectării cognitive</i>	358
<i>Date aniversare</i>	359
<i>Doliu complicat</i>	359

Intervenția în urma dezastrelor	361
<i>Considerente speciale</i>	361
<i>Intervenție EMDR la momentul evenimentului     sau în primele 48 de ore</i>	362
<i>Intervenții EMDR la 48 de ore sau mai mult după dezastru</i>	362
<i>Fazele tratamentului</i>	363
<i>Trauma vicariantă</i>	366
Cupluri	367
<i>Partener care oferă sprijin</i>	367
<i>Terapia maritală</i>	369
<i>Infidelitate</i>	370
Copii	371
<i>Realizarea anamnezei</i>	372
<i>Faza de pregătire</i>	372
<i>Menținerea atenției copilului</i>	373
<i>Faza de evaluare</i>	374
<i>Fazele de desensibilizare și instalare</i>	376
<i>Interconectări cognitive</i>	378
<i>Încheiere și reevaluare</i>	378
<i>Lucrul cu părinții, îngrijitorii</i>	379
<i>Generalizarea efectelor tratamentului</i>	380
<i>Trauma complexă la copii</i>	382
Dependențe	386
<i>Dependența prin prisma PAI</i>	387
<i>Pregătirea clientului și etapele de schimbare</i>	387
<i>Siguranță și stabilizare</i>	388
<i>Sincronizarea tratamentului</i>	388
<i>Targeturi sugerate pentru reprocesare</i>	389
<i>Precauții și principii suplimentare</i>	391
Tulburări disociative	392
Evaluări generale	395
Rezumat și concluzii	397
<b>12. TEORIE, CERCETARE ȘI IMPLICAȚII CLINICE</b>	<b>400</b>
Elemente procedurale	402
<i>Expunere</i>	403
<i>Măiestrie percepută</i>	404
<i>Atenție la senzațiile fizice</i>	405
<i>Recadrarea cognitivă</i>	405
<i>Alinierea componentelor amintirii</i>	406
<i>Asociere liberă</i>	406
<i>Mindfulness</i>	406

	408
Răspunsul de orientare	408
Memorie de lucru	409
Distragere	409
Hipnoza	410
Modificări ale rețelei neuronale	411
Somn cu vise	415
Răspuns de relaxare	416
Efect integrator	416
Memoria de lucru din perspectiva EMDR	422
Răspunsul de orientare	423
Somn REM	425
Rezumat al recomandărilor pentru cercetarea componentelor	431
Tratatamentul pentru TSPT	432
<i>Traumă și TSPT</i>	432
<i>Copii</i>	433
<i>Adulți cu TSPT</i>	437
<i>Tratatamentul personalului militar</i>	443
<i>TSPT complexă</i>	445
<i>Adulți în vârstă</i>	448
<i>Cercetarea privind răspunsul la dezastru</i>	449
Protocoale individuale	450
<i>Protocolul standard EMDR</i>	450
<i>Protocolul privind evenimentele traumatice recente</i>	451
<i>Protocolul EMDR pentru incidente critice recente</i>	452
<i>Protocolul privind episoadele traumatice recente</i>	452
<i>Protocoale de grup</i>	453
<i>Protocoale pentru echipele de intervenție în situații de dezastru</i>	455
Cercetări viitoare	456
Aplicații clinice diverse	457
<i>Tulburări de anxietate</i>	458
<i>Tulburare obsesiv-compulsivă</i>	459
<i>Tulburări de dispoziție</i>	459
<i>Dependențe</i>	461
<i>Afecțiuni cu simptome de durere</i>	465
<i>Diverse afecțiuni somatice</i>	467
Populații rezistente la tratament	470
Criterii sugerate pentru cercetarea rezultatelor clinice	473
<i>Validitatea metodei</i>	474
<i>Selectarea psihometriei</i>	475
<i>Selectia participanților</i>	475
<i>Cercetarea comparativă</i>	476

<i>Parametrii clinici recomandați pentru studiile comparative privind rezultatele</i>	476
Cercetări viitoare suplimentare	477
<i>Modelul de procesare adaptativă a informațiilor</i>	477
Preocupări clinice și profesionale mai ample	478
<i>Responsabilitatea clinică</i>	479
<i>Responsabilitate globală</i>	480
Rezumat și concluzii	484
<b>ANEXA A</b>	<b>486</b>
<b>AJUTOARE CLINICE</b>	
Chestionar privind experiențele adverse din copilărie	486
Care este scorul meu ACE?	488
Screening pentru terapia EMDR și colectarea datelor	490
Formular pentru anamneza clientului	492
Format recomandat pentru raportul săptămânal al jurnalului (TICES)	500
Cogniții negative și pozitive	502
Exemple de cogniții negative și pozitive	502
Forma și desfășurarea tehnicilor	
de identificare a evenimentelor trecute	504
<i>Affect Scan (puntea emoțională) (Shapiro, 1995)</i>	504
<i>Tehnica „Floatback” (Young, Zangwill și Behary, 2002)</i>	504
Schema procedurală pentru terapia EMDR	505
<i>Explicarea terapiei EMDR</i>	505
<i>Instrucțiuni specifice</i>	505
<b>ANEXA B</b>	<b>508</b>
<b>TRANSCRIERI ALE SESIUNILOR CU CLIENȚI</b>	
Protocolul structurat pe trei dimensiuni cu un veteran de război	508
Studiu de caz de interconectare cognitivă cu o supraviețuitoare a unui abuz	523
<b>ANEXA C</b>	<b>527</b>
<b>EVALUĂRI CLINICE ȘI ALE REZULTATELOR</b>	
Scala de evaluare a fidelității emdr (EFRS)	527
Scala de evaluare a fidelității EMDR	529
Evaluarea empirică a EMDR fără grup de control:	
ghid pas cu pas pentru terapeuții EMDR	543
<i>Scopul acestui ghid</i>	543
<i>Partea I: Designuri cu caz unic</i>	543
<i>Partea a II-a. Indicatori de referință pentru mărimea efectului în cadrul grupului</i>	555

	558
Evaluări psihofiziologice și neurobiologice	558
ANEXA E	568
SIGURANȚA CLIENȚILOR	
Ghiduri recomandate de grupul de lucru pentru tulburări disociative	
EMDR: ghid general de utilizare a EMDR în tulburările disociative	569
<i>Scop</i>	569
<i>Ipoteze</i>	569
<i>Screening</i>	569
<i>Clarificarea diagnosticului</i>	570
<i>Când este prezentă o tulburare disociativă</i>	570
<i>Integrarea EMDR în planul de tratament</i>	571
<i>Pregătirea pentru EMDR</i>	572
<i>Fazele inițiale ale tratamentului</i>	572
<i>Avertisment</i>	572
<i>Fazele intermediare de tratament</i>	573
<i>Fazele finale de tratament</i>	573
<i>Membrii grupului de lucru</i>	573
<i>Formare suplimentară</i>	573
<i>Sugestii de lectură</i>	573
Comitetul pentru standarde profesionale și formare al Asociației Internaționale EMDR	574
ANEXA F	577
RESURSE DE FORMARE ÎN TERAPIA EMDR	
America de Nord și America de Sud	577
Europa	578
Asia	578
BIBLIOGRAFIE	579
INDEX	617

Cumpărătorii acestei cărți pot descărca și tipări versiuni mărite ale materialelor selectate de pe site-ul [www.guilford.com/shapiro-forms](http://www.guilford.com/shapiro-forms) pentru uz personal sau în cadrul intervențiilor terapeutice (a se vedea pagina de copyright pentru detalii).

*Există un principiu care se opune oricărei informații, care se opune tuturor argumentelor și care menține omul într-o ignoranță veșnică – este principiul care desconsideră ceea ce nu s-a investigat.*

HERBERT SPENCER

Încă de la apariția sa, în 1987, terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) a fost susținută empiric prin studii clinice randomizate controlate și este recunoscută la nivel internațional ca fiind un tratament eficient pentru traume și o gamă largă de tulburări cauzate de evenimente. Dezvoltarea terapiei și a cadrului său teoretic a apărut în urma unei explorări a efectelor tratamentului obținute în mod constant, explorare care a rafinat procedurile și protocoalele într-o abordare terapeutică cuprinzătoare. După cum vom vedea, procedurile standardizate și teoria procesării informației care ghidează practica clinică încorporează multe aspecte cu care majoritatea clinicienilor, academicienilor și cercetătorilor ar trebui să fie familiarizați.

Terapia EMDR este cunoscută mai ales pentru mișcărilor oculare care fac parte din proceduri, dând astfel și numele terapiei, iar efectele pozitive ale acestei componente au fost confirmate recent printr-o meta-analiză a 26 de studii controlate randomizate (Lee și Cuijpers, 2013). Cu toate acestea, este esențial să privim terapia ca pe un întreg sistem. Mișcarea oculară este doar una dintre formele de stimulare utilizate și doar o componentă a acestei abordări complexe. În plus, în ciuda termenului „desensibilizare” din denumirea sa, scopul terapiei nu este doar reducerea anxietății. De fapt, așa cum am menționat în prefață, dacă ar trebui să o iau de la capăt, aș redenumi abordarea „terapie de reprocesare”. Prin urmare, deși inițialele EMDR sunt cele care alcătuiesc denumirea oficială a terapiei, pe parcursul acestui volum voi sublinia următoarele puncte:

1. Stimularea bilaterală a atenției duale este doar o componentă integrată cu elemente procedurale unice ale terapiei, precum și cu aspecte sintetizate din toate orientările psihologice majore.
2. Fiind o abordare cuprinzătoare, se acordă o atenție deosebită imaginilor, credințelor, emoțiilor, reacțiilor fizice, conștientizării sporite, stabilității interne, rezilienței și sistemelor interpersonale în obținerea efectelor terapiei EMDR.

3. Clinicienii trebuie să utilizeze diferite protocoale EMDR, în funcție de tipurile de patologie, și trebuie să urmeze proceduri terapeutice personalizate în funcție de nevoia clientului.
4. Scopul terapiei EMDR în 8 faze este de a ajuta clientul să se elibereze de trecut pășind într-un prezent sănătos și productiv.

Stăpânirea principiilor, procedurilor și protocoalelor de bază ale terapiei EMDR îndrumă clinicianul în a ajuta clientul să transforme experiențele negative în experiențe de învățare adaptative. De exemplu, atunci când tratează victima unui viol, clinicianul identifică diferitele aspecte ale traumei care tulbură persoana. Acestea pot include imagini intruzive, gânduri sau convingeri negative pe care clientul le are despre sine sau despre rolul său în viol, emoții negative precum frica, vinovăția sau rușinea și senzațiile corporale asociate acestora și, pe de altă parte, modul precis în care clientul ar prefera să se gândească la sine. Victima violului poate începe să aibă sentimente intense de frică și rușine. Imagini constante ale violului pot afecta victima în prezent, și aceasta poate avea gânduri negative precum „Sunt murdar/ă” sau „A fost vina mea”. După ce clinicianul a tratat persoana folosind procedurile terapiei EMDR pentru a se concentra asupra unor răspunsuri interne specifice, victima violului poate să-și amintească violul fără sentimente de frică și rușine. De fapt, se poate simți încrezătoare și poate spune: „M-am descurcat foarte bine. Mi-a pus cuțitul la gât, dar am reușit să rămân în viață”. Pe lângă această schimbare pozitivă a gândurilor și convingerilor sale, nu vor mai apărea imagini intruzive ale violului. Dacă mai târziu își amintește evenimentul, emoțiile, gândurile și senzațiile corporale asociate acestuia pot fi neutre sau pozitive, nu tulburătoare. Așa cum a spus despre ceea ce i s-a întâmplat o victimă a unui viol, care a primit tratament EMDR: „Este în continuare o imagine urâtă, dar nu pentru că am făcut eu ceva greșit”. De fapt, convingerea pe care a internalizat-o despre ea însăși [după terapie] a fost: „Sunt o femeie puternică și rezilientă”.

Așa cum este ilustrat prin acest exemplu, terapia EMDR catalizează învățarea. Atunci când targetul<sup>1</sup> este o amintire tulburătoare, imaginile negative, credințele negative și emoțiile negative devin mai puțin vii și mai puțin valabile. Amintirea-target pare să se conecteze cu informații mai adecvate: clientul învață ceea ce este necesar și util din experiența tulburătoare din trecut, iar evenimentul este păstrat în memorie într-un mod adaptativ, sănătos și nestresant. Dar învățarea este un proces continuu. Atunci când targetul este pozitiv, cum ar fi un viitor alternativ dezirabil, imaginat, imaginile, credințele și emoțiile devin mai vii, mai accentuate și mai valide. Prin urmare, terapia EMDR este utilizată pentru (1) a ajuta clientul

<sup>1</sup> Termenul „target” (en.) are sensul de „țintă” în limba română. În cadrul practicii terapiei EMDR din România, acest termen este folosit foarte des ca atare în limba română, prin urmare va fi folosit și pe parcursul acestui volum. (N. tr.)

să învețe din experiențele negative din trecut, (2) pentru a desensibiliza factorii declanșatori din prezent care sunt neadecvat de stresanți și (3) pentru a încorpora modele pentru acțiuni viitoare adecvate care permit clientului să exceleze la nivel individual și în cadrul sistemului său interpersonal.

În mod clar, așadar, din această simplă descriere a protocolului standard structurat pe trei direcții, vedem că terapia EMDR reunește aspecte ale multor orientări psihologice majore: atenția la evenimentele etiologice subliniată de terapia psihodinamică, reacțiile condiționate evidențiate de terapia comportamentală, convingerile terapiei cognitive, emoțiile terapiei experiențiale, senzațiile corporale ale terapiei somatice, activitățile de vizualizare a terapiei hipnotice și înțelegerea contextuală a teoriei sistemice. Vom vedea această integrare a mai multor orientări proeminente pe tot parcursul textului.

Ca abordare cuprinzătoare, toate procedurile și protocoalele EMDR sunt orientate să contribuie la efectele pozitive ale tratamentului printr-o interacțiune între conținerea clientului și procesarea informațiilor (a se vedea și Shapiro, 1999, 2002a; Shapiro și Lalotis, 2011). Fiecare efect al tratamentului este o interacțiune între client, clinician și metodă. Clinicienii trebuie să înțeleagă cum să pregătească clienții în mod corespunzător și cum să rămână în acord cu nevoile lor individuale, menținând activ, în același timp, sistemul de procesare a informațiilor, astfel încât învățarea să poată avea loc. Clinicienii trebuie să realizeze o anamneză cuprinzătoare pentru a identifica amintirile-target adecvate pentru procesare și deficitul de dezvoltare care ar trebui abordate. Terapia EMDR s-a dovedit a fi extrem de eficientă în tratarea traumelor majore (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper și Lewis, 2013; Watts et al., 2013; a se vedea Capitolul 12), iar observațiile a mii de ședințe cu clienți din ultimii 30 de ani arată clar că experiențele perturbatoare timpurii de orice fel pot avea efecte negative similare și de lungă durată.

De exemplu, dacă permitem minții noastre să se întoarcă în copilărie și să identifice un incident umilitor, mulți dintre noi descoperim că încă mai simțim emoții puternice sau că apare automat gândul care a fost prezent la momentul respectiv. Simțim cum corpul tresare. Conform modelului de procesare adaptativă a informației care ghidează practica terapiei EMDR (a se vedea Capitolul 2), am spune că acest eveniment a fost procesat insuficient și că aceste gânduri, emoții și reacții fizice care apar automat pot să ne afecteze în mod inadecvat percepțiile și acțiunile în circumstanțe prezente similare. Poate reacționăm negativ la autoritate, la grupuri, la experiențe noi de învățare sau la orice alte aspecte care sunt evidente în acea amintire. Acestea nu sunt doar reacții condiționate, ci sunt reacții inerente din amintirea stocată. Atunci când un eveniment a fost suficient procesat, ni-l amintim, dar nu trăim emoțiile sau senzațiile vechi în prezent. Suntem inspirați de amintirile noastre, nu controlați de ele.

Simptomele tulburării de stres posttraumatic (TSPT/PTSD), analizate în detaliu în Capitolul 2, derivă în mod clar din experiențe de acest tip stocate în mod disfuncțional. Coșmarurile, flashbackurile, gândurile intruzive și nivelurile ridicate de activare pot fi considerate ca fiind indicii ale acestei stocări dependente de stare. Victimele simt în mod clar niveluri inadecvate de frică și neputință și se comportă în consecință. Cu toate acestea, ceea ce ne-a arătat terapia EMDR în ultimii ani este că până și evenimentele omniprezente, cum ar fi umilințele și dezamăgirile suferite în copilărie, pot avea efecte negative de durată comparabile. După cum voi discuta în detaliu în capitolul următor, cercetările au susținut aceste observații clinice. Deși este posibil ca evenimentele adverse să nu genereze imaginile intruzive ale TSPT, emoțiile, credințele și senzațiile fizice apar în corp și în minte, afectând percepțiile prezente și ducând la nefericire și comportamente inadecvate în prezent. Simplu spus, trecutul este prezent. Prin urmare, nu contează dacă este vorba de un eveniment traumatic „cu T mare”, care precipită TSPT sau de evenimentele omniprezente „cu t mic”, care se petrec pe tot parcursul copilăriei. Vorbim de un efect negativ de lungă durată asupra sinelui și a psihicului. Conform definiției de dicționar, este o „traumă” și, în termeni de procesare a informației, se presupune că informația aceasta este stocată disfuncțional ca amintire emoțională/episodică, într-o formă care o împiedică să evolueze ulterior într-o amintire integrată/semantică utilizabilă. (Pentru discuții cuprinzătoare despre sistemele de memorie, a se vedea Alberini și LeDoux, 2013; Armony și LeDoux, 1997; Lane, Ryan, Nadel și Greenberg, 2015; Schacter și Tulving, 1994; Squire, 2004; Stickgold, 2002; van der Kolk, 2014; van der Kolk, Hopper și Osterman, 2001). Scopul inițial al terapiei EMDR este acela de a procesa aceste experiențe și de a ajuta clientul să se elibereze de ele și să trăiască în prezent.

Pentru clinicianul practicant, distincția importantă dintre un eveniment procesat în mod adaptativ și un eveniment stocat în mod disfuncțional este că, în cazul celui dintâi, a avut loc o învățare adecvată, iar acesta este stocat cu emoții adecvate, care pot să îndrume persoana în viitor. Amintirea stocată disfuncțional încă are în ea o parte dintre percepțiile senzoriale și gândurile care au existat în momentul evenimentului. În esență, perspectiva din copilărie rămâne fixată în amintire și face ca persoana să perceapă prezentul dintr-un punct de vedere similar, cel al inadecvării ([cu gânduri asociate ca] de exemplu „Nu merit să fiu iubit/ă / Nu sunt suficient de bun/ă”), al lipsei de siguranță sau al lipsei de control. Clinicienii observă acest lucru în fiecare zi în practica lor: clienții „știu” că nu ar trebui să se simtă deznădăjduiți sau neputincioși sau de neiubit, dar așa se simt. Ei pot aluneca într-o intonație de copil atunci când vorbesc despre experiențele timpurii. Există o ruptură între ceea ce vor să facă și ceea ce pot face, între posibilitățile disponibile și capacitatea lor de a le percepe și de a acționa în consecință. Prin urmare, clinicianul EMDR trebuie să identifice evenimentele care au fost stocate disfuncțional și

care împiedică și afectează percepțiile actuale ale clientului (Shapiro, 2007, 2014a; Shapiro și Forrest, 1997/2016) și să ajute la procesarea acestora. În esență, EMDR facilitează învățarea la nivel multidimensional emoțional, cognitiv și fiziologic.

Persoanele care au suferit evenimente traumatice și care au participat la numeroase studii controlate privind TSPT, precum și cele care au avut parte de evenimente de viață adverse care au contribuit la alte tulburări, au obținut îmbunătățiri rapide prin terapia EMDR, situându-se după intervenția terapeutică în intervalul de „normalitate clinică” la o întreagă serie de scale de evaluare psihologică (a se vedea Capitolul 12 pentru o analiză a cercetării). Indicatorii de autoeficiență și stare de bine au crescut, în timp ce anxietatea și depresia au scăzut. Aceiași indicatori sunt evidenți în practica clinică generală și par să susțină teoria conform căreia procesarea experiențelor din copilărie stocate disfuncțional îi permite clientului să devină pe deplin și în întregime adult; cu alte cuvinte, se pare că majoritatea caracteristicilor disfuncționale prezente în întregul spectru de tulburări psihologice pot fi văzute ca fiind bazate pe experiențe trăite. În mod clar, interacțiunea dintre predispoziția genetică și circumstanțele care afectează reziliența, cum ar fi oboseala, abuzul de substanțe și așa mai departe, toate joacă un rol important în întregul tablou clinic. Se presupune că unele tulburări, cum ar fi anumite forme de depresie, pot fi cauzate pur și simplu de deficite organice și nu ar fi potrivite pentru tratamentul prin terapia EMDR. Dar cercetările și experiența clinică indică faptul că majoritatea patologiilor, inclusiv anumite forme de depresie, sunt provocate de experiențe anterioare care conțin trăiri de „neajutorare”, „deznădejde” sau orice emoție din întregul spectru de emoții care constituie un sentiment de autodenigrare și lipsă de eficacitate personală. Deși nu este nicidecum un panaceu, rolul specific al terapiei EMDR este acela de a facilita metabolizarea experiențelor care contribuie la simptomatologia prezentă, experiențe care pot varia de la incidente critice ușor de identificat, cum ar fi violurile și agresiunile, până la interacțiuni negative aparent mai inofensive cu familia, colegii, profesorii, străinii și alte persoane, interacțiuni care au generat un efect negativ de durată.

Pentru mulți dintre clienții noștri, se pare că simpla procesare a acestor experiențe anterioare permite realizarea unor conexiuni cognitive și emoționale adecvate și apariția spontană a comportamentelor adaptative, împreună cu conștientizări și concepții de sine pozitive. Cu toate acestea, pentru clienții care au fost grav neglijați și abuzați în copilărie, este important, de asemenea, să determinăm ce ferestre de dezvoltare ar fi putut să se închidă înainte ca infrastructurile importante să fie puse la punct. Copilul traumatizat a învățat constanța obiectului<sup>1</sup> sau va trebui să o

<sup>1</sup> În teoria relațiilor de obiect, constanța obiectului reprezintă capacitatea unui copil de a menține un atașament relativ independent de gratificare sau frustrare, pe baza unei abilități cognitive de a percepe faptul că mama există și atunci când nu o poate vedea și că are calități chiar și atunci când comportamentul ei nu este satisfăcător pentru copil. Astfel, copilul creează un atașament cu persoana mamei, nu cu acțiunile ei

începe în timpul terapiei? Ce fel de model va trebui clinicianul să ofere clientului? Ce experiențe vor trebui să fie generate pentru a permite apariția unor tipare de relații sănătoase? Odată ce astfel de interacțiuni pozitive sunt create în cadrul relației terapeutice, sunt și acestea stocate în memorie și pot fi îmbunătățite prin intermediul procedurilor EMDR.

În calitate de terapeuți, trebuie să fim atenți să ne privim clienții ca fiind complexe care funcționează la toate nivelurile de percepție, gândire, simțire, acțiune și credință. Și nu trebuie să ne mulțumim doar cu înlăturarea suferinței evidente. Clienții noștri merită mai mult decât atât. Ei merită capacitatea de a iubi, de a crea legături, de a excela și, dacă aleg asta, de a găsi dorința să îi ajute pe alții. Ei merită toate caracteristicile pe care Maslow (1970) le-a descris ca reprezentând autorealizarea. În acest scop, folosim un protocol standard de terapie EMDR structurat pe trei dimensiuni pentru a le oferi tuturor clienților un tratament integral al trecutului, prezentului și viitorului. Speranța e ca nimeni să nu fie considerat dispensabil.

Am evoluat mult față de timpurile în care mintea era privită doar ca o „cutie neagră”. Neuropsihologii care studiază dezvoltarea au demonstrat că neglijarea și lipsa de atașament în copilăria timpurie pot duce la o lipsă de organizare corticală necesară pentru autoliniștire și autoreglare (Schoore, 1997, 2001, 2015; Siegel, 2002, 2012, 2016). Acestea, precum și alte constatări au fundamentat practica psihoterapeutică și clinică și au dus la acordarea unei atenții profunde necesității de stabilizare timpurie a acestor clienți, precum și de utilizare a protocoalelor EMDR pentru a le spori clienților accesul la emoții și experiențe pozitive (Korn, 2009; Shapiro și Lalotis, 2015; Wesselmann și Shapiro, 2013; a se vedea Capitolul 11). Deși gradul posibil de recuperare a celor mai sever abuzați pacienți nu a fost încă determinat, trebuie subliniat faptul că efectele neurobiologice nocive nu sunt neapărat permanente. Odată cu apariția tomografiei computerizate cu emisie monofotonică (SPECT), a imagisticii prin rezonanță magnetică funcțională (fIRM) și a unei mai bune înțelegeri a neurotransmițătorilor, studiile au indicat faptul că în urma procesării EMDR au loc schimbări biologice (de exemplu Bossini, Fagiolini și Castrogiovanni, 2007; Heber, Kellner și Yehuda, 2002; Landin-Romero et al., 2013; Lansing, Amen, Hanks și Rudy, 2005; Levin, Lazrove și van der Kolk, 1999; a se vedea Capitolul 12). Utilitatea terapiei EMDR se regăsește în capacitatea sa de a permite schimbări relativ rapide, astfel încât intervențiile pot fi evaluate rapid și se pot face corecții terapeutice. Cu toate acestea, adevărata forță a terapiei EMDR constă în abordarea sa integrată a tratamentului. Este nevoie de înțelepciunea tuturor orientărilor psihologice pentru a ne asigura că toți pacienții primesc o intervenție adecvată. Scopul terapiei EMDR este de a obține cele mai profunde și cuprinzătoare efecte terapeutice posibile în cel mai scurt timp, menținând în același timp

---

care ajută la reducerea tensiunilor; mama va exista mereu pentru copil, nu doar în momentele de satisfacere a nevoilor (sursa: [www.dictionary.apa.org](http://www.dictionary.apa.org)). (N. tr.)

stabilitatea clientului în cadrul unui sistem psihic echilibrat. Însă aceste schimbări ar trebui să se manifeste în mod optim la toate nivelurile existenței și funcționării. Sarcina noastră, în calitate de clinicieni, devine mai cuprinzătoare și nuanțată pe măsură ce depășim modelele unilaterale și tratăm întreaga persoană în contextul unui sistem social interconectat.

Deși mulți clinicieni împărtășesc ideea că ar trebui să încurajeze dorința clientului de a se îmbunătăți la nivel personal, o preocupare principală în domeniul psihologiei a fost aceea de a dezvolta un sistem standardizat de clasificare a simptomelor evidente și a tulburărilor specifice. Cercetările au fost în mare parte orientate spre identificarea caracteristicilor pacienților și a stilurilor de reacție și, în mod secundar, spre testarea diferitelor tratamente pentru tulburările specifice. Cercetările controlate au arătat că terapia EMDR este eficientă în tratarea TSPT și că există o nevoie clară de a evalua EMDR și toate celelalte forme de psihoterapie în nenumărate alte tulburări. Cu mai puțin de 20 de ani în urmă, evaluatorii independenți din cadrul Grupului de lucru al Diviziei 12 a Asociației Americane de Psihologie privind tratamentele bazate pe dovezi empirice<sup>1</sup> (Chambless et al., 1998) au indicat că, dintre toate sutele de diagnostice și terapii, aproximativ 12 tehnici au fost considerate „validate” – prin cercetări controlate – pentru afecțiuni izolate, care includeau „dureri de cap” și „gestionarea factorilor de stres”. Cu alte cuvinte, la acel moment, aproape nicio afecțiune enumerată în *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (DSM) nu avea un tratament bine stabilit, susținut empiric. Până la data publicării acestui volum<sup>2</sup>, evaluările tratamentelor prin intermediul studiilor randomizate pentru o gamă largă de afecțiuni au încă nevoie de îmbunătățiri (Beutler și Forrester, 2014; Huhn et al., 2014). Sugestiile pentru astfel de cercetări sunt explorate în Capitolul 12 și în Anexa C.

## O DESCOPERIRE ÎNTÂMPLĂTOARE

Deși rolul mișcărilor oculare fusese bine documentat în legătură cu procesele cognitive superioare și cu funcția corticală (Amadeo și Shagass, 1963; Antrobus, 1973; Antrobus, Antrobus și Singer, 1964; Gale și Johnson, 1984; Leigh și Zee, 1983; Monty, Fisher și Senders, 1978; Monty și Senders, 1976; Ringo, Sobotka, Diltz și Bruce, 1994) și, într-adevăr, mișcarea oculară fusese identificată anterior ca fiind corelată cu o schimbare în conținutul cognitiv (Antrobus et al., 1964), utilizarea sa în terapia EMDR se bazează pe o observație întâmplătoare pe care am făcut-o în primăvara anului 1987. Într-o zi, în timp ce mă plimbam, am observat că unele gânduri tulburătoare pe care le aveam au dispărut brusc. Am observat și că, atunci când am readus aceste gânduri în minte, ele nu mai

<sup>1</sup> American Psychological Association Division 12 Task Force on Empirically Supported Treatments. (N. red.)

<sup>2</sup> A treia ediție a acestui volum a fost publicată în anul 2018. (N. tr.)

erau la fel de supărătoare sau la fel de valide ca înainte. Experiența anterioară mă învățase că gândurile tulburătoare au, în general, un anumit „ciclu”, adică tind să se reproducă la nesfârșit până când cineva face ceva în mod conștient pentru a le opri sau a le schimba. Ceea ce mi-a atras atenția în acea zi a fost faptul că gândurile mele deranjante dispăreau și se schimbau fără niciun efort conștient.

Fascinată, am început să fiu foarte atentă la ceea ce se întâmpla. Am observat că atunci când gândurile tulburătoare îmi veneau în minte, ochii mei începeau spontan să se miște foarte repede dintr-o parte în alta, în sus, pe diagonală. Din nou, gândurile dispăreau, iar când le aduceam din nou în minte, încărcătura lor negativă era mult redusă. În acel moment, am început să fac mișcărilor oculare în mod deliberat în timp ce mă concentram asupra diverselor gânduri și amintiri deranjante și am constatat că și aceste gânduri au dispărut și și-au pierdut încărcătura. Interesul meu a crescut pe măsură ce am început să-mi dau seama de potențialele beneficii ale acestui efect.

Câteva zile mai târziu, am început să încerc și cu alte persoane: prieteni, colegi și participanți la workshopurile de psihologie la care participam. Aceștia aveau o gamă largă de afecțiuni non-patologice și, la fel ca restul populației, petrecuseră perioade variate de timp în psihoterapie. Când am întrebat: „La ce vreți să lucrați?”, oamenii au adus în discuție amintiri tulburătoare, credințe și situații prezente, cu manifestări care variau de la umilințe suferite în copilăria timpurie până la frustrări profesionale trăite în prezent. Apoi le-am arătat cum mi-am mișcat rapid ochii dintr-o parte în alta și le-am cerut să reproducă acele mișcări ale ochilor în timp ce, în același timp, se concentrau mental pe problemele lor. Primul lucru pe care l-am descoperit a fost că majoritatea oamenilor nu au controlul muscular necesar pentru a continua mișcarea ochilor pentru o perioadă de timp mai mare. Hotărâtă fiind să investighez aspectul, i-am rugat să-mi urmărească degetele cu privirea în timp ce eu îmi mișcam mâna dintr-o parte în alta, până când mișcărilor lor oculare au imitat viteza și direcția de mișcare oculară pe care le folosisem în acea zi în parc. Acest lucru a funcționat mult mai bine.

Cu toate acestea, următorul lucru pe care l-am descoperit a fost că, deși oamenii începeau să se simtă mai bine, rămâneau apoi blocați în materialul tulburător. Pentru a depăși această dificultate, am încercat diferite tipuri de mișcări ale ochilor (mai rapide, mai lente, în direcții diferite) și le-am cerut oamenilor să se concentreze asupra unor lucruri diferite și variate (de exemplu, asupra diferitelor aspecte ale amintirii sau asupra modului în care aceasta îi făcea să se simtă). Pe măsură ce înaintam, am început să învăț care strategii aveau cele mai multe șanse de a obține rezultate pozitive și complete. În plus, am început să găsesc modalități standard de începere și încheiere a sesiunilor care păreau să ducă la efecte pozitive.

Pe scurt, lucrând cu aproximativ 70 de persoane pe parcursul a aproximativ 6 luni, am dezvoltat o procedură standard care reușea în mod constant să le atenueze

afecțiunile. Deoarece obiectivul meu principal era reducerea anxietății (dat fiind că aceasta fusese propria mea experiență cu mișcările oculare) și principala mea modalitate la acea vreme era cea comportamentală, am numit procedura „Desensibilizare prin mișcări oculare” („Eye Movement Desensitization”, EMD).

## PRIMUL STUDIU CONTROLAT

În iarna anului 1987 am decis să văd dacă EMD ar funcționa cu succes în condiții controlate. În munca mea inițială, folosisem EMD cel mai ușor și cel mai eficient cu amintiri vechi. Prin urmare, pentru primul meu studiu oficial, am decis să găsec un grup omogen de persoane care aveau dificultăți cu amintirile vechi. Primele persoane care mi-au venit în minte au fost victimele violurilor, victimele abuzurilor sexuale și veteranii din Vietnam care se încadrau în diagnosticul de TSPT, așa cum era definit de cea de-a treia ediție, pe atunci în vigoare, a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Inițial, aceasta părea o populație ideală date fiind amintirile vechi care le impactau viețile, dar exista o problemă: nu știam dacă procedurile se vor dovedi eficiente în rezolvarea amintirilor traumatice întrucât nu le aplicasem încă la nicio tulburare patologică. Dacă amintirile traumatice au fost stocate într-un mod diferit de creier? Dacă acestea nu puteau fi accesate cu ajutorul procedurilor în același mod în care puteau fi accesate amintirile neplăcute, dar nu traumatice?

Pentru a testa dacă EMD ar putea funcționa la persoane care aveau amintiri traumatice, am decis să găsec un voluntar care suferise o traumă de război. „Doug” era consilier la un program local de asistență pentru veterani. Deși în general era foarte bine adaptat și trăia bine, avea o amintire recurentă care încă îl tulbura enorm. În timpul unei misiuni în Vietnam, în anii 1960, Doug fusese înrolat ca infanterist. Într-o zi, în timp ce descărca soldați morți dintr-un elicopter de salvare, un camarad a venit și i-a dat vești foarte tulburătoare despre unul dintre cadavrele pe care tocmai le manevrasse. L-am rugat pe Doug să păstreze în minte amintirea aceluia moment în timp ce îmi urmărea mâna cu privirea. A făcut acest lucru și, după două sau trei seturi de mișcări ale ochilor, a raportat că scena se schimbasesc: partea auditivă a amintirii dispăruse. Nu mai vedea decât gura camaradului său mișcându-se; din gura lui nu ieșea niciun sunet. După alte câteva seturi de mișcări ale ochilor, Doug mi-a spus că scena se transformase în ochii minții sale până când arăta ca „un tablou de pe care vopseaua se decojea sub apă” și că acum se simțea calm. „În sfârșit, pot spune că războiul s-a terminat și pot spune tuturor să plece acasă”, a spus el. Când i-am cerut mai târziu să se gândească la Vietnam, imaginea care a apărut a fost – în loc de imaginea cu cadavre – o amintire a primei dăți când a zburat deasupra acelei țării, când acea țară îi părea „o grădină paradisiacă”. Era prima dată în 20 de ani când Doug și-a amintit acea imagine pozitivă a Vietnamului. Experiența noastră

împreună a fost atât de reușită încât mi-au fost recomandați alți veterani pentru a-i trata la centrul de asistență pentru veterani. În următoarele câteva luni, am lucrat cu o serie de veterani care sufereau de simptome TSPT de peste 10 ani. În câteva ședințe, și aceștia au simțit o ameliorare. Important este că efectele au durat. De exemplu, șase luni mai târziu, când m-am revăzut cu Doug, mi-a spus că efectele pozitive se menținuseră. Imaginea deranjantă nu mai apăruse după tratament. Mai mult, atunci când în mod voit accesa amintirea respectivă, aceasta semăna cu „o coajă, un fragment de vopsea” și nu mai simțea nicio suferință când o vedea.

Reușita cazului lui Doug și a celorlalți veterani de la centru părea să confirme că amintiri traumatiche vechi de zeci de ani pot fi accesate și procesate prin această metodă. Astfel, simțindu-mă încurajată, am început un studiu controlat cu 22 de victime ale violului, molestării sau persoane care au luptat în Vietnam, persoane care erau afectate de amintiri traumatiche. Subiecții au fost repartizați în mod aleatoriu într-un grup de tratament sau de control.

Am folosit EMD cu grupul de tratament, iar subiecților din grupul de control le-am administrat un placebo, cerându-le să descrie în detaliu amintirile traumatiche. Am întrerupt subiecții din ambele grupuri de aproximativ același număr de ori pentru a nota nivelul de anxietate și pentru feedback, folosind aceleași întrebări (de exemplu, „Ce apare acum?”). Scopul unui grup de control a fost acela de a permite posibilitatea apariției unor efecte pozitive doar din simplul fapt că subiecții au avut parte de atenția directă a unui cercetător și au petrecut cam aceeași perioadă de timp expuși la amintirea respectivă. Această expunere, în care subiectul menține amintirea în minte în mod conștient și concentrat pentru o perioadă prelungită de timp, ar putea fi considerată o stare modificată de „inundare”, așa cum era cunoscută la acea vreme, însă eu am considerat-o o condiție placebo, pentru că nu se așteaptă efecte pozitive ale tratamentului după doar o ședință de terapie prin expunere (Keane și Kaloupek, 1982).

Am rugat fiecare subiect din ambele grupuri să-mi vorbească despre imaginea tulburătoare a amintirii lor traumatiche, împreună cu orice gânduri și credințe negative pe care le aveau despre situația respectivă sau despre participarea lor la aceasta (de exemplu, „Sunt murdar”, „Sunt un om de nimic” sau „Nu dețin controlul”). Am numit acest lucru „cogniția negativă”. Apoi le-am cerut subiecților să acceseze amintirea și cogniția negativă și să își evalueze nivelul de anxietate folosind o scală de 11 puncte a Unităților Subiective de Afectare<sup>1</sup> (SUD), în care 0 reprezintă „intensitate neutră”, iar 10 echivalează cu „nivelul cel mai ridicat de anxietate posibil” (Wolpe, 1991). De asemenea, le-am cerut subiecților să verbalizeze un gând pozitiv sau o credință pozitivă pe care ar dori să o aibă despre ei înșiși (de exemplu, „Sunt valoros”, „Dețin controlul” sau „Am făcut tot ce am putut”). În final, i-am rugat

<sup>1</sup> În original, *Subjective Units of Disturbance* (SUD). Acronimul „SUD” este cel folosit în mod curent de către terapeuții EMDR în limba română, prin urmare va fi folosit și pe parcursul acestui text. (N. tr.)