

Traumatiska minnen kan behandlas effektivt med EMDR



KERSTIN BERGH JOHANNESSON,
 leg psykolog, specialist i klinisk
 psykologi, ordförande i
 föreningen EMDR, Sverige,

Kunskapscentrum
 för katastrofpsykiatri, Uppsala
kerstin.bergh.johannesson@akademiska.se

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) är en behandlingsmetod för traumatiska minnen och deras psykologiska konsekvenser. Metodens effektivitet vid behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) har vetenskapligt påvisats. EMDR utvecklades 1987 av den amerikanska psykologen Francine Shapiro, som upptäckte ett samband mellan spontana snabba ögonrörelser och reduktion av störande känslor. Under de kommande åren förfinades denna upptäckt till en systematisk psykoterapeutisk behandlingsmetod, EMDR [1].

Shapiros modell har som utgångspunkt att psykisk traumatisering innebär en störning och obalans i de psykologiska och biologiska processer som normalt gör att upplevelser och tillhörande minnen blir bearbetade. Ett antagande finns om att individen har en självläkande förmåga, som vanligen integrerar traumatiska minnen i en mer normaliserad form. Vid allvarligare händelser tycks traumatiska minnen – åtminstone delvis – inte bli integrerade i ett bredare nätverk. Detta kan leda till en förvrängning i varseblivning, känslor och reaktioner på stimuli som associeras med den ursprungliga händelsen.

EMDR följer ett strukturerat program

EMDR-behandlingen följer ett strukturerat behandlingsprotokoll [2]. Patienten uppmanas att identifiera olika aspekter av det traumatiska minnet: bilder och föreställningar, affektiva och fysiologiska svarselement, negativa självrepresentationer samt en alternativ, önskad positiv självrepresentation. Skattningsskalor används för att kunna följa bearbetningsprocessen.

Därefter vidtar bearbetningen. Patienten uppmanas att fokusera på den störande bilden, den negativa tanken och de kroppsliga sensationerna som är förknippade med minnet. Samtidigt för terapeuten sin hand fram och tillbaka framför patientens ansikte medan patienten följer handens rörelse med ögonen. Alternativ till ögonrörelser är ljudsignaler eller taktil stimulering. Efter ca 30–40 sekunder avbryts stimuleringen, och patienten får berätta om de tankar, minnesbilder, känslor eller kroppsliga sensationer som aktiverats.

Processen upprepas tills ångestnivån har reducerats maximalt. Denna del av behandlingen utgör ofta den mest intensiva, men lika viktigt är den efterföljande, där en mer adekvat

självrefererande självuppfattning förknippad till traumat etableras och kvarvarande kroppsliga reaktioner bearbetas. Patienten förbereds på att bearbetningen fortsätter mellan behandlingstillfällena. Patienten uppmanas att föra dagbok över känslor, tankar och drömmar som är relaterade till traumat och att använda självkontrolltekniker för ångest- och spänningsreduktion.

Hypoteser om verkningsmekanismer

EMDR-terapi är numera en internationellt accepterad behandlingsmetod för PTSD [3–9]. Det brittiska National Institute of Clinical Excellence (NICE) fastslog 2005 att EMDR kan rekommenderas för PTSD-behandling [10]. Samma år kom en SBU-rapport fram till motsvarande rekommendationer [11].

Man har dock ännu inte helt kunnat förklara exakt hur metoden fungerar. En förklaring som framförts är att EMDR-metodiken skulle kunna »lura» CNS att släppa fixeringen vid maladaptiva reaktionsmönster som inte längre är funktionella [12]. Växelvis bilateral stimulering, som ögonrörelser, ljud eller beröring, förefaller kunna skapa ett tillstånd av »mindfulness» – ett avslappnat tillstånd i informationsbearbetningssystemet. Detta skulle kunna skapa förutsättningar för nya tankar och perspektiv och underlätta bearbetningen av de traumatiska minnena [13]. EMDR-behandlingen tycks aktivera nätverk av associerade minnen, vilket stöder hypotesen att verksamma processer handlar om informationsbearbetning snarare än om en ren exponeringseffekt [14].

En del fynd talar för att EMDR har såväl neurobiologiska som psykologiska effekter. Genom studier med positronemissionstomografi (SPECT) har van der Kolk och medarbetare visat att tre behandlingar med EMDR tycks kunna korrigera den markerade asymmetrin hos traumatiserade personer. Detta märktes i form av ökad aktivering i Brocas område och genom ökad bilateral aktivering av bakre centralföran, vilken anges underlätta mer realistisk differentiering mellan verkligt och uppfattat hot och minska överspändhet [15].

Andra har funnit att ögonrörelserna vid EMDR leder till minskad hudkonduktans, lägre hjärtfrekvens och förhöjd kroppstemperatur [16, 17]. I en studie från 2003 fann man att ögonrörelser, i motsats till antagandet om att det kan skapas falska minnesbilder, i stället ökar framtagningen av det episodiska minnet [18]. Vilken enskild beståndsdel som är verksam i EMDR-behandlingen har ännu inte klarlagts. Den bilaterala stimuleringens betydelse för att underlätta informationsbearbetning har ifrågasatts av flera författare [19, 20].

Avsedd för PTSD och akuta stressyndrom

EMDR är en metod som har utvecklats för behandling av i första hand PTSD och akuta stressyndrom, men metoden kan tillämpas även för behandling av andra störande traumatiska minnen. Vid multipel traumatisering och komplex PTSD kan EMDR vara en del av behandlingen, där kanske merparten av be-

SAMMANFATTAT

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) är numera en evidensbaserad och internationellt accepterad psykoterapeutisk metod för behandling av traumatiska minnen och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). **EMDR** är lika effektivt som

kognitiv beteendeterapi. Vad som specifikt gör metoden verksam har ännu inte klarlagts.

Nyare forskning söker kartlägga ögonrörelsernas betydelse för aktivering av minnesfunktioner och påverkan på centrala nervsystemet.

handlingstiden går ut på att psykologiskt stabilisera patienten innan traumabearbetning kan komma till stånd.

EMDR har visat sig vara verksam även för traumatiserade barn och ungdomar [21-27].

EMDR jämfört med andra metoder

Farmakabehandling vid PTSD inkluderar antidepressiva och ångestdämpande preparat. En metastudie som jämförde farmakoterapi och psykoterapi fann att psykoterapi tycktes vara något mer effektiv som behandlingsmetod vid PTSD [28]. EMDR har i jämförelse med kognitiv beteendeterapi jämförbara behandlingseffekter på vuxenpopulationer. I flera studier har EMDR visat sig kräva färre behandlingstimmar och tolereras bättre än andra behandlingsalternativ [29-33]. Andra jämförande studier har visat mer likvärdiga resultat eller en fördel för KBT-metoder [34, 35].

I en behandlingsstudie av Power och medarbetare [36] blev 105 patienter med PTSD slumpmässigt fördelade till EMDR, KBT eller väntelista. I de aktiva behandlingsgrupperna gavs tio behandlingssessioner under tio veckor. Patienterna bedömdes av blindade skattare under och efter behandling samt efter 15 månader. Båda behandlingsgrupperna förbättrades, ett resultat som stod sig efter 15 månader, med en liten fördel för EMDR. I en välkontrollerad studie av Rothbaum och medarbetare [37], också med oberoende blindade skattare, jämfördes tre grupper av vuxna kvinnliga våldtäktsoffer med PTSD. En grupp fick EMDR-behandling, en annan förlängd exponering och en tredje grupp utgjorde en vänteliste-kontrollgrupp. Båda behandlingsgrupperna förbättrades, ett resultat som stod sig vid en sexmånadersuppföljning. Författarna skriver att EMDR tycks fungera lika bra som exponeringsbehandling trots lägre grad av direkt exponering och avsaknad av hemläxor.

Inga biverkningar rapporterade

Inga negativa biverkningar finns rapporterade i de studier som granskats. Det har kommenterats att EMDR aktiverar mindre ångest än andra terapier där exponering ingår, beroende på att exponeringen sker doserat genom patientens tankar snarare än genom konfrontation med störande bilder.

Kostnader och kostnadseffektivitet

Effektiviteten av EMDR har i flera studier visat sig vara god. Inte oväntat är effektiviteten störst för patienter med avgränsade trauman. Kostnaden för EMDR-behandling ligger huvudsakligen i det timarvode en utbildad EMDR-terapeut tar. Behandling sker mestadels i öppenvård. Behandlingens längd varierar med problemets svårighetsgrad. Vid avgränsad PTSD hos en patient med en i övrigt intakt personlighet kan 6-10 behandlingar vara tillräckligt, men för svårt traumatiserade patienter blir behandlingstiden ofta betydligt längre. Behandlingssessionen beräknas till 90 minuter.

Utbildning i EMDR förutsätter att behandlaren har kvalificerade förkunskaper (legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut eller psykiater med grundläggande psykoterapiutbildning). För att bli certifierad som EMDR-terapeut krävs erfarenhet av minst 50 EMDR-behandlingar med minst 20 klienter samt handledning av därför godkänd handledare.

Slutsatser

Det finns effektiva behandlingsmetoder för PTSD, som avsevärt kan minska psykiskt lidande hos drabbade personer. EMDR är idag en internationellt erkänd, evidensbaserad psykoterapeutisk metod, som visat goda behandlingsresultat. Önskvärt vore att tillgången till sådan behandling fanns spridd över landet. Som vid all annan psykoterapeutisk behandling ska

patientgruppen kunna garanteras att utövarna är väl förtrogna med psykiatrisk/psykologisk diagnostik och med psykoterapi i allmänhet.

*

I dagarna har två svenska behandlingsstudier publicerats som belyser EMDR-metodens användbarhet. Den ena, en randomiserad, kontrollerad studie, rör anställda vid Stockholms lokaltrafik och SJ som traumatiserats i arbetet [38]. Den andra, en pilotstudie från norra Sverige, rör kvinnor som haft traumatiska förlossningar [39]. I båda studierna gav EMDR en minskning av posttraumatisk stress.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press; 1995.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press; 2000.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2004.
- National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: NICE; 2005. (www.nice.org.uk)
- Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2005. SBU-rapport nr 171.
- Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol*. 2002;58:61-75.
- Levin P, Lazrove S, van der Kolk B. What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder by eye movement desensitization and reprocessing. *J Anxiety Disord*. 1999;13(1-2):159-72.
- Rogers S, Silver SM. Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *J Clin Psychol*. 2002;58: 43-59.
- van der Kolk B, Burbridge J, Suzuki J. The psychobiology of traumatic memory: clinical implications of neuroimaging studies. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;821:99-113.
- Barrowcliff AL, Gray NS, MacCulloch S, Freeman TC, MacCulloch MJ. Horizontal rhythmic eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *Br J Clin Psychol*. 2003;42: 289-302.
- Renfrey G, Spates CR. Eye movement desensitization: a partial dismantling study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1994;25:231-9.
- Tufnell G. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10(4):587-600.
- Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SH, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(5): 358-68.
- Van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 1998;5:126-44.
- Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol*. 2002;58:113-28.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol*. 2002;58:1071-89.
- Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:330-8.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162: 214-27.
- Power KG, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V, et al. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2002;9: 299-318.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*. 2005;18(6):607-16.