



# EMDR TIDNINGEN

Föreningen EMDR Sverige

Årgång 14, Nummer 2

December 2012

## Kära Medlem!

Detta är premiär för vår nya digitaltidning. Ett av de konkreta resultat som intensivt utvecklingsarbete inom styrelsen har lett till. Hemsidan har också en helt ny design. Hoppas ni gillar den! Styrelsen räknar med förbättrade kommunikationsmöjligheter till och mellan medlemmarna.

Detta nummer är intressant på flera sätt. Kerstin Bergh Johannesson ger återblick på årets olika EMDR händelser när och fjärran. När man summerar, märker man att föreningen har varit aktivare än man spontant kommer ihåg.

Genom Annette Aspereds artikel om EMDR och olika hörselhandikapp får vi inblick i en värld som hörande knappt kan föreställa sig.

Jag har haft förmånen att följa en kollegas arbete med traumatiserade vuxna med olika hörselhandikapp och de svårigheter arbetet ställer behandlaren inför. Men det fantastiska är att EMDR gör skillnad även här.

EMDR som behandlingsmetod utvecklas hela tiden. Detta framgår av James Samecs två artiklar.

Den som reser har mycket att berätta...

James artiklar bekräftar också hur givande det är att delta i olika konferenser och utbyta erfarenheter med kollegor från olika världsdelar.

Så har du möjlighet är deltagande i konferenser ett bra sätt att hålla sig uppdaterad och lära sig nytt och få nya kontakter.

I våras hade vi mycket uppskattade studiedagar med Jim Knipe. Läs den personliga reflektionen av Marie-Louise Löfstaf.

På vår hemsida finns information om kommande konferenser världen över.

På EMDR Europas hemsida kan man följa EMDR arbetet i olika länder i Europa

Det finns också länkar till andra organisationer som arbetar med trauma.

EMDR Europa konferensen i Madrid juni 2012 var en matnyttig och välordnad konferens. Antalet deltagare var 900 från alla världsdelar, 14 från Sverige. Många intressanta nya rön lades fram, bl.a. om EMDR och psykoser. Detta var så intressant att vi har bjudit in den spanska psykiatern Anabel Gonzales som gjorde denna presentation att komma till våra studiedagar i maj 2013, se separat annons. Hon och hennes kollega har också skrivit en intressant bok om dissociation: Anabel Gonzalez & Dolores Mosquera (2012) *EMDR and dissociation. The progressive approach*.

Hör gärna av er till styrelsen med synpunkter angående hemsidan och den digitala tidningen!

Raili Hultstrand  
Ordförande

---

## **Döva – Trauma – EMDR**

av Annette Aspered, leg psykolog, leg psykoterapeut, cert EMDR terapeut 2012

### **Psykiatriska mottagningen för döva i Älvsjö**

Psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade i Älvsjö arbetar med målgruppen döva, dövblinda och hörselskadade patienter med psykiatrisk problematik. Mottagningen startade 1972 och låg då på Långbro sjukhus. Sedan 1987 är mottagningen förlagd till Älvsjö centrum. På mottagningen arbetar läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, specialpedagog, administratörer och sekreterare. Vårt uppdrag är länsövergripande. Runt 2 000 döva och 300 dövblinda bor i Stockholm. Det finns ytterligare tre öppenvårdspsykiatriska mottagningar i Sverige. De ligger i Lund, Göteborg och Örebro.

### **Målgruppen**

Inom vår målgrupp finns en överrepresentation av arbetslöshet och därmed svag ekonomi. Ofta leder det till problem i relationer och sammanfattningsvis påverkas livsglädje och innehåll. Att leva med ständiga stresspåslag leder till följsjukdomar. Våra patienter har ofta smärtproblematik och kraftfulla ångestpåslag. Genom ständiga stresspåslag bränns kropp och själ ut. Kroppen upphör till slut att fungera. Patienter med svåra symptom och mångårigt lidande behöver ofta en förberedelse innan EMDR behandlingen kan påbörjas. Som ett komplement till EMDR erbjuder vi patienter med kumulativa trauman behandling i Mindfulness. Vi träffas 8 gånger och arbetar utifrån en manual. Vi erbjuder även en ny behandlingsmetod som kallas Breath walk, andningspromenad. Breath Walk påverkar kondition, cirkulation, hormonbalans, hjärtrytm, lungkapacitet och emotionell balans på ett positivt sätt.

### **Traumabehandling på psykiatriska mottagningen för döva i Älvsjö**

Mottagningen har för något år sedan börjat med fördjupad diagnostik gällande trauma. Under många år har vi uppmärksammat att döva och hörselskadade patienter med psykiatrisk problematik ofta har svåra trauman med sig i bagaget. I samband med att kompetensnivån gällande traumabehandling ökat, beslutade mottagningen att bygga upp en särskild traumaenhet. Leg. psykolog, leg. psykoterapeut med utbildning i EMDR samt kurator med grundutbildning i EMDR samt steg 1 kompetens i psykoterapi, båda teckenspråkiga, driver och utvecklar behandlingsenheten. Det finns idag ett mycket begränsat antal teckenspråkiga terapeuter.

Syftet med traumamottagningen är att erbjuda döva och hörselskadade patienter en evidensbaserad behandlingsmetod samt utvärdera och utveckla denna i förhållande till målgruppen.

### **EMDR**

EMDR har visat goda resultat vid traumabehandling. Vi har under året tagit emot 60 besök. Sammanfattningsvis ser vi att EMDR minskar besvär efter tidigare traumaupplevelser som påverkar livet idag. Symptomen, som vid behandlingens början visar sig i form av påträngande minnesbilder, rädslor, mardrömmar, ångest och svag självkänsla, visar vid eftermätningar positiva resultat.

EMDR är en integrativ metod där det finns kognitiva, psykodynamiska, beteendeariktade, samt hypnos inslag. Vidare är betydelsen av fokus på kropp och känsla av stor vikt vid behandling av döva. De flesta utredningsinstrument och behandlingsmodeller är idag anpassade till hörande patienter. För döva finns få utprovade metoder. EMDR har visat sig mycket lämpligt på grund av de integrativa momenten. Vi avser därför att göra en studie kring EMDR med döva patienter. Vi tror att metoden kan vara mycket användbar då den till stora delar är ickeverbal och arbetet sker i kroppen och med implicita minnen.

### **Döva och trauma**

Vi möter patienter med olika typer av trauma. Ofta handlar det om kumulativa trauman. I dag, på flera BB i landet, görs hörselscreening på nyfödda barn. Vid sexmånaders ålder genomgår barnet BOEL-test (Blicken orienterar efter ljudet). BOEL-testet är inte ett helt tillförlitligt och missar ibland grava hörselnedsättningar. Även hörande barn kan diagnostiseras som hörselskadade (J. Grenner, 2007).

Det kan gå flera år under vilka barnet är "språklöst". Detta kan påverka barnets samspel med omvärlden. Mentaliseringsförmågan och därmed symboliseringsförmågan formas i detta samspel. En "lampa" blir en "lampa" utifrån en gemensam språklig kontext. Innan språket är lampan barnets affektiva upplevelse av föremålet. Något Stern framför som preverbal upplevelse (Stern, 2011). För ett dövt barn, där föräldrarna inte tecknar, blir symbolvärlden begränsad.

Om man sedan betänker mer abstrakta begrepp som känsloupplevelser, kan det ge en bild av hur svårt det kan vara för det lilla döva barnet att få en känsla av sammanhang.

Beroende på hur gammalt barnet är när det får ett språk, påverkas med säkerhet barnets relationer till andra människor. Att tidigt upptäcka dövhet och hörselskada kan leda till att barnet får ett tryggare inre, och blir mer förberedd att gå ut i livet. En språkligt stimulerande miljö i förskola och skola stärker barnet för livet och påverkar även den normala utvecklingen och språkutvecklingen.

Theory of mind (ToM) inbegriper förmågan att förstå saker ur en annan persons perspektiv.

I ett experiment som gjordes i England fylldes ett så kallat Smarties-rör (chokladlinser) med pennor. När barnen tillfrågades om vad röret kunde tänkas innehålla svarade de "godis" ("smarties"), ett logiskt svar. Sedan öppnas röret och barnet fick se att det innehöll pennor. Nu berättade testledaren att röret skulle visas för en av barnets kompisar, barnet tillfrågas vad den trodde att kompisens skulle svara. Om barnet är 4 år eller äldre svarar det "Smarties" och om det är 2-3 år svarar det pennor. Förmågan att tänka på hur andra tänker är en viktig färdighet när det gäller social interaktion och lärande.

Amerikansk forskning visar att döva barn som lär sig teckenspråk från födseln utvecklar ToM i samma takt som hörande barn. Döva småbarn som inte lärt sig teckenspråk, eller som har fördröjd språkutveckling har samma grad av ToM som hörande autistiska barn (Woolfe m fl.2003). Andra studier visar att hörande mammor som är bra på att teckna har döva barn med högre färdigheter i ToM jämfört med döva barn som har mammor som inte kan teckna

(Peterson & Siegal, 1999). En studie i Storbritannien visade att döva barn med hörande syskon som tecknar har bättre ToM än de med syskon som inte tecknar (Woolfe mfl, 2003).

Att vara ensam döv bland hörande, hur kan det påverka det lilla barnet?

Det döva barnet kan få svårt att få kompisar i en hörande miljö. Syskon och kusiner kan tvingas umgås med barnet, grannbarnen kanske mobbar barnet på grund av rädsla för "det okända", släkt som inte tecknar glömmer barnets närvaro, vuxna talar med varandra över huvudet på det hörselskadade/döva barnet, barnet har inte möjlighet att delta i samtalen, relationer med föräldrar och andra människor blir ytliga då teckenspråket saknas hos nätverket. Föräldrarnas och släktens syn på ett hörselskadat/dövt barn kan variera. Skam och rädsla kan prägla mötet. Svårigheter att umgås kan leda till att föräldrarna ger upp eller förenklar kommunikationen.

Hörselskada och dövhet "syns inte". Barnet blir bemött som det skulle vara hörande, och beroende på funktionshindret påverkas relationer till omgivningen. Barnet kan uppfattas som "mindre vetande". Barnet kan bli självfokuserat och undra: "Varför just jag? Varför hör jag inte? Jag vill vara normal". Det är frustrerande att ha ett vanligt, normalt utseende och inte kunna kommunicera på grund av sitt dolda handikapp.

Hörselskadade som gått integrerade i vanliga klasser berättar om hur de utsatts för mobbning, utfrysning och ofta blivit mycket ensamma och isolerade.

Barnets självkänsla blir låg och för att överleva knyter ofta barnet starka band till döv-världen. Där kan de dela negativa erfarenheter från barndom och uppväxtår.

Många döva barn får lämna hem och föräldrar för att flytta till specialskolor för döva eller hörselskadade. På fem orter i Sverige finns statliga specialskolor för barn med dövhet eller hörselskada. Dessa ligger i Stockholm, Örebro, Göteborg, Härnösand och Lund. Alla föräldrar har inte möjlighet att flytta från hemorten för att följa med barnet.

Flera vuxna döva vittnar om övergrepp i samband med att de som barn vistats på dövskolor samt bott i främmande familjehem eller elevhem.

I Örebro finns riksgymnasiet för döva, RGD, och riksgymnasiet för hörselskadade ungdomar, RGH, och även ett riksiddrottsgymnasium för döva. RGD har funnits sedan 1967 och RGH sedan 1984. Till gymnasieskolorna i Örebro flyttar i stort sett de flesta döva ungdomar. Det är en stor omställning i livet. Samtidigt med positiva upplevelser av möjligheter att få en spännande utbildning, anpassade fritidintressen och många nya kompisar, får många ungdomar problem att sköta sin ekonomi, då de är endast 16-17 år när de kommer till skolan.

I flera fall kan ungdomar börja missbruka alkohol och droger. I samband med detta kan de falla ur skolan, hamna i situationer som leder till trauman. Det kan vara övergrepp, slagsmål och kriminella handlingar. På grund av det väljer ibland ungdomar att avsluta sina studier och flyttar hem. Vissa söker på nytt medan andra väljer bort gymnasieutbildning. Åter samlas negativa erfarenheten av misslyckande.

En stor grupp döva kommer idag från utomeuropeiska länder. Dessa döva har ofta levt språklösa och ibland varit en "skamfläck" i familjen och då blivit undandömda. Andra har fått leva "enligt hörandes villkor" och tvingats anpassa sig till den "hörande världen". Med en svag självkänsla och traumatiska upplevelser i bagaget har dessa döva ibland utsatts för nya återkommande övergrepp. En av våra döva patienter berättar om hur bomber föll runt honom och hur han sökte skydd genom att följa efter andra människor som sprang i olika riktningar. Denna patient har sedan 15 år tillbaka bilder av detta förlopp med sig dagligen.

Vi möter döva kvinnor som upprepade gånger utsatts för sexuella övergrepp, våldtäkter, utnyttjade i de relationer de lever i. Hur kan vi förstå dess kvinnor?

Vi har träffat döva patienter från krigsdrabbade länder, som inte kunna använda hörsel för att skydda sig, utan fått orientera sig utifrån tolkning av omvärldens ansiktsuttryck. I december 1994 blev en döv kvinna skjuten till döds vid det så kallade Stureplansmordet. Tre män, som nekats inträde till en nattklubb, sköt vilt omkring sig och flera människor dog. Kvinnan hade inte hört vad som pågick och kunde därmed inte skydda sig. Hon var en känd person i döv världen och flera döva påverkade starkt av detta trauma.

I schematerapin talar man om begreppet "livstema". Livshistorien skapar överlevnadsmönster (Young, 2010). Freud talade om upprepningstvång, vilket innebär att "man vandrar de vägar man känner till". Om ett barn blivit utsatt för övergrepp kan detta mönster fortsätta upp i vuxen ålder. Francine Shipiro talar om "the past is in the present" och "unprocessed memories". Människor som varit med om omvälvande händelser tappar ofta tilltron till andra människor. I behandlingen kan det vara svårt att hålla fokus. Patienter som varit med om svåra trauman kan hålla dessa borta genom att tappa fokus och dra ner vikten av det inträffade. På mottagningen ser vi ofta en koppling mellan trauma och smärtproblematik.

### **EMDR för döva**

Att behandla döva skiljer sig från behandling till hörande. Behandlingen tar längre tid, man måste tänka på placeringen i rummet, tolk kan behövas, vissa patienter behöver avläsa läppar och hörselskadade och döva använder andra sinnen än hörsel.

Att sedan ta hänsyn till det jag tidigare nämnt om, mentaliseringsförmågan, och i många fall en begränsad symbolvärld, leder till att arbetet kan ta tid. Det gäller att etablera en trygg anknytning och bygga upp en känsla av mening och sammanhang. Att skapa en helhet i en ofta fragmenterad värld.

Många tror att teckenspråket är internationellt, men så är inte fallet. Varje land har sitt språk. Många länder förbjuder döva att använda teckenspråket, de tvingas tala och läsa på läppar. Fram till början på 80-talet var teckenspråket inte officiellt erkänt i Sverige och tidigare har döva även i vårt land förbjudits använda det egna språket.

Det är viktigt att veta att teckenspråket inte är en översättning av svenska utan ett helt fristående språk med egen grammatik. Döva har även en egen kultur som är viktig att förstå i mötet med patienter.

Så när vi behandlar patienter med trauma observerar vi kommunikativa uttryck på flera nivåer, vad säger patienten, hur förstå teckenspråket, vad förmedlas på ett ickespråkligt plan, vad är kulturellt betingat?

Genom att vi är teckenspråkiga slipper vi använda tolk. Genom att ha tolk får man in, ytterligare ett filter i rummet. Tolken kan missförstå, omformulera och patienten kan påverkas av tolkens närvaro. Vidare är döv världen en liten värld där många känner varandra. En rädsla att lämna ut sig kan påverka behandlingen.

### **Hur gör vi?**

Vid mer komplexa ärenden är vi två terapeuter. Den ena utför behandlingen och den andra observerar, sköter teknik och tar anteckningar. Vi är båda teckenspråkiga. Genom att vara två terapeuter får vi bättre möjlighet att observera det som sker i rummet och klientens alla reaktioner. Vi arbetar även enskilt i behandling.

### **Referenser**

- Peterson, C.C & Siegal, M. (1999) *Representing inner worlds: Theory of Mind in autistic, deaf, and normal hearing children. Psychological Science, 10, 126-129.*
- Shapiro, Francine (2012) *Getting past your past*. Rodale
- Solomon, J & George, C (1999) *Attachment Disorganization*. The Guilford Press
- Stern, D (2005) *Ögonblickets psykoterapi, om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Natur och Kultur
- Woolfe, T., Want, S.C., & Siegal, M. (2003) *Siblings and Theory of Mind in deaf native signing children. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 8, 340-347.*
- Young, J (2010) *Lev som du vill och inte som du lärt dig*. Natur och Kultur

### **Rapporter**

Jan Grenner (2007) *Neonatala hörselundersökningar i Region Skåne, rapport till Regionstyrelsen*. Audiologiska avdelningen, ÖNH-kliniken i Lund

---

## **När patienten inte vill eller kan berätta**

(James R. Samec, leg. psykoterapeut, psykoterapihandledare och EMDRIA-Approved Consultant)

Ibland träffar terapeuten en patient som inte vill eller inte kan berätta vad som har hänt honom eller henne och alltså väljer att hålla materialet som kommer upp under EMDR-bearbetning för sig själv. EMDR är unikt bl.a. för att själva behandlingen kan fortskrida utan att patienten behöver berätta vad som orsakat oron (Minnet i EMDR-termer) eller om sina associationer under bearbetningen (Shapiro, 2001, s. 132.)

Men hur kan terapeuten veta att en bearbetning sker? Detta har beskrivits tidigare (Samec, 2005 och 2009). Kortfattat: Tillvägagångssättet förutsätter att terapeuten har gått igenom EMDR fas 1 och 2 med patienten, vilket inkluderar att man uppmärksammar eventuella dissociativa symtom. Därefter följer terapeuten EMDR-standardprotokollet. Det vill säga att terapeuten ber patienten att ta upp ett minne som patienten vill arbeta med, patienten kan hålla detta för sig själv. Man frågar efter det mest störande ögonblicket (bilden), vilket patienten också kan hålla för sig själv. Negativ och positiv kognition behöver däremot terapeuten veta. Även VOC, känslan, SUD och kroppsupplevelsen. Därefter initieras bilateral stimulering (BLS). Efter en omgång, undersöker terapeuten vad det är som kommer för patienten.

Om patienten vill hålla det för sig själv, frågar terapeuten om det som patienten håller för sig själv är detsamma eller annorlunda. Om svaret är att det är annorlunda, vilket indikerar bearbetning, initieras en ny omgång av BLS.

Men om svaret är att det är det samma, även när det gäller känslan och kroppsupplevelse, frågar terapeuten om det är mer, mindre eller av samma intensitet som förr. Om det är mer eller mindre, indikerar det att en bearbetning sker och en ny BLS-omgång kan initieras. Om det är detsamma, kan terapeuten göra en BLS omgång till, men om patienten rapporterar att ingen ändring sker, dvs, samma bild, känslan och kroppsupplevelse med samma intensitet, då ber terapeuten att patienten går tillbaka till minnet och undersöker vad det är som kommer för patienten. Författaren använder sina pekfinger som föreställer en skala när han undrar om det som kommer för patienten är mer, mindre eller samma nivå av intensitet.

När jag nyligen beskrev metoden på emdr list serve (en internet diskussions sajt för EMDR-terapeuter) till Linda Bannerman (2012) som undrade om hur man tillämpar metoden, visade det sig att ett antal kliniker, bl.a. Robbie Tapia-Adler (2012) och Ricky Greenwald (2012), använder sig av samma eller liknande metoder. Även Dr. Richard P. Kluft, psykoanalytiker, hypnos- och EMDR-psykoterapeut och expert på dissociativa störningar, gör det, dock med vissa förbehåll (2012). Jag uppskattar de nyanser som finns i hans punkter och frågade honom om jag får vidarebefordra dem till svenska EMDR-terapeuter, vilket han godkände.

När det gäller patienter som vill hålla det de varit med om för sig själva bör man tänka på följande, enligt Kluft (översatt av författaren):

- 1) Generaliseringar om att EMDR-arbete kan göras när terapeuten inte känner till innehållet av vad patienten håller för dig själv är ohållbara. Ibland fungerar detta tillvägagångssätt väl och ibland inte. Ibland befinner sig klinikern i ett ingenmansland och har verkligen ingen aning om huruvida traumabearbetningen varit fullständig för att nå ett optimalt resultat. Förutom material som patienten inte delar med terapeuten under terapin, kan patienten även hålla material för sig själv som hon vägrar att ta itu med även i total avskildhet.
- 2) Mycket av det positiva med att terapeuten blir ett vittne till det som patienten har varit utsatt för är en helande faktor, vilket Judith Herman väl beskrivit. Detta riskerar att förloras, eller åtminstone minskas betydligt, om patienten håller material för sig själv.
- 3) Det finns alltid en risk med att bearbeta den traumatiska erfarenheten utan att ta itu med skammen som tillhör traumat. Om skammen inte kommer i fokus kan en väldigt stor del av den psykiska skadan associerad med fysiska och/eller sexuella övergrepp eller försummelse lämnas obearbetad eller ofullständig.
- 4) DES är ett bra test för grovsortering när det gäller dissociation, men även en förnuftig person kan lätt gömma dissociativa symtom. Validiteten av DES går förlorad när en patient är oärlig i sina responser. När terapeuten tror att bearbetning av okänt trauma material pågår, är det möjligt att allt är bra, men det kan också vara möjligt att patienten låtsas för att förhindra avslöjandet av dissociativa symtom och/eller strukturer. Risken finns då att materialet hålls borta från terapeuten.

5) Det kan hända att det inte bara är terapeuten i den terapeutiska dyaden som inte vet vad som pågår. Om terapeuten inte är helt bekväm med patientens ärlighet och grad av självkänedom, bör terapeuten tänka på att bearbetning av ett okänt trauma är som att dyka med huvudet först i okänt vatten. Men det är patienten som dyker och om det finns mer i djupet där än vad patienten känner, är det farligt.

Med tanke på ovanstående faktorer bör terapeuten medvetet och försiktigt hjälpa den patient som är tveksam till att dela med sig av traumatiskt material att förstå eventuella nackdelar av att hon håller materialet för sig själv. Patienten bör informeras och helt förstå riskerna som kan uppstå när materialet undanhålls.

Trots att "håller för sig själv" metoden har varit till enorm hjälp för mig i mitt kliniska arbete, även med patienter som dissocierar, hoppas jag att de som tänker tillämpa denna metod överväger Klufts punkter i varje enskilt fall.

### *Referenser*

- Adler-Tapia, R. (2012). Svar till L. Bannerman och emdr list deltagare på [emdr@lists.com](mailto:emdr@lists.com) (5 september)
- Greenwald, R. . (2012). Svar till L. Bannerman och emdr list deltagare på [emdr@lists.com](mailto:emdr@lists.com) (4 september)
- Kluft, R. (2012). Svar till J. R. Samec och emdr list deltagare på [emdr@lists.com](mailto:emdr@lists.com) (4 september)
- Samec, J. R. (2005). Dorothys dilemma: När en patient inte har en trygg bas för behandling i *Insikten*, 3: 44-47
- Samec, J. R. (2009). Patienter som inte berättar. *EMDR tidningen*, 2: 12-14.
- Samec, J. R. (2012). Svar till L. Bannerman och emdr list deltagare på [emdr@lists.com](mailto:emdr@lists.com) (4 september).
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. Andra utgåvan. New York: Guilford.

---

## **Vad gör EMDR så effektivt?**

*Kerstin Bergh Johannesson*

EMDR-terapi är numera en internationellt accepterad behandlingsmetod för PTSD. Den skepticism som fortfarande kan märkas från vissa håll, trots att EMDR visat likartad effektivitet som traumafokuserad KBT (Bisson et al, 2007, Powers et al, 2012) och tom visat sig mer tolerant och snabbare (Nijdam, 2012; Rothbaum, 2005) skulle kunna härröra från att det fortfarande diskuteras vad det är som gör metoden verksamt. Hur tänker man idag kring detta? Jag ska här göra ett försök till sammanfattning från aktuell forskning.

Ursprungligen trodde man att EMDR var KBT plus ögonrörelser, och att man lika gärna kunde utlämna ögonrörelserna. Resultaten från en lång rad studier tyder på att ögonrörelser förefaller ha en genuin betydelse för processen (Schubert, Lee & Drummond, 2011). Dock saknas ännu en tillräckligt stor rigorös randomiserad kontrollerad klinisk studie med deltagare med PTSD för att säkert kunna fastslå detta. Att ta reda på mer om detta kan vara viktig för kunskapen om ögonrörelsernas betydelse.

Flera teorier har framförts avseende verkningsmekanismer. En tidig teori fanns att ögonrörelser gynnar kommunikation mellan hjärnhalvorna (Christman & Propper, 2001). Detta är en teori som varit populär bland EMDR-terapeuter.



Forskningsresultaten är dock inte entydiga. Både horisontella och vertikala ögonrörelser har visat sig lika effektiva i att minska tydligheten och laddningen i utvalda minnen (Gunter och Bodner, 2008) och man inte kunnat se någon ökad interhemisfärisk koherens (Samara et al, 2011). Dessa resultat indikerar att teorin om en ökad kommunikation mellan hjärnhalvorna med horisontella ögonrörelser inte har kunnat säkerställas.

En idé som testats är om EMDR-behandlingen skulle kunna ha att göra med arbetsminnet (Engelhard 2012), vilken stöder hypotesen att verksamma processer handlar om informationsbearbetning snarare än om en ren exponeringseffekt. Arbetsminnet används för att utföra kognitiva uppgifter, och det har en begränsad kapacitet. Om man gör två saker samtidigt blir det en konkurrens om uppmärksamheten på grund av denna begränsning. Om man alltså tänker på ett minne och samtidigt rör ögonen fram och tillbaka finns mindre kapacitet kvar för minnet. Effekten borde då bli att minnet blir vagare.

När man lyfter fram ett minne är detta minne känsligt för förändring, och kan därefter förstärkas i långtidsminnet. På detta sätt kan minnet bli tydligare och mer realistiskt. Enligt arbetsminnesteorin skulle kombinationen av att återhämta minnen tillsammans med ögonrörelser leda till det motsatta (Engelhard 2012). Flera studier har gjorts utifrån denna teori, och visat att inte bara horisontella ögonrörelser utan också vertikala, men också andra krävande uppgifter kan få minnet att blekna, t.ex. räkneuppgifter, att rita komplexa figurer, spela Tetris etc. Utifrån samma teori skulle plågsamma ångestfyllda framtida förväntningar också påverkas när arbetsminnet utmanas, vilket holländska forskargrupper har visat varit möjligt. Implikationerna av detta senare fynd är att EMDR skulle kunna vara en verksam metod för exempelvis förväntansångest.

Teorin om arbetsminne förutspår en dos-respons-relation på så vis att den dubbla uppgiften inte bör vara för lätt men inte heller för svår. Ett alternativ till ögonrörelser vid EMDR-behandling är att använda ljudstimulering, alltså en ton som går växelvis från öra till öra. Eftersom att lyssna till ljud är en passiv uppgift innebär detta att arbetsminnet inte utmanas i lika hög utsträckning. Man skulle därför kunna vänta sig att ljudstimulering inte är lika effektivt som ögonrörelser. Den holländska forskargruppen kom också fram till resultat som stärker detta antagande. I kliniskt arbete är det samtidigt viktigt att anpassa behandlingen utifrån individuella förutsättningar. För vissa klienter kan ögonrörelser vara alltför utmanande, varför det är bra att ha alternativ som för en enskild klient passar bättre. Växelvis bilateral stimulering som ögonrörelser, ljud eller beröring förefaller också kunna skapa ett tillstånd av "mindfulness", ett avslappnat tillstånd i systemet för informationsbearbetning. Detta skulle kunna skapa förutsättningar för nya tankar och perspektiv och underlättar bearbetningen av de traumatiska minnena. Andra forskargrupper har undersökt effekten av EMDR utifrån neurobiologiska aspekter. Studier talar för att EMDR har såväl neurobiologiska som psykologiska effekter. Pagani och medarbetare (Pagani et al, 2012) har genom avancerade EEG-mätningar kunnat följa neuronal aktivering under fullständiga EMDR-sessioner. En aktuell studie beskriver olikheter i EEG-aktivering under den första EMDR-sessionen och under den sista. Tio patienter med PTSD jämfördes med en kontrollgrupp utan PTSD som fick gå igenom samma procedur. Resultaten av studien visar att framgångsrik behandling leder till att den neuronala aktiviteten skiftar från prefrontal- limbiska cortex till parieto-occipitala associativa cortex, vilket skulle tyda på en ökande kognitiv bearbetning av traumatiska upplevelser. Resultaten från studien tyder också på förekomsten av distinkta neurobiologiska mönster av hjärnaktivitet under bilateral ögonstimulering.

### *Slutsatser*

Det finns ett relativt stort stöd för att ögonrörelser har betydelse för effektiviteten i EMDR-behandling och för att det finns en teoretisk grund för detta (Jeffries & Davies, 2012). Önskvärt vore förstås att kunna tillskapa tillräckligt stora kliniska studier för att kunna dra helt säkerställda slutsatser. Teorierna om arbetsminne och de neuropsykologiska effekterna är mycket intressanta. Oavsett vad som är viktigast så är EMDR en effektiv behandling för effekten av plågsamma minnen.

### *Referenser*

- Bisson JJ, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007 Feb;190:97-104.
- Engelhard IM. Making science work in mental health care. *European journal of psychotraumatology*. 2012;3.
- Gunter RW, Bodner GE. How eye movements affect unpleasant memories: support for a working-memory account. *Behav Res Ther*. 2008 Aug;46(8):913-31.
- Jeffries FW, Davis P. What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. *Behav Cogn Psychother*. 2012 Oct 29:1-11.
- Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, de Jongh A, Olff M. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012 Mar;200(3):224-31.
- Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS One*. 2012;7(9):e45753.
- Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2010 Aug;30(6):635-41.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*. 2005 Dec;18(6):607-16.
- Samara Z, Elzinga BM, Slagter HA, Nieuwenhuis S. Do Horizontal Saccadic Eye Movements Increase Interhemispheric Coherence? Investigation of a Hypothesized Neural Mechanism Underlying EMDR. *Front Psychiatry*. 2011;2:4.
- Schubert SJ, Lee CW, Drummond PD. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *J Anxiety Disord*. 2011 Jan;25(1):1-11.
-

## Certifierade EMDR-terapeuter december 2012

Vid felaktigheter maila [info@emdr.se](mailto:info@emdr.se)

Abrahamsson  
Bengt  
af Ekenstam Anita  
Abdulbaghi Ahmad  
Akterin Charlotte  
Alm Lennart  
Andersson Ann-  
Sofie  
Andersson Linda  
Andersson Mona  
Aspered Anette  
Avaki Åsa  
Ax Eva  
Bengtsson Jill  
Bergh Johannesson  
Kerstin  
Berglund Sten  
Berglund Sussie  
Bergman Emma  
Beser Aniella  
Bingstål Ylva  
Bjälke Christer  
Björn Madeleine  
Björn-Persson  
Maj-Britt  
Bodin Iris  
Bodlund Ullabritt  
Bogren Monica  
Bolin Helen  
Botella Charlotte  
Brage Britt-Marie  
Braun Aline  
Britz Carin  
Brynielsson  
Johanna  
Bylund Maria  
Carlsson Lena  
Caton Lena  
Cederström  
Caroline  
Cifuentes Garcia  
Jeannette  
Chu Monica  
Dahlbom  
Jakobsson Lena  
Danielsson Karin  
Daire Annmari  
Delberg Persson  
Gunny  
Djerf Sture  
Eriksson Christer  
Eriksson-Block Eva  
Falkner Eva  
Frantzich Åke

Fredin Ingela  
Fredin Krister  
Friberg Margareta  
Frick Birgitta  
Fällberg Maria  
Garpe Fredrik  
Gauffin Leif  
Gerge Anna  
Granberg  
Margareta  
Griebel-Panke  
Andrea  
Grind Sören  
Guldbrand Britt-  
Marie  
Gustafsson Jan  
Gustafsson Mona-  
Lis  
Göransson Therese  
Görning Christina  
Göland Agneta  
Haga Gun  
Hammarlund C G  
Hansson Kerstin  
Hansson Ulf  
Hallberg Lillemor  
Hederus Anna  
Hellstedt Doreen  
Hermanrud  
Christina  
Hildebrand Dolores  
Hindersson Olle  
Hultmann Ole  
Hultstrand Raili  
Högberg Göran  
Ingemansson  
Gunvor  
Isaksson Anna  
Jakobsson Tommy  
Jansson Elisabet  
Jerrelid Inkeri  
Johansson Carina  
Johanell Ingemar  
Jormfeldt Kersti  
Jönsson Lena  
Klauber Olga  
Kvarnbrink Åsa  
Kärkkäinen Teija  
Labitzke Jutta  
Lallerstedt Christer  
Lampinen Kjell  
Lander Christina  
Levin Sven-Erik  
Liljeqvist Marie

Lillieroth Christina  
Lindah Charlotta  
Lindberg Bo  
Lindén Kjerstin  
Lindman Eva  
Lindgren Åsa  
Lindqvist Mona  
Lindroth Gudrun  
Lindström Eva-  
Maria  
Lindström Gerd  
Lundbäck Eva  
Lundmark  
Marianne  
Lundqvist Ardmär  
Ingegerd  
Lydén Margareta  
Löfstaf Marie-  
Louise  
Markevind  
Marianne  
Macke-Alström  
Rosanne  
Martinell Vestin  
Anne  
Mogren Anne-Marie  
Mårtensson Mats  
Möller Söderberg  
Anne  
Niehof Jeanette  
Nilsson Anne-Marie  
Nilsson Lennart  
Nilsson Marianne  
Nilsson Maud  
Noresjö Olaison  
Ann-Marie  
Nyman Sture  
Oknelid Bodil  
Olingdahl Gerd  
Ohlsson Signe  
Olander Elowson  
Margareta  
Olsson Satu  
Oras Reet  
Persson Jarl Lill  
Pirilä Jouni  
Pousette Susanne  
Påemius Birgitta  
Ranch Maria  
Riis Maire  
Rincon Jorge  
Romare Ulrika  
Rommel Catharina  
Rudstam Gabriella

Råberg Carl-Johan  
Räihä Tommi  
Samec James  
Samuelson Helena  
Sandström  
Marianne  
Schultz David  
Simonsson Karin  
Skahlin-Sahlin  
Susan  
Stahlheuer  
Marianne  
Stensberger Anne  
Strand Sofia  
Svartengren Mirja  
Svensson Jiri  
Svensson Martin  
Sundqvist Gunilla  
Söderström Bodil  
Söndergaard Hans  
Peter  
Taheri, Mahnaz  
Thorné Elisabeth  
Thulin Annika  
Wahlström Karin  
Waltå, Sinikka  
Wermelin de Lange  
Ingrid  
Westerling Astrid  
Wikström Anders  
Winborg Ingmarie  
Wretling Ola  
Wächter Margareta  
Yderberg Nina  
Yllner Styrbjörn  
Zaunders  
Margareta  
Zeziola Berg Maria  
Ziemilis Kristaps  
Öhlen Birgitta  
Österberg Christer  
Östlin Mia  
Östlund Eva-Maria

---

Terapeuter som inte  
recertifierat sig  
och/eller inte betalat  
medlemsavgiften är  
borttagna från  
listan.

## Mina intryck från årets studiedagar i Stockholm med Jim Knipe

Marie-Louise Löfstaf, leg sjuksköterska/leg psykoterapeut, certifierad EMDR terapeut

När Charlotta Lindahl frågade om jag kunde tänka mig att skriva någon personlig reflektion från årets studiedagar så hamnade jag först automatiskt i min högra hjärnhalva och rent fysiskt kunde jag minnas hur det kändes när jag som 10 åring stod framme vid svarta tavlan och skrev fel siffra på mattetalet som skulle räknas ut av mig. Men med ett mentalt "kuddkrig" tog jag mig till vänster hjärnhalva och insåg att jag nu är 58 år och inte helt dum i huvudet.

Så visst här kommer det mina ytterst spontana och personliga reflektioner från årets studiedagar med Jim Knipe från Colorado och hans Verktyglåda (EMDR Toolbox). Om hur man hjälper människor med komplex PTSD och dissociativa störningar.

Hans sätt att redogöra för detta gav goda avtryck på mig. Det var empatiskt, pedagogiskt och därtill mycket spännande och gjorde intryck synmässigt, hörselmässigt och känslomässigt. Helt enkelt kändes det i hela kroppen. Jag kan nu när jag skriver detta höra hans milda och bestämda röst säga "Stay with that" Han visade så tydligt att vi som behandlare kan våga vara med våra patienter. Tre ord kommer för mig: Empati, Orädd och Humor.

Det är med viss sorg i hjärtat som jag kan konstatera att det är allt för få patienter (i Sverige) som får ta del av den här riktigt goda behandlingen. Jag kunde ändå känna mig stark och positiv i det att jag faktiskt kan göra något för de patienter jag har här och nu. Jag hoppas att den här typen av kunskap får sprida sig. Jag fick personligen kraft att våga "nya grepp" och det känns gott att vara inspirerad för jag märker att mina patienter märker att jag är inspirerad och att det också är läkande.

Genom otroligt starka och instruktiva videoinspelningar fick vi ta del av behandlingar med komplext traumatiserade människor. Jag vet inte vilken film av någon begåvad regissör som hade kunnat vara mer spännande. Att få följa visuellt hur en person med vägledning av en kunnig empatisk (Jim) terapeut vågar gå in i FARAN och sedan, den sköna känslan i slutet av den otäcka spännande filmen, att få uppleva lättnaden och befrielsen när faran är över. Faran är över nu! Personen är här och nu. Från amygdala till hippocampus. Från höger till vänster hjärnhalva. För att på sikt skapa ett gott och ständigt samarbete mellan hjärnhalvorna.

Jim Knipe sa att "dual attention" inte behöver vara bilateral stimulering. Det kan också vara att skifta från att tänka på det förflutna traumatiska minnet till närvaro i rummet (här och nu). Det var även väldigt instruktivt att se hur man kunde göra så att säga "tvärtom". Patienten fick välja hur många sekunder han/hon blundandes ville/vågade titta på traumat: "Look at that little child". Det kunde bli allt från 2-10 sekunder men patienten fick välja och det är viktigt. Vi kunde då som åskådare till filmen verkligen se i patientens fysiska uttryck hur hon/han blev liten. Därefter när patientens valda sekunder gått frågade Jim exempelvis: Var är du nu? Eller: Titta dig omkring! När patienten då med sömning eller förvirrad blick såg sig omkring i rummet och kunde konstatera att hon/han var i rummet hos sin terapeut så förstärktes detta med valfri (som patienten valt innan) bilateral stimulering. Om det var så att patienten fortsatte att dissociera kraftfullt och inte kunde komma till "här och nu" då kom det lekfulla "kuddkriget" in. När patienten var här och nu så stärktes det hela tiden med den bilaterala stimuleringen. Vad jag menar med "tvärtom" är således att patienten tittar på minnet utan bilateral stimulering och därefter bilateral stimulering på närvaron i nuet. Detta fortsatte sedan växelvis tills patienten vågade mer och mer (se på traumat). Sedan kunde den närvarande vuxna personen (patienten) titta på den lilla traumatiserade delen.



Den närvarande vuxna fick svara på standardprotokollsfrågor som exempelvis: Var är rädslan i hennes kropp? (ett svar). Kan den lilla känna tappingen eller "surrarna"? Det vi kunde se var ett helt fantastiskt egostate arbete i kombination med EMDR.

Det som gav intryck på mig var även att se och lära hur man faktiskt kan använda allt patienten säger eller gör i en god behandling. Motstånd, skamkänslor, idealisering, allt kan användas. Vi såg patienten som kom och sa: "Jag vill verkligen inte prata om det här idag!"

Terapeuten: "Hur mycket är det på en skala från 1-10 som du inte vill prata om det."

Patienten: "10". Terapeuten: "Stay with that" (tänk på det), under bilateral stimulering. Även om SUD siffran inte går ner till 0-1 under behandling så pekade Jim på det viktiga i att patienten alltid ska få med sig av det arbete som är gjort. "Vad lärde du dig idag?" vilka nya erfarenheter har patienten fått med sig.

Personligen lärde jag mig en hel del nytt om "addiction" (jag gillar det engelska ordet för att det är mer heltäckande). Att det faktiskt är ett försvar mot posttraumatisk stress. Att det inte bara handlar om droger och alkohol utan även sex, shopping, teve, tevespel, dataspel OCH procrastination (som jag aldrig hört talas om men funderat mycket på som fenomen). Någon i salen förklarade att det var att "skjuta upp saker". Det är nog många av oss som kan fundera på den saken!

Jag blev inspirerad! Jag satte genast igång att pröva det nya jag fått till mig.. Det känns väldigt bra att ha kompendiet. Det är lätt att följa och jag ser de olika patienterna framför mig. Jag blev starkt inspirerad av denna varma, ödmjuka och kunniga person som Jim Knipe är.

*/Marie-Louise Löfstaf*



*Jim Knipe*

## Här kommer ytterligare några bilder från studiedagen i maj 2012

---



*Ordförande Raili Hultstrand hälsar alla välkomna*



*Föreläsning*



*Alla lyssnar koncentrerat*



*Jim Knipe hälsas välkommen av Kerstin Bergh Johannesson*



*Gunvor Ingemansson och Lennart Alm vid registreringen*

## Föreningen EMDR Sverige

### Protokoll från årsmöte 11 maj 2012



Ordförande Bo Ahlstedt och sekreterare Ingela Fredin

1. Årsmötet öppnades av föreningens ordförande, Raili Hultstrand.
2. Till mötesordförande valdes Bo Ahlstedt.
3. Till mötessekreterare valdes Ingela Fredin.
4. Dagordningen godkändes.
5. Till justeringspersoner tillika rösträknare valdes Satu Olsson och Marie-Louise Löfstaf
6. Årsmötet konstaterade att kallelse skett enligt stadgarna.
7. Beslutades låta närvarolistan utgöra röstlängd.
8. Styrelsens verksamhetsberättelse godkändes.
9. Revisorernas berättelse godkändes.
10. Resultat - och balansräkningen godkändes.
11. Frågan om disposition av överskottet 2011 togs upp. Beslutades att balansera överskottet i ny resultaträkning.
12. Styrelsen beviljades ansvarsfrihet.
13. Val av ordförande. Till ordförande för kommande verksamhetsår valdes Raili Hultstrand (omval 1 år).
14. Till styrelseledamöter valdes Charlotta Lindahl (omval 2 år), Lennart Alm (omval 1 år), Kerstin Bergh-Johannesson (omval 1 år), Ingela Fredin (omval 1 år), Ulf Hansson (omval 1 år), Bodil Söderström (omval 1 år) samt Jutta Labitsky (nyval 2 år). Gunvor Ingemansson avgår ur styrelsen, ny kassör utses av styrelsen.
15. Val av revisorer. Till revisorer valdes Carin Britz (omval 2 år) och Gerd Olingdahl (omval 2 år). Marianne Lundmark (omval 1 år) och Anna Hederus (omval 1 år) valdes till revisorsuppleanter.
16. Val av valberedning. Till sammankallande valdes Madeleine Björn (omval 1 år). Övriga ledamöter Anne Stensberger (omval 2 år), Aline Braun (omval 2 år) och Gunvor Ingemansson (nyval 2 år). Krister Fredin avgår.
17. Redovisning av beslut vid förra årsmötet.
18. Planer för kommande år  
Styrelsen arbetar för en ny Hemsida, där det också skall finnas möjlighet till medlemskontakt.  
Nästa års studiedag ej bestämt ännu, men Joanie Spierings har diskuterats.  
Lokal studiedag i Umeå planeras 2012 10 26.  
Barndagar planeras – Margareta Friberg.  
Behov finns att utbilda nya handledare.  
Styrelsen arbetar för att fler skall bli medlemmar.  
Certifieringsgruppen re-certifierar, men varje person måste hålla reda på när det skall göras. För dem som är handledare räcker det med att re-certifiera på den nivån för att behålla ordinarie certifiering.
19. Beslutats att medlemsavgiften höjs till 500 kr/år och pensionärer från 67 år får lägre avgift – 300 kr. Avgiften till EMDR Europa har höjts.  
Beslutats att prenumeration på EMDR-Journals nättidning ingår i medlemsavgiften (kollektiv anslutning).

20. Inga motioner har inkommit.

21. Övriga frågor

Reet Oras, sammankallande i HAP-gruppen, berättar om projekt aktuella för HAP (Humanitarian Assistance Program) och till vad HAP i Sverige hittills har bidragit med pengar. Estland har fått en del bidrag, men klarar sig bättre nu på egen hand.

Reet Oras har idéer om ett nytt projekt i Tanzania, som blivit aktuellt efter att ett stort vapenförråd exploderade med ett 70-tal döda och över 300 skadade. Reet har varit där och föreläst om hur man arbetar med traumatiserade barn, och därefter fått förfrågan om att starta en level 1-utbildning tillsammans med Björn Aasen, Norge. Idag finns 63 500 kr på kontot. HAP-pengarna skall endast användas till resa och uppehälle, ej lön. För HAP i Sverige skulle det innebära en kostnad på 45 000 kr, då Norge kan bidra med 10 000 kr. Senare kommer handledning att behövas och även level 2-utbildning.

Susanne Pousette avgår från HAP-gruppen och Dolores Hildebrand väljs till ny representant. Margareta Friberg har varit stand-in om Reet inte har kunnat.

Beslutas att HAP-pengarna går till projektet i Tanzania, till att börja med 45 000 kr.

Reet uppmanar årsmötet att personer som är intresserade av forskningsprojekt kring barn kan höra av sig till Raili, Reet eller Margareta.

22. Årsmötet avslutas av Bo Ahlstedt.

Vid protokollet

Justeras

Justeras

Ingela Fredin

Satu Olsson

Marie-Louise Löfstaf

## NYHETSNOTISER DECEMBER 2012

### MADRID I JUNI

Vid EMDR Europas årsmöte i Madrid i juni 2012 valdes Kerstin Bergh Johannesson till andre vice ordförande. Ordförande i EMDR Europa är Udi Oren, Israel, och förste vice ordförande är Isabel Fernandez, Italien.

### ST LUKASUTBILDNING

St Lukas har inom ramen för en legitimationsgrundande psykoterapeututbildning haft en kurs i EMDR del 1 under den sista delen av utbildningen.

### UMEÅ

I oktober ordnade EMDR-föreningen en lokal studiedag i Umeå Folkets Hus. Ansvariga för arrangemanget var Ingela Fredin och Marianne Sandström. Förutom en uppdatering av kunskapsläget som presenterades av Kerstin Bergh Johannesson, presenterade Ingela Fredin hur EMDR-metoden tillämpas på barn, och Marianne Sandström berättade om sina erfarenheter av att arbeta med förlossningsrädsla.



## SUNDSVALL

Landstinget i Västernorrland har köpt in en komplett EMDR-grundkurs för sina verksamma psykologer och psykoterapeuter i regionen. Startdatum för utbildningen, som har ett trettiotal deltagare, startade i december 2012.

## HÄLSNINGAR FRÅN LOS ANGELES

Hans Peter Söndergaard, Louis Ramos Ruggiero, Ulf Elofsson och Kerstin Bergh Johannesson fick en pratstund med Francine Shapiro i samband med ISTSS årliga konferens i Los Angeles. Francine berättade att hon kommer att ta ett sabbatsår för att vårda sin hälsa.



## SVENSKA EMDR HAP I TANZANIA

I slutet på november genomfördes en av de första grundkurserna i EMDR i Tanzania med ett trettiotal deltagare. Initiativtagare var Reet Oras och hon tillsammans med Aline Braun från Sundsvall medverkade som facilitatorer åt Björn Aasen, Norge, som var kurs-trainer. Projektet finansieras av svenska och norska HAP.

## STOCKHOLM

EMDR-föreningen var representerad vid Traumakonferensen 3 december och vår monter väckte mycket positivt gensvar.

## Kalendarium 2013

---

### *Studiedagar 2013*

---

Välkommen till studiedagar EMDR Sverige 16-17/5 2013.

Boka in detta redan nu.

Vi har bjudit in Anabel Gonzales, psykiater från Spanien.

Hon har tillsammans med kollegan Dolores Mosquera, skrivit en intressant bok om dissociation (2012) [EMDR and dissociation. The progressive approach](#). Mer information om det exakta innehållet, kostnad och lokal kommer inom kort.

---

### *Kommande EMDR utbildningar 2013*

---

#### GRUNKURS, DEL 1 OM EMDR, VT 2013

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Kursen kan tillsammans med Del två och godkänd examination tillgodoräknas inom specialistutbildningen för psykologer.

Ett 3 dagars seminarium samt 1 fortsättningsdag med Kerstin Bergh Johannesson, med. dr, leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi.

TID: 11 – 13 mars samt 31 maj 2013. Plats: Uppsala

Anmälan genom: IHPU´s hemsida:

LÄNK: <http://www.ihpu.se>

---

#### GRUNKURS, DEL 1 OM EMDR, HT 2013

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Kursen kan tillsammans med Del två och godkänd examination tillgodoräknas inom specialistutbildningen för psykologer.

Ett 3 dagars seminarium samt 1 fortsättningsdag med Kerstin Bergh Johannesson, med. dr, leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi.

TID: 19 – 21 september samt 15 november 2013. Plats: Plats meddelas senare.

Anmälan genom: IHPU´s hemsida:

LÄNK: <http://www.ihpu.se>

---

GRUNKURS, DEL 2 OM EMDR, HT 2013 Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Andra delen av grundkurs (Del 2) i tillämpning av EMDR-metodiken.

Datum den 21 - 23 november 2013 och uppföljningsdag den 17 januari 2014

Lärare: Kerstin Bergh Johannesson, med. dr, leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Kursen kan tillsammans med Del ett och godkänd examination tillgodoräknas inom specialistutbildningen för psykologer.

Anmälan genom: IHPU´s hemsida:

LÄNK: <http://www.ihpu.se>

---

### *Internationella Konferenser och seminarier*

---

**EMDR EUROPE Conferences** (Workshop-konferens), Geneve 6–8 juni, 2013

**EMDR EUROPE Conferences**, Edinburgh 26–28 juni 2014

**2013 EMDRIA Conference** | Renaissance Austin Hotel | Austin, TX | September 26-29, 2013

**2014 EMDRIA Conference** | Hyatt Regency Denver Convention Center | Denver, CO | September 18-21, 2014

---

Nästa datum för beslut om certifiering är februari 2013

Avgift samt ansökningshandlingar ska vara certifieringsgruppen tillhanda sista veckan i januari 2013.

## **EMDRIA konferens i Washington, D.C. USA den 4 -7 oktober 2012**

*James R. Samec, Leg. Psykoterapeut, Psykoterapihandledare och  
EMDRIA—Approved Consultant*



Enligt teorin om strukturell dissociation (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006), strävar en till synes normal personlighet efter att hålla borta de emotionella delar som ger starkt uttryck för sina behov. Man skulle uppfatta distriktet Washington, D.C. som en Till synes normal personlighet och delstaterna som ingår i USA:s federation som emotionella delar. Metaforen kan verka överdriven. De flesta delstater är medvetna om varandra, men under valtiden, när EMDRIA konferensen hölls, kunde man undra hur mycket medvetenhet eller kommunikation det egentligen fanns mellan landets olika delar. Och även efter valet, har president Obama betonat hur viktigt det är att förena nationen.

EMDRIA konferensen i Washington, D.C. var mycket givande. Här följer ett axplock från några presentationer som kan vara till hjälp i EMDR-arbetet:

Joan Lovett (2012) definierade förvirring som tillståndet som uppstår när en person inte tolererar att vara ovetande om det som händer. Förvirring kan ha fler funktioner: flykt från smärtsamma känslor, förminska skräck, ansvarsundvikande - "Om jag inte förstår vad som händer, är det inte mitt fel" - och undvikande av erfarenheter som liknar tidigare trauman. Lovett jämförde förvirring med den normala inlärningsprocessen då en person kan tolerera att vara ovetande. Lovetts beskrivning belyser begreppet toleransfönstret - "The Window of Tolerance" (Siegel, 1999).

Ibland kan en patient känna att något är annorlunda efter EMDR bearbetning, men uttrycker förvirring. Då frågar Lovett, "Vad ändrades?" Interventionen hjälper en del patienter att komma förbi förvirringens försvarsmur.

Robbie Adler-Tapia (2012) rekommenderade ett "bakvänt" EMDR protokoll för svårt och kroniskt trauma och när tiden för bearbetning är begränsad. I ett bakvänt protokoll är fokus för bearbetningen framtid istället för dåtid, men utan att exkludera dåtid. Tillvägagångssättet har länge betraktats som något terapeuten bara hade tur med eller som en variant på så kallade "uppträdande protokollen" (t.ex. Hartung, 2009; Lendl & Foster, 2009), men nuförtiden används det allt mer bland kliniker.

Adler-Tapia uppmuntrade deltagarna att läsa Marco Iacoboni (2009). Iacoboni ger vetenskapligt stöd för hypotesen att vad som är fundamentalt för människans sociala beteende är att förstå andras intentioner när man observerar deras aktivitet. Hypotesen är mycket spännande, inte minst för att förstå inläring.

Sandra Paulsen (2012) beskrev 31 "hemligheter" för att höra barnet i patienten. Tre hemligheter som kan vara till hjälp i det kliniska arbetet följer:

Hemlighet 11: Affektiva kopplingar kan justeras, även med en patient som har svårt att komma åt sina känslor. Patienten uppmuntras att gå genom hela känsloregistret och uppleva den objektiva, inte subjektiva erfarenhet av en känsla. Terapeuten ställer frågan, "Hur ser . . . (känslan) ut? och inte "Hur känns denna känsla?" Bilateral stimulering (BLS) används under justeringen.

En känsla har justerats när den uppfattas som positiv eller neutral eller inte ändras under BLS. Om känslan uppfattas negativt, ska den bearbetas med BLS. Om den blir personlig, t.ex. patientens far eller mor visar sig, ska den bilden placeras i en container och en annan bild tas upp. Sedan en känsla har bearbetats, kan man fråga hur denna känsla upplevs av patienten.

Hemlighet 12: Kroppsrörelser kan bli genomförda i säkerhet. Terapeuten uppmuntrar patienten att göra det som kroppen hade velat göra under traumasituationen, mycket långsamt, så att kroppen kan uppleva hur det känns - och hjärnan kan veta hur det känns och registrera det. Terapeuten uppmuntrar patienten att upprepa rörelsen 2-3 gånger.

Hemlighet 17: Tillåtelse från "busarna" handlar om hur väsentligt det är att handskas med de beskyddare - "busarna" som inte tål uttryck från de emotionella delarna. Om man inte först tar hand om "busarna" med del-jagsarbete, kan de sabotera behandlingen precis när som helst. Paulsens argument är värd att fundera på. Samtidigt tycker jag att Steeles (2004, 2007, 2010) tillvägagångssätt erbjuder en värdefull resurs före trauma bearbetning. Patienten uppmuntras att ta det traumatiserade del-jaget från traumasituationen för att skapa en ny relation med det och skydda det från att gå tillbaka till dåtid. Om "busarna" skulle visa sig, finns det möjlighet att handskas med dem enligt Steele, och om det inte skulle vara möjligt, kan man introducera Paulsens (2009) eller Schwartz (1995) del-jagsarbete.

Deany Laliotis och Deborah Korn (2012) beskrev hur informationsplatåer där kopplingar som behövs under EMDR bearbetning kan plana ut. Orsaken är avsaknad av verbal, känslomässig och somatisk information om 1) ansvar/bristfälligheter; 2) säkerhet/sårbarhet och; 3) makt/kontroll (val) vid viktiga utvecklingsfaser som Erickson (1954) har beskrivit. Därför behöver terapeuten skapa interventioner som adresserar patientens utvecklingsbrister och ger patienten en gedigen känsla av trygg anknytning under bearbetning av negativa erfarenheter, t.ex. trauma. Under EMDR-bearbetning, kan patienten bli hjälpt av olika infliätningar och genom att observera och lära sig från sina egna erfarenheter och bearbetningar i terapirummet, hur han eller hon kan öka sina möjligheter att handskas med sina känslor. Många av Laliotis och Korn's infliätningar påminner mig starkt om Steele (2004; 2007; 2010) och andra om Schwartz (1995, 2008, 2009) och Paulsen (2009). Deras sätt att kategorisera infliätningar kan vara till hjälp för kliniker som undrar vilken infliätning som skulle vara mest lämplig vid en viss punkt i bearbetning.

Laliotis och Korn placerar infliätningarna i följande åtta kategorier. En brasklapp som jag anser gäller alla sådana "infliätningar" är att innan en sådan intervention introduceras bör terapeuten först har tagit tag i patientens starka känslor. Utan detta härbärgerande kan en sådan intervention bli ett utagerande – motöverföring - från terapeuten som kan öka patientens oro och förtvivlan.

1)Erfarenhet: en EMDR-terapeut säger vanligen när en patient beskriver sina upplevelser efter BLS - "Lägg märke till vad Du sade, vad Du känner och var Du känner det i Din kropp och fortsätt". Den kombinationen är väsentlig. Korn och Laliotis adderar ". . . och vad Din kropp vill göra."

2)Terapeuten kan också - om det verkar lämpligt/om det passar:

- a. Be patienten att observera hur det känns att handskas med sina känslor just nu, eller
- b. Undra vad patienten skulle känna nu som den inte kunde känna då.

2) Modulering för att hjälpa patienten behålla dual uppmärksamhet, d.v.s. tolerera erfarenheten och bearbeta den med BLS.  
Förutom att hjälpa patienten att skapa en container för att härbärgera svåra saker, kan terapeuten säga:

- a. Observera att Du nu är en vuxen person som ser tillbaka på det som hände då, eller;
- b. Kom ihåg att det som hände då är över och att nu är Du säker, eller;
- c. Jag undrar om Du kan tillåta Dig känna bara lite i taget av det som är svårt. . . och observera att Du nu kan kontrollera Din erfarenhet, eller;
- d. Observera att Du kan välja vad Du vill göra just nu, eller;
- e. Observera att Du nu kan se Dig själv i nutid samtidigt som Du kan se Dig själv som barn i dåtid, eller;
- f. Observera att Du kan känna tryggheten i detta ögonblick medan Du också kan känna Din rädsla.

3) Försvarsorienterad för att bekräfta försvaret eller det skyddande del-jaget med empati, hjälpa försvaret att tillåta bearbetning och leda patienten till minnet, känslor, kroppsupplevelser. Terapeuten kan säga:

- a. Den kroppsupplevelse Du beskriver är ett tecken på att något starkt verkligen händer inuti Dig. Observera vad Du upplever, eller;
- b. Du kan stanna i detta. Du är inte ensam denna gång, eller;
- c. (När patienten inte kan prata för sig själv) Kan det vara så att Du kände . . . och ville säga . . . ? eller;
- d. Undersök inuti Dig. Vilken del hindrar att vi går vidare? Kan vi lära känna den delen och vad den gör? Alternativt: Kan den delen tänka sig att gå på semester eller sova medan vi går vidare? Vi hämtar tillbaka den när vi har arbetat klart. Jämför med Schwarz (1995, 2008, 2009) och Paulsen (2009) som erbjuder mer detaljerade beskrivningar av tillvägagångssättet.

4) Relationellt för att hjälpa patienten hålla kontakt med upplevelsen av att det är två personer som arbetar med ett minne - patienten och terapeuten och aktivera patientens sociala system. Terapeuten kan säga:

- a) Observera att Du inte är ensam denna gång, eller;
- b) Var kvar med det/Fortsätt med det och med mig. Du är inte ensam, eller;
- c) Tillsammans ska/kan vi handskas med vad som kommer för Dig, eller;
- d) Observera hur det är för Dig att berätta det för mig/att känna att jag ser/förstår Dig.

5) Information orienterad för att ge ett vuxenperspektiv, dvs. de sedvanliga kognitiva inflätningarna.

6) Utvecklingsreparation för att ge en positiv emotionell erfarenhet för att handskas med skam, skuld, förtvivlan, ensamhet, obemötta behov och längtan och för att engagera det vuxna själv för att ta hand om det skadade barnet. Terapeuten kan säga:

Vad är det barnet behöver nu som Du önskade att någon kunde ha gjort för Dig då och inte gjorde? Föreställ Dig det . . . Observera att Du nu kan gå till barnet och barnet inte behöver vara ensam med det som hände. Hur är det för barnet att veta att Du är med barnet? Hur är det för barnet att veta att Du alltid ska/kommer att skydda honom/henne?

7) Aktivitetsorienterad för att underlätta genomförandet av en avbruten aktivitet eller uttryck. Terapeuten kan säga:

- a) Hur upplever Du den känslan inuti Dig? Vad är det den vill göra? Finns det någon impuls eller drift som vill komma ut? Vad är det som Din kropp vill göra? eller;
- b) Föreställ Dig att Du gör det som Du ville göra då. Jämför det med Paulsens Hemlighet 12 ovan.

8) Tillträdeorienterade för att ha tillgång till då-, nu- och framtiden för att bearbeta och integrera erfarenheter. Här beskrivs det som ingår i det så kallade tre spetsade EMDR protokollet, det vill säga bearbetningen av 1) då-, 2) nu- och 3) framtid.

Mille Greenough (2012) beskrev en stabiliseringsövning som är lätt att använda, speciellt med en patient som är mycket upprörd/skakad. Hon ber patienten att långsamt och djupt andas ut allt som är dåligt, och sedan, långsamt och djupt andas in allt som är bra - om och om igen till dess att patienten har lugnat sig.

## Referenser

- Adler-Tapia, Robbie (2012, 5 oktober). Treatment of attachment trauma and the dissociative sequelae. Presentation vid EMDRIA:s 2012 konferens, Washington, D.C., USA.
- Erikson, H. E. (1954). Barnet och samhället. Stockholm: Natur och kultur.
- Greenough, M. (2012, 6 oktober). Oasis in the overwhelm: affect management/stabilization with diverse cultures. Presentation vid EMDRIA:s 2012 konferens, Washington, D.C., USA.
- Hartung, J. (2009). Enhancing positive emotion and performance with EMDR. I M. Luber (red.), EMDR scripted protocols: basics and special situations, 339-376. New York, Springer.
- Iacoboni, M. (2009). Mirroring people: the science of empathy and how we connect with others. New York: Picador.
- Lendl, J. & Foster, S, (2009). EMDR performance enhancement psychology protocol. I M. Luber (red.), EMDR scripted protocols: basics and special situations, 377-398. New York, Springer.
- Lalotitis, D. & Korn, D. (2012, 4 oktober). Moment to moment decision-making: broadening the possibilities with EMDR. Presentation vid EMDRIA:s 2012 konferens, Washington, D.C., USA.
- Lovett, J. (2012, 4 oktober). Targeting confusion to facilitate trauma resolution and promote attachment. Presentation vid EMDRIA:s 2012 konferens, Washington, D.C., USA.
- Paulsen, S. (2012, 7 oktober). 31 Secrets of the embodied self: hearing baby's story in EMDR for trauma in implicit memory. Presentation vid EMDRIA:s 2012 konferens, Washington, D.C., USA.
- Paulsen, S. (2009). Looking through the eyes of trauma and dissociation: An illustrated guide for EMDR therapists and clients. Washington: Bainbridge Institute for Integrative Psychology.
- Schwartz, R. C. (1995). Internal Family Systems Therapy. New York: Guilford.

- Schwartz, R. C. & Twombly, J. H. (2008). The integration of the Internal Family Systems Therapy model and EMDR. I C. Forgash & M. Copeley (red.) Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy, 295-311. New York: Springer.
- Schwartz, R. C., Schwartz, M. F., & Galperin, L. (2009). Internal family systems therapy. I C. A. Courtois & J.D. Ford (red.), Treating complex traumatic disorders, 353-370. New York: Guilford.
- Siegel, D. (1999). The developing mind. New York: Guilford.
- Steele, A. (2004). Developing a secure self. An approach to working with attachment in adults for EMDR therapist. Second edition. Gabriola Island, Kanada: April Steele.
- Steele, A. (2007). Developing a secure self: 2007 update. Gabriola Island, Kanada: April Steele.
- Steele, A. (2010). Att läka anknytningskador via inre föreställningsarbete med Imaginal Nurturing. I A. Gerge (red.) Psykoterapi vid dissociativa störningar, 137-158. Stockholm: A. Gerge och Insidan.
- Van der Hart, O. Nijenhuis, E. & Steele, K. (2006). The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton



*Lennart Alm*



*Ulf Hansson*



*Kerstin Bergh Johannesson*



*Charlotta Lindahl*



*Ewa Johansson*

Redaktion:  
Lennart Alm, Ulf Hansson,  
Charlotta Lindahl, Ewa Johansson  
Ansvarig utgivare:  
Kerstin Bergh Johannesson