

# Ingen större vetenskap bakom EMDR-behandling av unga

Behandling av barn och ungdomar med eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) har föga vetenskaplig grund. Ändå används metoden av många psykologer, ibland som ett universalmedel mot alla möjliga psykiska besvär.

**D**et är visst inte bara jag som kommer att tänka på Franz Mesmer när EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) hyllas som den nya terapin mot sviter efter psykiska trauman [1]. Historien om EMDR låter ju som en saga:

Den unga psykologen Francine Shapiro upptäcker under en promenad i parken att när hon rör ögonen från sida till sida så minskas det obehag hon känner inför egna traumatiska minnen. Idag 20 år senare är hon direktör för sitt eget institut, och terapin som hon utvecklats anses av många som det självklara valet vid behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

**Metaanalyser visar** att EMDR-terapin fungerar vid PTSD [2-4] och är lika bra som (men inte bättre än) kognitiv beteendeterapi (KBT). Det verkar dock inte vara ögonrörelserna i sig som hjälper, inte heller behöver terapeuten vara skolad i EMDR för att terapin skall fungera [4].

Det verkar i stället vara så att EMDR omfattar stora delar av KBT, där »desensitiza-

tion and reprocessing« är gemensamt för båda terapityperna. Paul Salkovskis kommenterar detta med orden: »what is novel is not what is effective, and what is effective is not novel« [5].

I den svenska EMDR-föreningens patientbroschyr påstås EMDR vara den bäst dokumenterade terapin vid PTSD, men en sökning i Medline och Cochrane visar att det finns betydligt mer dokumentation om KBT.

Att så många psykologer ändå tilltalas mer av EMDR än av KBT beror troligen på att EMDR anses inkludera ett psykodynamiskt synsätt som man inte vill överge. (År 2002 belönades Shapiro för övrigt med International Sigmund Freud Award for Psychotherapy.)

**Begreppet »trauma«** flyter lätt ut och blir en förklaring till det mesta (riktigt tidiga trauman kanske man inte ens kan minnas klart?). På så sätt kan EMDR användas som panacea mot alla möjliga psykiska besvär.

Den svenska EMDR-föreningens ordförande höll sig till (äkta) PTSD när hon i Läkartidningen lämnade en balanserad redogörelse för terapin [6]. Men i verkligheten används EMDR redan på barn och ungdomar som inte har PTSD.

Jag har själv upplevt hur ett förskolebarn (som se-

nare visade sig ha en utvecklingsförsening) rekommenderades EMDR av en psykolog. Denne ansåg nämligen att barnet borde bearbeta de trauman som bedömdes orsaka hennes symtom; kanske var det en traumatisk röntgenundersökning, kanske fanns det intrauterint (sic!) upplevda trauman. En annan psykolog EMDR-behandlar för närvarande en av mina tidigare patienter med autism.

På EMDR-institutets webbplats säljer man en bok som föreslår EMDR vid behandling av barn med så vitt skilda problem som trikotillomani, fobier, depression, sorg, syskonkonflikter och mardrömmar. Men i Medline finner jag bara en enda randomiserad studie av barn där man jämfört EMDR med annan behandling. Studien visade att klassisk fobiträning var bättre än EMDR vid spindelfobi [7].

**Den som behandlar barn och ungdomar med EMDR gör det alltså inte i enlighet med någon större vetenskap; det gäller även behandling av vuxna**

med andra diagnoser än PTSD.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

## REFERENSER

1. McNally RJ. EMDR and Mesmerism: a comparative historical analysis. *J Anxiety Disord*. 1999;13(1-2):225-36.
2. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*. 2006;36(11):1515-22.
3. Bisson JI, 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;190:97-104.
4. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(2):305-16.
5. Salkovskis P. Review: eye movement desensitization and reprocessing is not better than exposure therapies for anxiety or trauma. *Evid Based Ment Health*. 2002;5(1):13.
6. Bergh Johannesson K. Traumatiska minnen kan behandlas effektivt med EMDR. *Läkartidningen*. 2007;104:782-3.
7. Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijsenaar M. Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):193-8.

## REPLIK:

# EMDR strider inte mot beprövad erfarenhet

**T**ack för ditt påpekande om oriktigheter i en patientbroschyr. Vi ska självfallet rätta till dessa. Samtidigt vill jag kommentera några av dina påståenden.

**EMDR är inte en panacea** för alla möjliga besvär, vilket också Francine Shapiro påtalar. Vid varje planering av en psy-

koterapeutisk behandling krävs självklart en noggrann diagnostisering. Detta är avgörande för det fortsatta valet av behandlingsalternativ. EMDR kan inte råda bot på ett sjukdomstillstånd som exempelvis har en biologisk, somatisk grund. Däremot visar en del kliniska erfarenheter att EMDR-behandling kan redu-



**MATS REIMER**  
barnläkare,  
barnmottagningen,  
Mölnlycke

mats.reimer@vgregion.se

cera den subjektiva upplevelsen av exempelvis smärta.

Det finns många likheter mellan olika psykoterapeutiska behandlingsformer och skolor. Det är ingen hemlighet att EMDR-metoden integrerar element från olika psykologiska inriktningar. Utmärkande för all behandling av traumatiska minnen är att det anses nödvändigt med inslag av verbalisering, exponering och möjlighet till kognitiv omstrukturering.

**Detta gäller** för olika typer av TF-KBT (trauma focused cognitive behaviour therapy) såsom cognitive processing therapy [4], cognitive therapy [1], brief eclectic psychotherapy [2] och narrative exposure therapy [3].

EMDR-metoden förefaller vara skonsam i det avseendet att den innebär en doserad exponering, vilket kan tilltala patienten. Likaså förefaller den bilaterala stimuleringen tillföra ett element av avslappnat iakttagande, som skulle kunna underlätta den psykologiska bearbetningen.

Vi kan idag inte hävda att den bilaterala stimuleringen är nödvändig, men vi kan inte heller hävda motsatsen. Det finns därför ingen anledning att avstå från detta inslag så länge som inte motsatsen bevisats.

**EMDR-metoden utgår** från antagandet att individens informationsbearbetning av störande upplevelser inte adekvat kunnat komma till stånd, utan i stället yttrar sig i form av symtom som exempelvis vid PTSD. Dysfunktionell fysiologisk inkodning av perceptioner efter obehagliga upplevelser begränsas inte enbart till överlevande efter trauman.

EMDR-metoden kan enkelt överföras till andra tillstånd, som också har sin grund i störande upplevelser och erfarenheter som inte kunnat bearbetas. Det gäller t ex upplevelser av avvisanden, nedvärdering, övergivenhet, tillkortakommanden, hjälplös-

het och »minitrauman«, där minnet av dessa automatiskt aktiverar negativa tankar, känslor och fysiska reaktioner.

Komorbidityten mellan PTSD och andra psykiska störningar är dessutom välbekant, exempelvis depression. En del fobier kan tydligt häröras från obehagliga eller traumatiska upplevelser, och där har EMDR visat sig kunna fungera. (Däremot förefaller s k genetiska fobier svara betydligt bättre på traditionell KBT.)

**Att tillämpa** EMDR-behandling vid tillstånd med en klar länk till tidigare inlärd dysfunktion kan därför logiskt sett inte strida mot beprövad erfarenhet, lika lite som erfarenheten av att vissa läkemedel, ursprungligen utprovade på ett sjukdomstillstånd, också förefaller fungera på närbesläktade andra.

**Kerstin Bergh Johannesson** specialist i klinisk psykologi, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala  
kerstin.bergh.johannesson@akademiska.se

**REFERENSER**

- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:1024-32.
- Gersons BP, Carlier IV, Lamberts RD, van der Kolk BA. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2000;13:333-47.
- Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:579-87.
- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:867-79.



Foto: Mikael Sjöberg / Scampix

Metadon DnE innehåller samma mängd alkohol som lättöl.

**REPLIK TILL HELANDER MED FLERA:**

# Alkoholhalten i nytt preparat ej ett problem

I Läkartidningen nummer 32-33/2007 ifrågasätter Helander och medarbetare varför Läkemedelsverket godkännt ett metadonpreparat med högre alkoholhalt än det ex tempore-beredda preparat som används för närvarande. Läkemedelsverket har följande kommentarer:  
Metadon DnE kommer inom kort att bli tillgängligt på den svenska marknaden. En godkännandeprocess har nyligen avslutats, men det formella godkännandet i Sverige dröjer till dess det finns en svensk produktresumé och en bipacksedel på svenska.

**Produkten innehåller** metagin, ett av de vanligaste konserveringsmedlen i orala lösningar. Metagin är svårslösligt i vatten och har därför först lösts upp i alkohol innan det sätts till beredningen. Den slutliga koncentrationen av alkohol motsvarar den som finns i lättöl, därför har Läkemedelsverket inte sett någon anledning att protestera mot ett godkännande av Metadon DnE. Det stämmer att produkten har en högre halt etanol än Apotekets produkt, men enligt Läkemedelsverket kan den inte anses vara hög.

Det kommer att tydligt

framgå av produktresumé och bipacksedel att produkten innehåller alkohol, och därför finns det möjlighet att de behandlande avdelningarna kan rätta sina rutiner efter detta.

I det nuvarande förslaget till svensk bipacksedel står: »Viktig information om innehållsämnen i Metadon DnE:

Metadon DnE oral lösning innehåller 2,3 procent etanol, vilket motsvarar innehållet av alkohol i lättöl.

Metadon DnE innehåller också konserveringsmedlet metylparahydroxibensoat (E 218) som kan orsaka allergisk reaktion (kan vara fördröjd).«

Läkemedelsverket bedömer att alkoholhalten i Metadon DnE inte borde innebära några särskilda problem för behandlande läkare eftersom det finns en tydlig information om den i produktresumé och bipacksedel. Skulle, mot förmodan, problem uppstå kan tillverkaren anmodas ändra sammansättningen av produkten, men en sådan ändring kräver ett utvecklingsarbete som tar tid att genomföra.

**Maria Arfwedson** enhetschef, Farmaci & Bioteknologi, Läkemedelsverket