

EMDR – ny metode for traumebehandling

Aile Dyregrov
Senter for Krisepsykologi

EMDR – a new method in the treatment of trauma.

Abstract. – Francine Shapiro's method of «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» is described, illustrated with the successful treatment of three cases following armed robbery (two) and sudden death. Rapid reduction of intrusive images followed the treatment. A critical review of the literature is undertaken, and different methodological limitations in the existing studies are noted.

Although the theoretical foundation is questionable, and there are serious methodological limitations in the studies that exists, clinical experiences with the method indicate very favourable results. Clinicians are encouraged to seek out more knowledge about the method, as well as use systematic methods to study its results.

Innledning

I løpet av de siste tiår har vår kunnskap om posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) økt betraktelig. PTSD viser seg i et mønster av reaksjoner bestående av: a) påtrengende ubehagelige minner fra en traumatisk hendelse som stadig bryter inn i bevisstheten både i våken tilstand og i søvn, b) unngåelse av tanker, situasjoner, steder m.m. som påminner om hendelsen, eventuelt sammen med en følelse av avstand til andre og begrenset følelsesbredde, og c) ulike symptomer på høy kroppslig vekking.

Til tross for tidlig krise- og katastrofeintervensjon etter traumatiske situasjoner, vil rammede kunne utvikle PTSD. Ikke sjelden er dette resultatet av en massiv eksponering for sterke sansestimuli som fester seg i minnet grunnet en form for «superhukommelse» som opptrer i kritiske situasjoner. I ettertid oppleves sterke, påtrengende minner, som ofte ledsages av kroppslige reaksjoner, emosjoner og forsøk på unngåelse av minnesmaterialet i atferd eller tanke. De påtrengende minnene kan forårsake betydelige konsentrasjonsproblemer, svekket arbeidskapasitet, og søvnproblemer.

For å avhjelpe slike problemer har en rekke ulike terapeutiske tilnærmingsmetoder vært benyttet, bl.a. hypnose, familieterapi, psykodynamisk korttidsterapi og ulike

atferdsterapeutiske metoder (systematisk desensitivisering, flooding m.m.) (se Dyregrov, 1993 for bredere presentasjon).

I 1989 beskrev Francine Shapiro en ny metode for behandling av PTSD, en metode hun kalte for «Eye Movement Desensitization» (EMD). Senere ble «reprocessing» lagt til navnet, slik at benevnelsen ble EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Shapiro hevder at denne metoden er svært effektiv og ikke minst hurtig i sin virkning. I det følgende følger en kort beskrivelse av metoden, anvendelsesområde og dokumenterte resultater. Egne erfaringer med noen enkle kasuseksempler trekkes frem for å illustrere bruken.

Beskrivelse av EMDR

Forenklet kan metoden fremstilles på følgende vis: Klienten visualiserer den traumatiske situasjonen og blir bedt om å fastholde det mest traumatiske øyeblikket ved situasjonen. Samtidig som klienten fremkaller dette minnet blir han/hun bedt om å finne de ordene som best beskriver eller oppsummerer situasjonen slik den opplevdes (f.eks. «Jeg er hjelpeløs», «Nå dør jeg»). Om klienten har problemer med dette, kan terapeuten foreslå noen alternativer. Klienten blir så bedt om å konsentrere seg om minnet og ordene som beskriver det, og grad av ubehag

fastsettes. Her nyttes et såkalt SUDs nivå (Subjective Units of Distress) hvor klienten angir ubehag på en skala fra 0 til 10, hvor 10 angir det høyest tenkelige ubehag. Samtidig identifiserer klienten det fysiske setet for dette ubehaget. Deretter blir klienten spurt om hvordan han/hun ville ønske å ha det, og et «mestringsutsagn» som beskriver den ønskede tilstand ved behandlingens slutt utarbeides (f.eks. «Jeg har lagt det hele bak meg», «Jeg gjorde det beste jeg kunne»). Klientens tiltro til sitt mestringsutsagn fastsettes på en skala fra 1 til 7, hvor 7 angir den høyest mulige tiltro.

Fordi klienten kan oppleve raske forandringer blir de før start bedt om ikke å vurdere det som skjer, bare fortelle hva som skjer og la eventuelle forandringer skje. Selve EMDR-arbeidet starter ved å be klienten på ny fremkalle minnet, gjenta for seg selv utsagnet som karakteriserer situasjonen, konsentrere seg om de ledsagende kroppslige reaksjonene, og deretter følge terapeutens peke- og langfinger med blikket mens fingrene raskt føres frem og tilbake foran øynene ca. 20 til 30 ganger (frem og tilbake regnes som en bevegelse) i en avstand av ca. 30 cm. Bredden på bevegelsen er ca. 40 til 50 cm. og én til to bevegelser (frem og tilbake) gjennomføres pr. sekund. En serie eller et sett av øyebevegelser etterfølges av en pause hvor klienten bes om å «skru av» bildet og puste dypt. Nytt SUDs nivå etableres med jevne mellomrom. Mellom hver serie blir klienten stilt spørsmål som: «Endret bildet seg?», «Hva kom opp nå?», «Skjedde det noe med den kroppslige reaksjonen din?» Fokus er hele tiden på forandring. Om et nytt minne kommer opp desensiviteres det før en går tilbake til det opprinnelige minnet. Hastighet, antall bevegelser, retning på bevegelse (horisontalt, diagonalt) bestemmes ut fra det gjensvar klienten gir. Antall serier som gjennomføres vil variere fra klient til klient.

I en enkelt «terapitime» kan en gjentatte ganger arbeide med serier av øyebevegelser for å «reprosessere» traumer. Det er ikke uvanlig at nye minner kommer opp, eller at klienten opplever ny innsikt, endrede bilder

m.m. Om tanken, bildet eller reaksjonen som kommer opp er positiv vil en be klienten holde fast ved den, og så forsterke den gjennom en serie med øyebevegelser.

Dersom bildet forblir uforandret er det nyttig å be klienten fokusere på minnets kroppslige representasjon, f.eks. «klumpen i brystet», og fra det utgangspunkt starte en eller flere serier med øyebevegelser. Dette medfører vanligvis en endring, f.eks. at kroppsfølelsen flytter seg eller svekkes. Deretter fortsetter en med EMDR av det traumatiske minnet. Endringer kan komme i bilde, tanke, emosjon eller kroppssopplevelse, og endringene brukes som utgangspunkt for det videre arbeid.

Når SUDs nivå er nede på 0 eller 1 (noen ganger vil klienten ønske å beholde et noe høyere nivå) testes klientens mestringsutsagn. Uansett nivå, blir klienten bedt om å visualisere det opprinnelige plagsomme minnet sammen med mestringsutsagnet og et nytt sett med øyebevegelser gjennomføres. Om tiltroen til utsagnet øker fortsettes dette arbeidet.

Metodens bruk forutsetter ikke at det er et visuelt minne som er utgangspunkt for plagene. Om minnet er i en annen sansekanal ber en klienten fokusere på minnet slik det opptrer i bevisstheten. Metoden forutsetter heller ikke at klienten nødvendigvis må verbalisere minnet. Dette gjør at en kan arbeide med bl.a. minnesmateriale fra seksuelle overgrep som klienten ikke makter å sette ord på. Metoden kan anvendes overfor barn, men på grunn av at en del barn har problemer med å følge fingrene over synsfeltets midtlinje, tilpasses metoden, f.eks. ved å la barnet flytte øynene fra side til side mens terapeuten knipser med fingrene i jevn takt, vekselvis på høyre og venstre side av synsfeltet.

Under arbeidet med metoden kan tidligere traumatiske situasjoner reaktiveres og bearbejdes. I tillegg arbeides det ofte med smertefulle opplevelser nær i tid, hvor sterke emosjonelle og kroppslige reaksjoner kan vekkes hos klienten. Dette tilsier at bare fagfolk med psykotерапевтisk bakgrunn bør nytte metoden. Den beskrivelsen som her er gitt er ikke tilstrekkelig for å benytte metoden (se Shapiro,

1989 b for en mer utfyllende beskrivelse av metoden).

Riktig og effektiv bruk forutsetter at en gjennomgår kurs hvor en får erfaringsbasert læring. Selv forsøkte jeg med blandet hell å benytte metoden etter å ha lest Shapiros første artikkel (Shapiro, 1989 a). Et kurs hos Shapiro i USA har imidlertid bevirket at jeg har kunnet nytte EMDR metoden med svært god virkning i arbeidet med mange klienter. Samtidig vil jeg advare mot en demonstrasjonsvideo med Joseph Wolpe som er i salg (se Johnsen, 1992), men som aldeles ikke er egnet for trening – og som dessverre er nokså villedende i forhold til bruk av teknikken. Shapiro (1992) har advart mot videoen som treningsvideo og mot de konsekvenser det kan ha at utrente klinikere nytter metoden.

Personlige erfaringer med metoden

Siden 1980 har jeg arbeidet med mennesker som opplever traumatiske livssituasjoner, og like lenge har jeg strevd med å finne egnede hjelpemetoder for mennesker som plages med negative minnesbilder med stor styrke og intensitet. Noen ganger har disse minnene vært invalidiserende. Det skal ikke legges skjul på at jeg ofte har kjent meg hjelpeløs i dette arbeidet. For å kunne hjelpe på best mulig vis har jeg både forsøkt å utvikle ulike metoder selv, lett i faglitteraturen for å finne metoder andre har nyttet, og i fellesskap med kollegaer ved Senter for Krisepsykologi og andre diskutert, forsøkt ut og bygget videre på ulike metoder som kunne hjelpe traumatiserte mennesker.

Etter et kurs i EMDR har jeg benyttet metoden med meget god virkning i en rekke tilfelle, uten at den har vært virksom for alle. Jeg benytter metoden i arbeid med de spesifikke vansker traumatiserte mennesker ofte har med enkelte minnesbilder. Samtaletimene vil ellers omhandle hele bredden av de tema som er aktuelle etter traumatiske hendelser. I enda sterkere grad enn andre forestillingsteknikker (se Dyregrov, 1993) har metoden vært svært nyttig i arbeidet med plagsomme traumatiske minnesbilder. Den er åpenbart den mest potente metoden jeg

har benyttet i forhold til slike plager, noe som har motivert meg til å gjøre kollegaer oppmerksom på metoden. Noen kasusillustrasjoner kan illustrere nytten:

Kasus 1 & 2: Etter ranet på et postkontor strever to kvinnelige ansatte med sterke minnesbilder en måned etter ranet. Det blir derfor avtalt individuell oppfølging, og EMDR benyttes. Kvinne 1: Den ene kvinnen opplever vanskene sterkest hjemme, hun ser raneren foran seg, og bildet forfølger henne og skaper sterk angst. Hun har hatt betydelige problemer med innsovning og oppvåkning siden ranet. Hun er imidlertid ytterst skeptisk til EMDR-metoden og tror ikke at en så enkel metode kan ta vekk et så sterkt bilde. Vi gjennomfører EMDR og hun opplever at intensiteten i minnesbildet blir svakere med hvert EMDR-sett. I ny samtale etter en uke sier hun at bildene er nesten helt vekke. «Det var helt enormt. Jeg sov med en gang hele natten og har ikke hatt bildet siden sist. Hva er det som gjør at øyebevegelsene er så effektive?». Hun forteller også at hun ikke behøver å «være på vakt» lengre, og slipper å bruke energi på det. På spørsmål etter ett år forteller hun at virkningen har holdt seg.

Kvinne 2: Kvinnen forfølges av bildet av raneren, hun ser han stadig for seg, spesielt når hun er alene. Hun er motivert for å prøve metoden, alt som hjelper vil hun prøve, og hun responderer umiddelbart med minket ubehag underveis i arbeidet med EMDR. Uken etter forteller hun at hun har «mistet» bildet. Nå er hun ikke lenger redd for å bevege seg mellom hjem og jobb. Oppfølgingskontakt viser at virkningen holder seg, selv om hun ønsker hjelp til å mobilisere mestring når rettssaken berammes. I rettssalen tar hun kontroll med situasjonen ved å møte ransmannens blick med en gang.

Kasus 3: Denne kvinnen mistet sin voksne sønn etter en ulykke. I året som følger kommer familien til regelmessige oppfølgingssamtaler. Underveis plages kvinnen

av sterke minner fra sønnens kortvarige sykehusopphold før han døde, uten at hun ønsker individuell oppfølging for dette. Først ett år etter dødsfallet avtales individuelle samtaler for om mulig å avhjelpe bildene.

I den første samtalen beskriver hun to minner som plager henne sterkt, så sterkt at hun med jevne mellomrom er ute av stand til å fungere i flere dager fordi bildene igangsetter så sterke reaksjoner i henne, bl.a. med pustevansker. Det sterkeste bildet er av sønnen som «ligger som lik», hvit og kald, slik hun så han siste gang. Det andre påtrengende minnet er bildet av sønnen når de trillet han nedover korridoren mot operasjonsstuen. Vi avtaler at vi i den første timen skal arbeide med det sterkeste bildet, og så i neste time ta for oss det andre påtrengende minnet. Når hun blir bedt om å se for seg bildet, begynner hun å gråte sterkt, og hun uttaler at «alt kommer tilbake». Hun puster først hektisk og overfladisk, men etter flere serier med øyebevegelser slapper hun gradvis mer av og puster dypere. Hun rapporterer prikking i huden og blir varm. SUDs nivå synker fra 10 til 5, og før hun går sier hun at det er helt utrolig, at hun kjenner seg mye bedre. En uke senere kommer hun tilbake. Timen tas opp på video. Hun rapporterer at hun har hatt en helt utrolig uke siden sist. «Det som har skjedd er at jeg har blitt veldig rolig, utrolig rolig, helt avslappet. Jeg gikk på graven til min sønn to dager etter jeg var hos deg. Da får jeg alltid hjerteklapp, men nå var jeg helt rolig. Jeg har ikke sett de bildene siden jeg var her sist. Jeg er veldig rolig i hele kroppen og jeg kan snakke om det på en helt annen måte. Jeg har forsøkt etterpå å ta bildet fram. Jeg ser han, men på en helt annen måte. Før var dette slik at det skar i hele kroppen. Da gikk jeg med verk i brystet. Det er vekke. Hele jeg er blitt en annen. Det er helt utrolig.»

Hun forteller at virkningen har spredd seg til bilde 2 som vi skulle jobbe med i denne timen. Hun tror ikke dette bildet vil være plagsomt lengre. Vi begynner likevel

å arbeide med det, og så snart som hun fokuserer på det kjenner hun ubehag. Under arbeidet blir hun svimmel, men en noe lengre pause mellom seriene, samt endret retning på øyebevegelsene fra horisontalt til diagonalt, bedrer dette. Fra et SUDs nivå på 7 bringer vi det ned til 3, gjennom åtte serier med øyebevegelser, hvor hun tydelig endrer pusten på samme måte som under arbeidet med bilde 1. Når jeg spør om SUDs nivå på bilde 1, rapporterer hun at det fortsatte ned til 3 etter siste time. Begge bildene er nå på SUDs nivå 3. Når jeg påpeker at hun ikke er kommet helt ned til null sier hun: «Jeg tror jeg vil ha det der. Jeg vil ikke ha det helt vekk. Det holder. Alt er så rolig, jeg kan slappe av.» I sorg er det vanlig at etterlatte kan være redde for at sorgbearbeiding skal ta vekk minner slik at en ikke husker den døde, noe som har betydning for hvordan vi benytter EMDR. Hun vil huske hvordan det var.

Anvendelsesområde og dokumenterte resultater

Selv om entusiasmen for metoden er stor i flere land, er det viktig å se kritisk på dokumenterte resultater. I den første artikkelen fra 1989 (Shapiro, 1989 a) viste Shapiro at en enkelt behandlingssesjon med EMDR dramatisk bedret situasjonen i en eksperimentgruppe ($n = 22$) i forhold til kontrollgruppen som fikk utsatt behandling. Shapiro hevder at EMDR desensitiviserte traumatiske minner og dramatisk endret deltagernes måte å se på den traumatiske situasjonen. Endringene holdt seg etter tre måneder. Imidlertid kan det reises en rekke metodiske innvendinger mot undersøkelsen, bl.a. benyttes ingen objektive, standardiserte målinger av symptomer, forventningspresset (demand characteristics) mot endring er stort (EMDR avsluttes når subjektivt ubehag er borte), og alle behandlinger og målinger foretas av Shapiro selv. Shapiro (1989 b) har presentert metoden som spesielt effektiv i forhold til PTSD. Samtidig er det uklart hvor mange av hennes forsøkspersoner som lider av PTSD. Under sine kurs

hevder Shapiro at metoden kan nyttes for en rekke tilstander, som angst, depresjon, psykosomatiske tilstander, disosiative tilstander m.m. Imidlertid finnes det så langt liten dokumentasjon for dette.

Den dokumentasjon som finnes, først og fremst i form av kasusstudier, har foreløpig vist at metoden egner seg godt for bearbeiding av traumatiske hendelser. Wolpe & Abrams (1991) har presentert en velskrevet kasusstudie hvor de benytter metoden ved PTSD etter voldtekt. EMDR ble her benyttet først etter at klienten gradvis ble dårligere og suicidal til tross for ukentlige psykoterapitimer ved et voldtektssenter, påfølgende psykodynamisk orientert terapi og trening i dyp muskelavslapning. Først kombinasjonen av systematisk desensitivisering og EMDR ga ifølge forfatterne den ønskede virkning. Også Shapiro (1989 b) har gitt en kasusbeskrivelse av en vellykket behandling av et voldtektsoffer med store posttraumatiske problemer. Puk (1991) rapporterte effektiv bruk av EMDR i behandling av to klienter med traumatiske minner fra henholdsvis seksuelt misbruk i barndommen og et døende søsken.

Kleinknecht & Morgan (1992) har i den mest veldokumenterte av kasusstudiene beskrevet metoden som svært virksom i arbeidet med en klient med en åtte-årig historie med PTSD etter å ha blitt skutt med et håndvåpen og forlatt for å dø. Under arbeidet med dette traumat ble to tidligere traumatiske hendelser (bilulykke som medførte at et ufødt barn døde, og fars plutselige død) bearbeidet, da de kom frem under EMDR behandlingen. I motsetning til de tidligere nevnte kasusstudiene dokumenterte Kleinknecht & Morgan (1992) endring i skårer på standardiserte tester (fra pre-test til 4 og 8 måneder etter behandling), samt fravær av reaksjon ved besøk på stedene hvor traumene oppsto.

Marquis (1991) har beskrevet bruk av EMDR med 78 klienter med ulike problemer. Av hundre klienter han behandlet over ett år, kunne han benytte EMDR for 78. Bedring ble angitt på en skala fra 0 til 3, hvor 0 var uforandret, 1 – litt bedring, 2 – stor

bedring, og 3 – helbredet eller nesten helbredet. De fleste diagnostiske grupper skåret 2.0 eller bedre. Det var klienter med PTSD som oppga størst bedring. De samme metodiske innvendingene som er reist i forhold til Shapiros undersøkelse gjelder også her. Når Marquis hevder å ha behandlet det som vanligvis er svært behandlings-gjenstridige tilstander (psykotisk depresjon, magesår m.m.) med svært godt resultat, gir det grunnlag for skepsis. Flere nye artikler har kritisk gjennomgått metoden og anbefales som en motvekt mot en for ukritisk bejaelse av metoden (Herbert & Mueser, 1992; Lohr et al., 1992).

Diskusjon

Det teoretiske fundamentet for metoden er svært usikkert. Shapiro (1989 b) har trukket frem Pavloviansk teori som en forklaring. Traumatiske hendelser antas å forstyrre balansen mellom eksitatoriske og inhibitoriske prosesser i hjernen med en påfølgende patologisk forandring i nevrale strukturer som gjør at hendelsen bibeholdes i sin opprinnelige angstproduserende form. Det antas at overstimulering av systemet gjør at inntrykkene «låses» i systemet i et slags traumatisk nevralt nettverk (sanseinntrykk, tanker og følelser). Den blokkering som så oppstår hindrer informasjonsbearbeiding og bearbeiding av hendelsen, og den forblir i den aktive hukommelsen. Når øyebevegelsene gjennomføres sammen med aktivisering av den fysiologisk lagrede hukommelsen for hendelsen, kan dette forårsake en gjenopprettelse av den nevrale balansen og en reversering av den nevrale patologi. Dette kan skje mye raskere med EMDR enn i tradisjonell terapi, og fortrenge minner som er assosiert til minnesbildet som det arbeides med, kan raskt komme til overflaten. Shapiro spekulerer videre på at kanskje øyebevegelsene representerer hjernens automatiske inhibitoriske system, f.eks. slik ubevisst materiale kan bearbeides i drømmer under hurtige øyebevegelser (REM søvn).

Selv har jeg spekulert på om øyebevegelsene kan bevirke at ulike sentra i både høyre og venstre hjernehemisfære, som er invol-

vert i lagring og integrering av sanseinformasjon i en kritisk situasjon, blir reaktivert samtidig, slik at repressesering lettes. Det er også kjent at øyebevegelser er relatert til avslapning og våkenhetsnivå (se Hedstrøm, 1991), og innen hypnose er øyebevegelser historisk nytt for induksjonsformål (pendelmetoden) og i nyere induksjonsmetoder (Spiegel & Spiegel, 1978).

Fra før av er det velkjent at ulike eksponeringsmetoder, både *in vitro* og *in vivo*, har dokumentert virkning i arbeidet med PTSD. Forestillingsmetoder uten bruk av øyebevegelser, ofte kombinert med disosieringsmetoder har vist seg anvendelige, både med og uten bruk av avspenning (Grigsby, 1987; Richards & Rose, 1991; Vaughan & Tarrier, 1992). EMDR hevdes å være mer effektiv enn disse andre metodene, men det trengs metodisk sterkere studier enn de som hittil er gjennomført for å etterprøve dette. Mer systematiske undersøkelser bl.a. fra Harvard University skal være i gang.

Hverken den omtalte litteraturen eller egen erfaring gir gode holdepunkter for å angi anvendelsesområde mht. personfaktorer, ei heller ikke spesielle forsiktighetsregler. Med hensyn til forsiktighetsregler bør de samme hensyn som gjelder ved bruk av andre terapeutiske metoder gjelde her. I mitt arbeid har personer med god forestillingsevne og relativt lavt kontrollbehov hatt meget god nytte, mens jeg har vært forsiktig med å benytte metoden for deprimerte og sårbare personer med lav selvtilitt. Metoden er ingen erstatning for vanlig klinisk arbeid med traumatiserte mennesker, men et supplement til de metoder som retter seg mot spesifikke problemer som oppleves innen denne gruppen.

Uansett Shapiros teoretiske utlegninger og metodiske svakheter ved gjennomførte EMDR-undersøkelser, så står det tilbake at en rekke klinikere har opplevd metoden som svært virksom, og metoden kan derfor ha et stort potensiale i arbeid med PTSD. Den er hurtigvirkende, relativt enkel å administrere, men krever klinisk psykologisk erfaring for å gjennomføre, fordi den kan sette i gang sterke reaksjoner, så vel som den kan akti-

vere tidligere ubearbeidede traumer hos klienten. Shapiro setter av denne grunn strenge krav til faglig bakgrunn hos dem som skal gjennomgå kurs. Dessverre krever hun at deltagerne skal underskrive på at de ikke skal trene opp andre. Som Herbert & Mueser (1992) påpeker går en slik begrensning på informasjon i mot prinsippene for fri utveksling av idéer innen vitenskapen og mellom fagfolk. Selv om dette gjøres for å sikre «kvalitetskontroll», blir ordningen for eksklusiv – og en kan mistenke at økonomiske hensyn kan ligge bak.

Likevel er den kliniske interessen for metoden stor, og terapeuter i og utenfor USA rapporterer svært lovende resultater fra sin terapeutiske bruk av EMDR. Fra egen erfaring vil jeg anbefale kurs for å lære metoden, selv om det innebærer å reise til USA, inntil interessen her hjemme er stor nok til at vi kan arrangere egne kurs i Norge.

Konklusjon

Ved å videreformidle en metode som EMDR med sin enkelhet, men samtidige snev av «hokus pokus», og ved å presentere beretninger om klienters nesten mirakuløse bedring, vet jeg at mange kollegaer vil rynke skeptisk på pannen. Imidlertid har jeg sett så dramatiske eksempler på bedring hos traumatiserte mennesker, at jeg har tatt sjansen på å fortelle om metoden og noen personlige erfaringer ved bruken av den. Samtidig har jeg forsøkt å formidle metodiske svakheter ved den dokumentasjon som foreligger, svakheter som selvfølgelig også rammer de kaspresentasjoner som er tatt med i denne artikkelen. De innvendinger som er kommet må tas alvorlig, men det er også viktig at klinikere tør å presentere sine erfaringer, som så kan etterprøves med mer systematiske metoder senere. De fleste av oss er i en klinisk hverdag hvor for regoriøse design rett og slett er praktisk ugjennomførbare. Jeg håper at denne artikkelen har skapt et ønske blant andre psykologer til å skaffe seg mer kunnskap om metoden, og kritisk etterprøve resultater.

Referanser

- Dyregrov, A. (1993). *Katastrofepsykologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Grigsby, J. P. (1987). The use of imagery in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 55-59.
- Hedstrøm, J. (1991). A note on eye movements and relaxation. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 37-38.
- Herbert, J. D. & Mueser, K. T. (1992). Eye Movement Desensitization: a critique of the evidence. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 23, 169-174.
- Johnson, L. (1992). Videotape Review; eye movement desensitization of post-traumatic stress syndrome. *The Milton H. Erickson Foundation Newsletter*, Summer. Vol. 12, p. 6.
- Johnson, L. (1992). Video Review; response by Dr. Johnson. *The Milton H. Erickson Foundation Newsletter*, Summer 1992, Vol. 12, p. 7.
- Kleinknecht, R. A. & Morgan, M. P. (1992). Treatment of posttraumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43-49.
- Lohr, J. M., Kleinknecht, R. A., Conley, A. T., Dal Cerro, S., Schmidt, J. & Sonntag, M. E. (1992). A methodological critique of the current status of Eye Movement Desensitization (EMD). *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 23, 159-167.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: a case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 149-151.
- Richards, S. A. & Rose, J. S. (1991). Exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 836-840.
- Shapiro, F. (1989 a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989 b). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1992). Videotape Review; response to Johnson's review. *The Milton H. Erickson Foundation Newsletter*. Summer 1992, vol. 12, 6-7.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Vaughan, K. & Tarrier, N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.
- Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.

Postadresse:

Atle Dyregrov
Senter for Krisepsykologi
Fabrikkgaten 5
5037 Solheimsvik.
Tlf. 55 29 39 40.