

EMDR

Et valg til behandling af PTSD?



Aalborg Universitet
Institut for Kommunikation

Sommeren 2009

Vejleder: Peter Jørgensen Krag

Specialet er udarbejdet af: Henning Steen Hansen

Abstract

This dissertation seeks to uncover whether the therapy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is an effective treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). EMDR has been termed as The Breakthrough Therapy and The Cure of PTSD. Worldwide several national health organizations recommend EMDR as the treatment for clients suffering from PTSD, and this recommendation is supported by several internationally recognized academics. Additionally a considerable large number of researches have been published, showing that EMDR is an effective way of treating PTSD.

At first, the preliminary question should be easy to answer, had it not been due to the cutting contrast found in several other published researches and articles claiming that EMDR is not effective and is next to being a fraud. This criticism indicates academic errors and deficiencies in methods of research and objectiveness. As EMDR seems to divide the academic societies into “who’s for and who’s against”, the preliminary question is not answerable at first. In approaching an answer to the question, two theoretical parts will be represented. In the first main part, the diagnosis of PTSD will be taken through. The diagnosis is rather new and contains a complexity, which is necessary to uncover, before presenting the theoretical foundation of EMDR. Partly the complexity of PTSD is due to the fact that, more or less, PTSD has replaced the concept of crisis in practice, whereas former separated diagnoses are included in PTSD today. As an example it has led to, mentally stable persons, who have been traumatized, are diagnosed with the same diagnosis as traumatized persons suffering from severe personality disorders. For example this constellation makes it difficult to research the efficiency of the therapies, as the same therapies can result differently according to which group of persons in question. Having taken the diagnosis of PTSD through, the second theoretical main part which is on EMDR, will be presented. At first, in this part, the theoretical foundation of EMDR will be presented to obtain a better perspective of the following criticism. The dissertation closes with a broad discussion and a subsequent conclusion.

Among others, the dissertation concludes that EMDR works effectively on isolated symptoms of PTSD to quite some length. EMDR works effectively on flashbacks, negative and invading thoughts and therefore EMDR is recommendable as a possible choice of therapy, conveniently as a supplement. That the theoretical foundation of the effectiveness of EMDR should not be only a variant of cognitive exposure therapy is, however, very frail and lacks an independent evidence-based research.

1.0 Indholdsfortegnelse

1.0 Indholdsfortegnelse	2
1.0 Indholdsfortegnelse	3
2.0 Indledning	5
2.0 Indledning	5
2.1 Procesbeskrivelse	5
3.0 PTSD	7
3.1 Historisk rids	7
3.1.1 Fra krise til PTSD	7
3.1.2 PTSD fra 1980	8
3.2 Teoretisk fundament.....	9
3.2.1 Stress respons syndrom	9
3.2.2 Shattered assumptions.....	10
3.2.3 Den biologiske side af stress	10
3.2.4 Information-processering	11
3.3 Definition af PTSD	12
3.3.1 Traumatisering, symptomer og reaktioner	12
3.3.2 Diagnostiske kriterier for PTSD	14
3.3.3 Traumerelaterede diagnoser	15
3.3.4 Alternative forslag til PTSD	15
3.4 Individfaktorer ved PTSD	18
3.5 Forekomst af PTSD.....	20
3.6 PTSD og forskning.....	21
3.6.1 Kritik af undersøgelserne	23
3.7 Behandling af PTSD	25
3.7.1 Det terapeutiske rum	25
3.7.2 Behandling i Danmark.....	26
3.7.3 Internationale anbefalinger.....	26
3.8 Diskussion af PTSD	28
3.8.2 Hvad er PTSD?	28
3.8.1 Opdeling af traumeofre?	29
4.0 EMDR	31
4.1 Historisk Rids.....	31
4.1.1 Ideen til EMD	31
4.1.2 Fra EMD til EMDR.....	32
4.1.3 EMDR - den videre udvikling.....	32
4.1.4 EMDR - den globale vision	33
4.2 Teoretisk grundlag for EMDR	34
4.3 Behandlingsmetoden	36
4.4 Behandlingseffekt ved EMDR	39
4.4.1 Metaundersøgelser	40
4.4.2 Langtidseffekt	41
4.4.3 Hvem har gavn af EMDR?.....	42
4.5 Kritik af EMDR	43
4.5.1 Den offentlige debat.....	43
4.5.2 Postulater og iscenesættelse	43
4.5.3 McNallys analogiske analyse.....	44
4.5.4 Bias forfatterskab	46
4.5.5 Kritik af øjenbevægelser	49
4.5.6 Evidens kapløb	51

4.5.7 Hvad er EMDR?.....	53
4.6 Diskussion af EMDR	54
4.6.1 En kontroversiel debat.....	54
4.6.2 Anvendelse af EMDR	55
4.6.3 Etik ved behandling.....	56
5.0 Afrundende diskussion.....	56
6.0 Konklusion	58
7.0 Litteratur.....	59
Billedhenvielse:	65
Bilag 1: Viser hvor ICD-10 og DSM-IV afviger i forhold til hinanden.	67
Bilag 2: Viser de overordnede kriterier for DESNOS	68
Bilag 3: Foas & Meadows beskrivelse af Gold Standard	68
Bilag 4: Fremtidens undersøgelser af PTSD ifølge Schottenbauer et al.....	70
Bilag 5: Viser eksempler på undersøgelsesredskaber i forbindelse med PTSD.	72
Bilag 6: Viser forskellige områder EMDR er anvendt indenfor.....	75
Bilag 7: Rubins EMDR undersøgelser i forhold til effekt og metodologi.	78
Appendiks	



2.0 Indledning

Dette speciale søger at afdække om behandlingsmetoden *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) er en effektiv behandlingsform af *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). EMDR er blevet betegnet som *The Breakthrough Therapy* og *The Cure of PTSD*. Flere nationale sundhedsorganisationer verden over anbefaler EMDR som intervention hos klienter med PTSD, og denne anbefaling bakkes op af en række internationalt anerkendte akademikere. Der er herudover lavet et anseeligt antal publicerede undersøgelser, der viser at EMDR er en effektiv intervention til behandlingen af PTSD.

Umiddelbart ville det indledende spørgsmål let lade sig besvare, hvis det ikke var for den skærende kontrast, hvor adskillige publicerede undersøgelser og artikler hævder det modsatte, nemlig at EMDR ikke er effektiv og tenderer til svindel. Denne kritik påpeger alvorlige akademiske fejl og mangler i forhold til undersøgelsesmetodik og objektivitet.

Da EMDR synes at polarisere den akademiske verden i for og imod, og diskussionen ofte tenderer til det groteske, lader det indledende spørgsmål sig ikke umiddelbart besvare. For at komme nærmere en reel afklaring, synes det naturligt først at definere PTSD. Da PTSD i sig selv rummer komplekse komponenter, som er relevant for behandling med EMDR, er der i opgaven valgt at tildele PTSD et selvstændigt hovedafsnit. EMDR defineres i et selvstændigt afsnit, hvor også relevant kritik vil blive præsenteret. For at nå frem til den endelige diskussion og konklusion, som skal søge at afdække dette speciales problemformulering:

Er Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en effektiv behandlingsform af Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD)?

2.1 Procesbeskrivelse

At skrive et speciale indenfor et relativt ukendt fagområde, er hverken problemfrit eller gnidningsløst. Til gengæld er processen berigende i kraft af erhvervet indsigt og viden. Incitamentet for at skrive indenfor psykotraumatologi er både faglig interesse såvel som nysgerrighed.

I den tidlige fase var fokus på litteratursøgningen. Formålet med dette var at indhente en grundviden indenfor psykotraumatologien. Efter indkredsning af toneangivende nøglepersoner, kunne søgningen rettes mod mere relevant materiale. Da et overblik over det psykotraumatologiske nomenklatur var etableret, kunne litteratursøgning effektiviseres betydeligt. Som udgangspunkt var fokus at undersøge toneangivende danske forskeres publikationer, hvorefter feltet blev udvidet med skandinaviske teoretikere. I erkendelse af at hovedforskningen ligger i international regi, særligt indenfor engelsk og amerikansk litteratur, har den efterfølgende tegnet sig for omkring 95 % af den anvendte litteratur. Empirisk forskningslitteratur er primært indhentet via artikel databaser som psycARTICLES, psycINFO, MEDLINE og PILOTS. Endvidere har søgefunktioner via Aalborg Universitetsbibliotek og www.bibliotek.dk været anvendt. Gennem den litterære bearbejdning er der foretaget kædesøgning via referencelister og litteraturhenvisninger, til konkrete relevante artikler og værker. Internettet har ligeledes været en udmærket inspirationskilde, hvor diverse foreninger som: National Center for Post Traumatic Stress Disorder, EMDR Danmark, EMDR International Association og Dansk Psykologforening har publiceret forskningsmaterialer, artikler og relevante litteraturhenvisninger.

3.0 PTSD

Dette teoretiske hovedafsnit har til formål at perspektivere det psykotraumatologiske genstandsfelt omhandlende PTSD. PTSD er, som det vil fremgå, en relativ ny diagnose, der synes relevant for alle psykologiens retninger. I afsnittet præsenteres den historiske udvikling for at vise, hvad der oprindeligt var motivationen bag PTSD. Diagnosen har opnået en anseelig opmærksomhed og efterhånden også er blevet en del af lægmandsterminologien. For at kunne diskutere relevante aspekter ved PTSD, bl.a. den mulige fremtid for diagnosen, synes det naturligt at inddrage en mere præciserende definition af PTSD. Ifølge Elklit og Jensen (2007, p. 8) er 99 % af PTSD forskningen udarbejdet i forhold til DSM systemet. Det har derfor været naturligt at differentiere imellem DSM (APA, 1994) og ICD-10 (WHO, 2003) -systemernes definitioner af PTSD og udelukkende anvende definitionen fra DSM.

3.1 Historisk rids

3.1.1 Fra krise til PTSD

Kriseterminologien har ændret sig en del, siden man første gang begyndte at forske i, hvad der sker med individer, der oplever traumer. Den historiske udvikling af krisepsykologien tilskrives ofte at stå i forbindelse med Første og Anden Verdenskrig. Herfra stammer de første evidensbaserede interventionsformer i forbindelse med psykologiske krigsskader. Det viste sig eksempelvis, at soldater, der modtog samtaler med professionelle, hyppigere blev i stand til at vende tilbage til fronten (Everly & Mitchell, 1999, pp. 1-7; Wiger & Harowski, 2003, pp. 4-6). Termen krise stammer oprindeligt fra oldgræsk, hvor *krisis* betyder vendepunkt i farefulde situationer (Bang et al., 1999, p. 543). I følge Everly og Mitchell (1999) og Wiger og Harowski, (2003) definerede Erik Homburger Erikson den psykosociale udviklingsteori. Han anvendte krisebegrebet i forbindelse med de udviklingsstadier, individet gennemgår i livet. Kriser har, i Eriksons terminologi, dermed et udviklingsmæssigt potentiale for dem der overvinder og gennemlever kriserne. Lindemann var den første, der anvendte krisebegrebet i forbindelse med katastrofer. Lindemann beskrev fem forskellige sorgreaktioner hos overlevende og de efterladte i forbindelse med branden i natklubben Cocoanut Grove i Boston i 1942, hvor næsten 500 mennesker omkom. Lindemanns teoretiske referenceramme dannede, i samarbejde med Caplan, basis for et mere operationelt program. For Caplan var egoets tilstand helt central, dets grad af modenhed

og kvalitative struktur, i forståelsen af konsekvenser ved en traumatisk begivenhed. Caplans foci lå primært på det forebyggende element med prioritering af egoets ækvilibrium. Normalt vil individet udsat for belastning kunne håndtere situationen. (Everly & Mitchell, 1999, pp. 1-7; Wiger & Harowski, 2003, pp. 4-6). Krisen opstår dermed, når belastningsgraden overstiger håndteringsevnen. I Skandinavien blev det især psykiateren Cullberg (1999), der tegnede den tidlige teoretiske referenceramme. Cullberg lavede en distinktion imellem udviklingskrisen og den traumatiske krise. Han definerer den traumatiske krise som traumatiske begivenheder, der går ud over, hvad der kan forventes at opleves i det gennemsnitlige miljø (Cullberg, 1999, pp. 42ff; Elklit, 1994, p. 228). Krisebegrebet har således haft sin ætiologi, i såvel traumatiske begivenheder, som i en psykosocial udviklingsteori. Noy (2004) påpeger et relevant problem i denne forbindelse. Der skelnes, ifølge Noy, imellem udviklingskrise og traumatisk krise ud fra et teoretisk perspektiv, men i praksis behandles der ofte ikke ud fra individuelle referencerammer (Noy, 2004, p.38). Behovene hos kriseramte personer er forskellige. Udviklingskriser handler om forandring af personligheden gennem et udviklingsmæssigt potentiale, traumatiske kriser handler om stabilisering og normalisering.

I de senere år er ordet krise næsten udfaset fra det, der tidligere blev betegnet traumatisk krise, og disciplinen krisepsykologi har skiftet prædikat til psykotraumatologi. Psykotraumatologien har i dag opnået status som selvstændig disciplin, som psykologer kan specialisere sig indenfor.

3.1.2 PTSD fra 1980

I 1980 blev diagnosen Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) optaget i DSM systemet (DSM-III)(APA, 1980). PTSD diagnosen var et resultat af kliniske observationer af forskellige symptomer, der relaterer sig til traumatiske begivenheder (Van der Kolk, 1996, pp. 61-62). Før indførelsen af PTSD blev personer med traumerelaterede symptomer ofte diagnosticeret som psykotiske eller skizofrene. Årsagen til dette skal angiveligt findes i, at traumatiske begivenheder kan resultere i usædvanlige oplevelser af enten perceptionsmæssige eller kognitive karakteristika (Elklit, 2004, p. 44). Med indførelsen af PTSD sammenfattedes de traumereaktioner, som tidligere var betegnet: Traumatisk neurose, kampneurose, voldtægtstraume, kz-syndrom m.fl. (Elklit, 1994, p. 228). PTSD diagnosen har, efter dens indførelse, undergået revideringer frem til den udgave, der eksisterer i dag i DSM-IV. Først ved udarbejdelsen af

DSM-IV, blev diagnosen genstand for nærmere og mere kritisk gennemgang (Van der Kolk, 1996, pp. 61-62).

Den danske professor i psykologi, Elklit, foreslog i 1994, at man forlod den traditionelle kriseforståelse ”Caplan-Cullberg traditionen”, og i stedet anvender PTSD som erstatning for krisebegrebet (Elklit, 1994, p. 232). Fordelene ved dette er ifølge Elklit:

- 1) At man undgår et tomt, tautologisk begreb.
- 2) At man undgår forkerte og simple forestillinger om selvbeholdning og faser.
- 3) At man får et kvalificeret bud på, hvad der udgør kernesymptomerne, og hvad der udgør de sekundære følger ved et traume
- 4) At man kan identificere en centralpsykologisk bevægelse i form af overvældende kontakt og stærk frastødning. Begge poler har samtidig emotionelle, kognitive og kropslige aspekter.

(Elklit, 1994, p. 232) ¹

3.2 Teoretisk fundament.

Der er ikke konsensus om kausalitetsforholdene ved traumatisering hvilket har ført til en række forskellige teorier om, hvordan traumatiske situationer påvirker individet.

3.2.1 Stress respons syndrom

Stress respons syndrom er en af de tidlige teorier og er fremsat af Horowitz (2001, 2003). Ifølge Horowitz kan stress respons syndromet karakteriseres ved tilstande af *denial* (benægtelse) og *intrusive repetitions* (invaderende gentagelser). Der er stor kontrast mellem benægtelse og invaderende tanker, idet benægtelsens emotionelle forladthed står i modsætning til de invaderende tankers emotionelle overvældelse. Symptomerne opstår som et resultat af modsatrettede handlinger i feedbacksystemet, der regulerer den indkomne information til acceptable doser. Hvis den hæmmende funktion er for svag, vil invaderende symptomer, såsom mareridt og flashbacks, opstå. Er den hæmmende funktion for kraftig i relation til at regulere den aktive² hu-

¹ Punktstillingen retfærdiggør naturligvis ikke Elklits argumentation for erstatningen af krisebegrebet og er blot gengivet for at vise idegrundlaget bag hans rationale. For en mere udførlig beskrivelse anbefales: Elklit, A. (1992) PTSD – En afløser for krisebegrebet?

² Aktiv hukommelse korresponderer ifølge Horowitz med princippet om korttidshukommelse. Analogt korresponderer inaktiv hukommelse med langtidshukommelse. Den aktive hukommelse repræsenterer en betinget association mellem stimuli og en negativ emotionel respons (Horowitz, 2003, pp. 120-121).

kommelse, vil der opstå symptomer, der indikerer en undgåelsesfase, som Horowitz kalder *avoidance* (undgåelse). Undgåelse og benægtelse kan medføre psykosociale problemer, idet støttepersoner fra det sociale netværk kan vælge at trække sig på grund af individets ændrede adfærd og emotionelle *numbness* (følelseløshed). Symptomer som benægtelse, undgåelse og invaderende tanker vil typisk fluktuere på en måde, der ikke bevirker hverken overvældelse eller udmattelse for individet, hvorved individets tilpasningsmulighed opretholdes. Personen emotionelle leje fluktuerer, indtil der opnås en relativ ligevægt, hvor man kan sige, at personen har gennemarbejdet den traumatiske oplevelse. Den emotionelle følelseløshed kan derfor siges at være et forsvar mod invasionen (Horowitz, 2003, pp. 9, 22, 25, 121-122). Horowitz' teori er også blevet kaldt social kognitiv, da hans teori rummer adskillelige vigtige betragtninger om, hvordan traume påvirker selvet og omgivelserne (Brewin & Holmes, 2003, p. 346).

3.2.2 Shattered assumptions

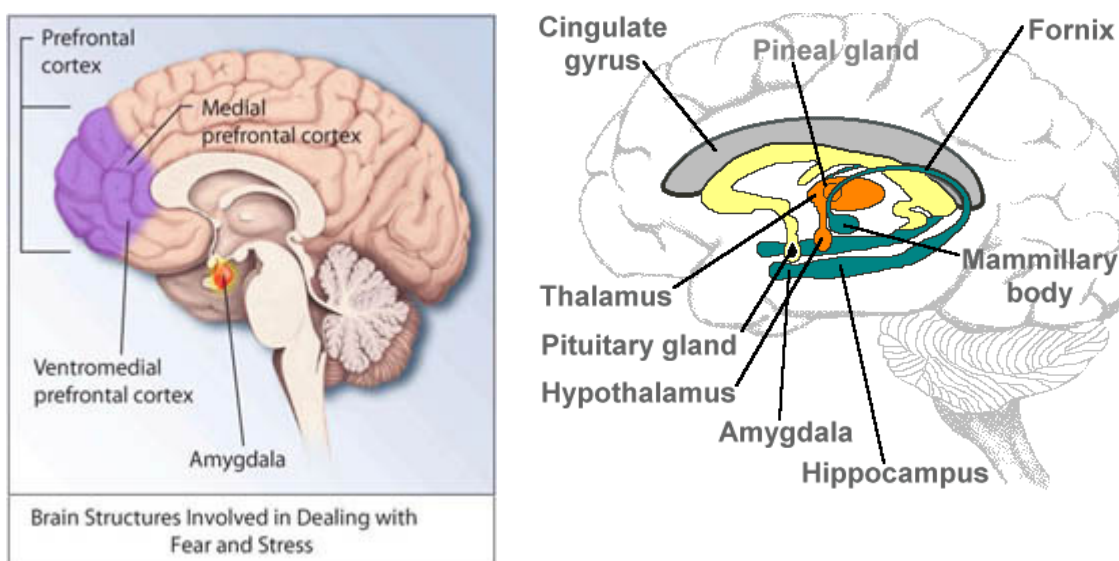
En anden tidlig traumeteori er Janoff-Bulmans *shattered assumptions* (ødelagte formodninger). Teorien er en social kognitiv model, der bygger på individets indre formodninger og forventninger. Individet har grundlæggende antagelser om, at livet og verden er som det forventes; det er meningsfuldt og selvet er værdigt. Når individets virkelighedsopfattelse belastes som ved en voldsom oplevelse, f.eks. voldtægt, krakelerer individets forestillingsbillede om verden som værende meningsfuld. Teorien læner sig op ad stress respons teorien, hvor den traumatiske oplevelse igennem undgåelse og genoplevelse kan "opdatere" sit virkelighedsbillede, alt efter hvor voldsomt individet traumatiseres.

Et modstridende argument overfor denne teori er, at de individer der har en mere positiv oplevelse af verden, burde være i større risiko for traumatisering. Det modsatte er dog tilfældet, da individer med svage forventninger, selvværd og tillid til verden, traumatiseres først (Brewin & Holmes, 2003, p. 347).

3.2.3 Den biologiske side af stress

Ved PTSD kan der ses hukommelsesrelaterede neurologiske forandringer i hjernen. Forandringerne er tilsvarende dem, der ofte findes hos klienter med depression. Individet kan have svært ved at genkalde sig specifikke autobiografiske erindringer, men lettere ved at genkalde sig traumerelateret materiale (Brewin & Holmes, 2003, p. 340). Den umiddelbare reaktion i forbindelse med traume er en stress reaktion. Bio-

logisk set opfanger amygdala en fare, sender besked til hypothalamus, som afsender informationer til hypofysen (pituitary), en lille kirtel på størrelse med en ært. Her udskilles et hormon kaldet ACTH i blodet. Adrenalin kirtlen registrerer dette og frigør et steroid hormon i blodet. Efter en kropslig aktivering, vender hormonet tilbage til hjernen, hvor det bl.a. binder sig fast i hippocampus, amygdala og præfrontal cortex. Hippocampus er med til at regulere processen, og når der registreres, at det adrenalin hormone har bundet sig fast, informerer hippocampus hypofysen om at drosle ned. I forbindelse med stress fortsætter amygdala med at sætte processen i gang i en kontinuerlig proces, så længe stresspåvirkningen er til stede. Ved langtidspåvirkning begynder systemet at blive ustabil. Antageligt påvirker dette evnen til at indlære og evnen til at lagre hukommelsen. Hippocampus tager skade af voldsom stresspåvirkning og kan skrumpes med risiko for hukommelsesmæssige skader, dog uden at andre kognitive evner ødelægges (LeDoux, 1999, pp. 239-242), (se figur 1).



Figur 1. Viser to forskellige billeder af de omtalte områder, der er relevante for PTSD.

3.2.4 Information-processing

Modsat Janoff-Bulmans teori om shattered assumptions og Horowitz teori om stress respons syndrom, der begge forholder sig til de efterfølgende konsekvenser ved traume påvirkning, er information-processing teorien samtidig med den traumatiske begivenhed. Teorien om information-processing bygger videre på adfærdspsykologiens klassiske betingning om stimulus respons. Grundideen er, at traumatiske begivenheder lagres anderledes i hukommelsen end almindelige oplevelser. Denne lagring eller information processing er ikke hensigtsmæssig, og resultatet er psyko-

patologi. Der skabes et maladaptivt angstfyldt neurologisk netværk i hukommelsen. Ved PTSD er det angstfyldte netværk aktiveret hele tiden, og selv små hverdagssituationer kan skabe en angstreaktion som respons (Brewin & Holmes, 2003, pp. 349-350).

3.3 Definition af PTSD

3.3.1 Traumatisering, symptomer og reaktioner

Et kardinalpunkt ved PTSD er den tidslige faktor. For at kunne diagnosticere PTSD skal relevante symptomer have haft en varighed af minimum en måned. Dette vil sige, at diagnosen tidligst kan stilles en måned efter den traumatiserende begivenhed. Hvis et individ udviser PTSD symptomer indenfor den første måned, kan diagnosen *Acute Stress Disorder* (ASD) være relevant. Caplan var allerede i 1964 inde på en distinktion imellem to tilstande, en forbigående og en mere permanent. De fleste individer, der oplever en traumatisk begivenhed, vil udvise symptomer. Oftest vil symptomerne aftage eller være helt forsvundet inden for den første måned (Callahan, 1998, pp. 22 ff).

Horowitz har ifølge Weisæth og Mehlum (1994), opsat otte mulige efterreaktioner i forbindelse med traumatisering: 1) Sorg. 2) Skyld over vrede eller destruktive følelser. 3) Angst for at blive oplevet som destruktiv. 4) Skyld over at overleve. 5) Frygt for at blive identificeret som offer. 6) Skam over at føle sig hjælpeløs og tom. 7) Angst for at traumat vil gentage sig. 8) Angst for årsagen til ulykken. Ofte vil individet ikke være bevidst om sammenhængen imellem den traumatiske begivenhed og efterfølgende konsekvenser. Dette kan f.eks. vise sig som psykosomatiske manifestationer som irriterbart hjerte (Weisæth & Mehlum, 1994, p. 74). En mere specifik oversigt af de forskellige mulige reaktioner på traumatiske oplevelser er præsenteret i figur 2. Her har Yassen og Harvey (1998) opdelt reaktionerne i fysiske, psykiske, relationelle, kognitive, adfærdsmæssige og spirituelle kategorier. Hvert individ kan have unikke reaktioner indenfor en eller flere af kategorierne (Yassen & Harvey, 1998, p. 122).

<p>Physical</p> <ul style="list-style-type: none"> Reactions to injuries Fatigue Somatic complaints Stomach problems Vomiting/diarrhea Sweating, rapid pulse Chest/head pains Dizziness, trouble breathing Startle reactions Shock Heightened senses Numbness 	<p>Psychological</p> <ul style="list-style-type: none"> Feeling helpless, powerless, hopeless Grief over losses Sense of injustice Guilt Overwhelmed, vulnerable Feeling not yourself Reminders of prior losses or traumas Emotional roller coaster Anger feelings of revenge Depression, sadness Fear, terror Nervousness, frustration Disbelief, denial Shame, embarrassment Loss of pride, dignity, security 	<p>Relational</p> <ul style="list-style-type: none"> Withdrawing clinging to others Alienation from friends, co-workers, family Breakdown in trust Changes in sexual activity False or distorted generalizations about others Doubts about relationships Being demanding of others Suspiciousness, fear of others Differences in perception of your situation or healing process Inability of others to meet your needs
<p>Cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> Confusion Difficulty concentrating Too many thoughts at once Hard time making decisions Distortion of time Difficulty remembering things Threatened assumptions (that the world is not safe) Intrusive imagery, flashbacks Replaying the event Thinking about suicide/homicide Disorientation, spaciness Euphoria or guilt about being alive 	<p>Behavioral</p> <ul style="list-style-type: none"> Irritability, moodiness Regression to more youthful or harmful coping strategies Disturbances of sleep or appetite Substance abuse—alcohol, food, drugs, etc. Engaging in dangerous behaviors toward oneself or others Changes in how you usually act Dissociation Crying, calmness, hysteria Silence/talkativeness 	<p>Spiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> Loss of/clinging to faith Spiritual doubts Withdrawal from one's spiritual community Lapses in spiritual practice Despair, hopelessness Questioning old beliefs Sense of world being changed Out of kilter Questioning the meaning of life

Figur 2. Viser forskellige reaktioner og konsekvenser af PTSD inden for 6 forskellige områder (Yassen & Harvey, 1998, p. 122).

I forbindelse med PTSD er et hyppigt symptom invaderende tanker, der kan være stressende og med stærke emotionelle forbindelser. I løbet af de første uger efter den traumatiske begivenhed, synes de traumatiske erindringer at forstærkes. Et markant fænomen ved PTSD er de genoplevede situationer også kaldet "Flashbacks". I forhold til det normale autobiografiske materiale kan flashbacks være meget kraftfulde erindringer. Ofte er flashbacks indbefattet af forskellige sensoriske oplevelser som lyde, billeder o.a.. Flashbacks udspilles som regel med en oplevelse af at være present frem for normalt autobiografisk materiale, der knytter sig til en erkendelse af at være fortid. I forbindelse med fremkaldelse af erindringer, søger individet normalt efter dem, før de træder frem i hukommelsen. Ved flashbacks er der ofte en udløser,

der aktiverer erindringen, en lyd f.eks. en sirene eller en lugt af røg og tilsvarende, kan starte flashbacket. Ved PTSD forekommer der ofte hukommelsestab og fragmenteret hukommelse således, at situationer enten ikke huskes eller virker utydelige (Brevin & Holmes, 2003, pp. 340f).

3.3.2 Diagnostiske kriterier for PTSD

For at kunne diagnosticeres med PTSD, skal individet ifølge DSM-IV opfylde følgende kriterier:

1. Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, der var kendetegnet ved to af nedennævnte forhold:

- a) Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som indebar død eller trusler om død eller alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres fysiske integritet.
- b) Personens reaktion involverede intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel.

2. Den traumatiske begivenhed bliver til stadighed genoplevet på mindst én af de følgende måder:

- a) Gentagende, invaderende og belastende erindringer om det skete.
- b) Gentagne belastende drømme om begivenheden.
- c) Pludselig oplevelse af eller ageren som den traumatiske begivenhed gentog sig i nuet (f.eks. en oplevelse af at gennemleve begivenheden igen, oplevelse af illusioner, hallucinationer eller dissociative episoder ("flashbacks").
- d) Intens psykisk stress ved oplevelse af begivenheder, der symboliserer eller ligner den traumatiske begivenhed.

3. Vedvarende forsøg på at undgå stimuli, der er forbundet med traumet, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning ("numbness"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifesteres ved mindst 3 af følgende symptomer:

- a) Forsøg på at undgå tanker eller følelser forbundet med traumet.
- b) Forsøg på at undgå aktiviteter og situationer, der kan give erindringer om traumet.
- c) Manglende evne til at genkalde sig vigtige aspekter af traumet.
- e) En oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse overfor andre.
- f) Begrænsning i det følelsesmæssige spektrum, f.eks. manglende evne til at føle kærlighed overfor andre.
- g) En oplevelse af at fremtidsmulighederne er begrænsede.

4. Vedvarende symptomer på øget stress ("arousal"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifestere sig ved mindst 2 af følgende symptomer:

- a) Vanskelighed ved at falde i søvn eller sove igennem.
- b) Irritabilitet og vredesudbrud.
- c) Koncentrationsvanskeligheder.
- d) Overvagtssomhed.
- e) Overreaktion på forskrækkelse ("startle response").

5. Forstyrrelsen skal have varet i mindst én måned.

6. Forstyrrelsen forårsager en klinisk set betydelig belastning eller forringelse på det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktioner.

(DSM IV, American Psychiatric Association, 1994), (Dansk udgave af PTSD diagnosen fremstillet i Elklit 2000, Bilag 1)

3.3.3 Traumerelaterede diagnoser

Den tilsvarende diagnose i ICD-10 (WHO, 2003) betegnes posttraumatisk belastningsreaktion (F43.1.). En forskel imellem de to diagnosesystemer er, at kravene for at kunne diagnosticere PTSD ikke er så skrappe som ved posttraumatisk belastningsreaktion. Ved PTSD er det ikke nødvendigt personligt at have været involveret i den traumatiserende begivenhed, men blot have kendskab til den (Eid & Herlofsen, 2004, p. 626). For en mere sammenlignelig oversigt af DSM-IV og ICD-10 se eventuelt appendiks, bilag 1. Af andre relevante diagnoser findes Acute Stress Disorder (ASD) i DSM IV (APA, 1994), som i ICD 10 betegnes akut belastningsreaktion (f.43.0). De er dog ikke umiddelbart sammenlignelige, da der i forbindelse med akut belastningsreaktion er tale om en mildere reaktion, der fortager sig senest efter nogle dage, hvor ASD kan anses som en akut udgave af PTSD. Der findes desuden i ICD-10 diagnoserne: Akutte og forbigående psykoser– forbundet med akut traume (reaktiv) (f.23.x1), personlighedsændring efter katastrofeoplevelser (F.62.0), dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande) (F.44), og dissociativ amnesi (F.44.0) (WHO ICD-10, 2003). I DSM- IV findes der desuden, i forbindelse med traume, følgende mulige forstyrrelser:

“...major depression, specific phobias, disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS), personality disorder such as borderline anxiety disorder and panic disorder” (Foa, Keane & Friedman, 2004, p. 1)

3.3.4 Alternative forslag til PTSD

Igennem de senere år har der internationalt været forskellige tiltag til yderligere at revidere PTSD diagnosen. Præsentationen i dette afsnit er for at eksemplificere, hvordan PTSD diagnosen har været ønsket opdelt eller afgrænset i et forsøg på at mindske kompleksiteten ved PTSD.

Figley (2002) har foreslået en radikal ændring af diagnosesystemet, hvor en række erstattende eller uddybende diagnoser kunne implementeres: Traumatized by Concern, Secondary Victimising, Secondary Catastrophic Stress Reaction, Secondary Traumatic Stress, Secondary Traumatic Stress Disorder, Compassion Fatigue. Formålet har været at distancere forskellige grupperinger i forhold til PTSD. Figley påpeger, at familiemedlemmer og indsatspersonel også traumatiseres, men at traume-påvirkningen er af en anden oprindelse. Traumatiseringen kan f.eks. ske via empati

og dermed afviger fra den direkte traumatisering som er stress relateret. Diagnostisk set vil de være identiske eller næsten identiske (Figley, 2002, pp. 1-16). Figur 3 giver et eksempel på, hvordan Figley differentierer imellem PTSD og Secondary Traumatic Stress Disorder.

Traumatic Symptoms of Primary and Secondary Traumatic & Stress Disorder	
Symptoms	
(Primary) PTSD Stressors	(Secondary) Compassion Fatigue Stressors
A. Experienced an event outside the range of usual human experiences that would be markedly distressing to almost anyone, an event such as a rape, the September 11 terrorist attack, family violence, combat, and other terrifying experiences. Experienced indirectly the primary traumatic stressors through helping those who had experienced these traumas: helping in such roles as a nurse, social worker, rape counselor, or other roles and activities.	
B. Traumatic event is persistently reexperienced in one (or more) of the following ways:	
(1) Recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions	Recurrent and intrusive distressing recollections of the client/event, including images, thoughts, or perceptions
(2) Recurrent distressing dreams of the event	Recurrent distressing dreams of the client/ event
(3) Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative flashback episodes, including those that occur on awakening or when intoxicated)	Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving contact with the client and the client's story in order to solve the puzzle and help the client)
(4) Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble the aspect of the work of helping others
(5) Physiological reactivity on exposure to trauma cues	Physiological reactivity on exposure to trauma cues that are associated with the role of helper
C. Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma and numbing of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by three or more of the following:	
(1) Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma	Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the client's trauma
(2) Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma	Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the client's traumas
(3) Inability to recall an important aspect of the trauma	Errors in judgment about conceptualizing and treating the trauma case
(4) Markedly diminished interest or participation in significant activities	Markedly diminished interest or participation in significant activities
(5) Feeling of detachment or estrangement from others	Feeling of detachment or estrangement from others
(6) Restricted range of affect (eg. unable to have loving feelings)	Restricted range of affect (e.g., unable to know the client personally or savior-oriented)
(7) Sense of foreshortened future (eg. does not expect to have a career, marriage, children, or a normal life span)	Sense of foreshortened future (e.g., does not expect or want to have a long career)
D. Persistent symptoms of increased arousal (not present before the trauma), as indicated by two or more of the following:	
(1) Difficulty falling or staying asleep	Difficulty falling or staying asleep
(2) Irritability or outbursts of anger	Irritability or outbursts of anger
(3) Difficulty concentrating	Difficulty concentrating
(4) Hypervigilance	Hypervigilance

(5) Exaggerated startle response	Exaggerated startle response
E. 30 days' duration	30 days' duration
F. Disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning: Evidenced by increase family conflict, sexual dysfunction, poor interpersonal communicator, less loving, more dependent, reduced social support, poor stress-coping methods.	Disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning: Evidenced by increased work conflict, missed work, insensitivity to clients, lingering distress caused by trauma material, reduced social support, poor stress-coping methods.

Figur 3 (Figley, 2002, pp. 4-5)

Schüffel & Schunk (2001) argumenterer for en diagnose, de betegner PTSD-O, der skal opfattes som en slags tvillingediagnose til PTSD, og hvor O står for organisk. De har i forbindelse med deres arbejde observeret, at individer med en række fysiske sygdomme som kronisk smerte, cancer o.a. kunne udløse symptomer der kunne diagnosticeres PTSD (Schüffel & Schunk, 2001, p 120). Schüffel & Schunk differentierer dermed imellem den generelle traume forståelse og en traumeoplevelse, der har sin ætiologi i kroppens sygdomme.

Adshead (2000), der er interesseret i ætiologien omkring PTSD, differentierer imellem frygt- og skambaseret PTSD. Ved skambaseret PTSD er der, ifølge Ashead, større sandsynlighed for modoverføringsreaktioner. Adshead opfordrer til øget forsigtighed i forbindelse med:

- 1) Materiale, der er for ubehageligt
- 2) At tage for meget kontrol, blive rådgivende og instruerende.
- 3) Udnyttelse af klientens villighed eller dependens.

Han plæderer for at eksponeringsterapier, herunder EMDR, muligvis ikke er egnet ved skambaseret PTSD. Samtidig opfordrer han til et behandlingsmæssigt skel, hvor specialister tager sig af behandling og undersøgelser af kompleks, kronisk - og skambaseret terapi (Adshead, 2000, pp. 144-148).

Van der Kolk påpegede, efter udarbejdelsen af DSM III, at diagnosen PTSD bedst egner sig til traumatiserede voksne. Børn udviser mere komplekse reaktioner, der ifølge Van der Kolk ikke nødvendigvis bør rubriceres som PTSD. (Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart, 1996, p. 64) Van der Kolk foreslog en udbygning af den eksisterende PTSD diagnose med et diagnosekriterium, der lyder Complex PTSD eller DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified), der indbefatter

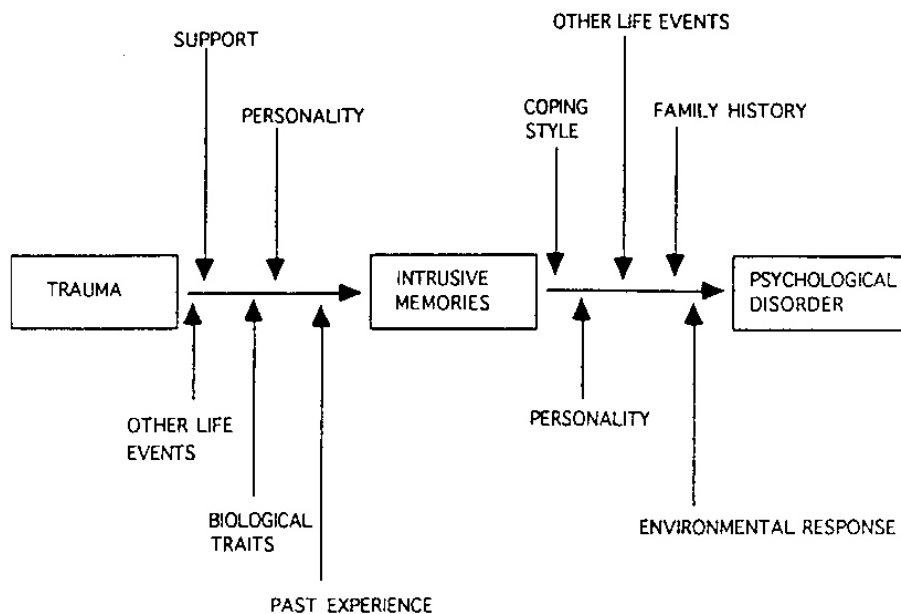
nogle af de komorbide lidelser, der ofte findes hos PTSD ramte individer, men som ikke nødvendigvis er indbefattet af de diagnostiske kriterier for PTSD (ibid.). DESNOS blev optaget som official selvstændig diagnose i forbindelse med udarbejdelsen af DSM-IV (se evt. appendiks bilag 2, som viser de overordnede kriterier for DESNOS).

Shalev (1996) fremsætter ikke et egentligt forslag til ændring af selve diagnosen, men plæderer for at det psykiatriske nomenklatur opdateres, da han mener det er ufuldstændigt og problematisk. Det semantiske, i forbindelse med PTSD, rummer en række problematikker. Traumatisk stress rummer to vidt forskellige konstruktioner, nemlig ”stress” og ”mental” traumatisering. Herudover kommer det tidlige perspektiv i forbindelse med posttraumatisk, der refererer til en specifik forudgående hændelse som traumatisk (Shalev, 1996, p. 77). Shalev fremhæver derudover, at selv om der har været teoretiske forsøg, er det endnu ikke lykkedes at differentiere imellem stress og traumatisk stress. (ibid., p. 92). Hvor skellet skal sættes imellem en normalitet og en diagnostisk forstyrrelse, synes dermed ikke afklaret. Dette bør ses i lyset af et tidligt perspektiv, hvor traumet strækker sig fra akut reaktion til posttraumatisk, hvor diagnosticeringskriterierne bygger på en teoretisk konstruktion frem for egentlig psykologisk adfærd eller biologisk forandring.

3.4 Individfaktorer ved PTSD

At blive udsat for et traume, kan ses i et dynamisk perspektiv, hvor eventuelle tidligere ubearbejdede traumer vil påvirke det aktuelle traume og visa versa. Samtidig vil aktuell traumatisering influere på fremtidige belastninger. Weisæth og Mehulm (1994) beskriver i denne forbindelse fire forskellige årsager til traumeudviklingen: 1) Prædisponering for senere sygdom. Hvis de traumatiske begivenheder ikke bearbejdes, vil individet være mere disponeret eller sårbar over for fremtidige traumer. 2) Patogenetisk effekt. De traumatiske begivenheder er af så skadeligt omfang, at de i sig selv kan udløse en traumerelateret sygdom. 3) Patoplastisk effekt. Her vil symptomerne pege i retning af traumet, men der vil være forudgående patologi. 4) Præcipiterende effekt. Her vil selve traumeoplevelsen være den sygdomsudløsende faktor, for en potentiel patologi (Weisæth & Mehulm, 1994, pp. 22-23). Der findes således en række af mulige konstellationer, hvor komorbide lidelser og prævalente forhold influerer den aktuelle påvirkning, men også samtidig vil påvirke fremtidige belast-

ninger. Nedenstående figur 4 viser hvordan ætiologiske faktorer påvirker traumeoplevelsen til at blive en reel forstyrrelse.



Figur 4 udarbejdet af McFarlane og Yehuda (1996)

I et værk af Thrane og Elklit, *Den traumatiserede personlighed* (2002), undersøges personlighedens betydning for traumatisering og den efterfølgende behandling. De gør opmærksom på, at der har været en tendens til at negligere personlighedens betydning, og efterlyser mere forskning på området. En af konklusionerne hos Thrane og Elklit er dog, at meget tyder på, at personligheden ikke har den store betydning for graden af traumatisering efter en hændelse. Personligheden har derimod betydning for den efterfølgende kriseintervention. Det formodes, at ved længerevarende belastning og traumepåvirkning, har personligheden – lige så vel som erfaring, uddannelse etc. – betydning for traumatiseringsgraden og dermed belastningsreaktionen (Thrane & Elklit, 2002, pp. 8-19, 92-102). Thrane og Elklit advarer imod den ensidige fokusering på den depersonaliserede offerstruktur og dermed selve traumbearbejdelsen. Individuer, der traumatiseres, har særlige behov for at opleve forståelse og støtte i terapien. For at spontane helingsprocesser kan gå i gang må interventionen afstemmes klientens særlige behov og ressourcer og ikke omvendt (ibid., p. 99).

Ifølge Weisæth har personens individuelle sårbarhed, begivenhedens intensitet, samt personens tolkning af begivenheden, betydning for traumatiseringsgraden. Risikoen for at udvikle PTSD er større for personer med præmorbid og afvigende personlig-

hed, og for personer, der ikke har den nødvendige uddannelse og erfaring. Træning er derfor en vigtig faktor i forebyggelsen af psykiske eftervirkninger hos indsatspersonel (Weisæth & Mehlum, 1994, pp. 13, 57-58, 75). Også Dyregrov mener, at der er sammenhæng mellem personligheden og tidligere psykisk belastning. Nogle mennesker håndterer stressorer bedre og har en højere tolerancetærskel end andre (Dyregrov, 2004, p. 128).

3.5 Forekomst af PTSD

De fleste mennesker vil igennem livet opleve et psykisk traume. Psykisk traume kan defineres som en stressende situation, hvor mindst tre forhold gør sig gældende i forhold til tid, intensitet og varighed, nemlig den individuelle oplevelse, individets meningsdannelse og individets modstandskraft.

90 % af befolkningen kan regne med at blive udsat for et psykisk traume, hvor livstidsprævalensen for at udvikle PTSD er 8-9 %. Kvinder har en noget højere statistisk mulighed end mænd for at udvikle PTSD, ca. 13,5 % imod ca. 3,5 %. Ved PTSD findes der ofte komorbide lidelser. En undersøgelse af Breslau et al. (1991) viste en komorbiditet på 83 %. De hyppigste forekomne komorbide tilstande er depression, stof- og alkoholmisbrug og angstlidelser. Alkoholmisbrug hos individer med PTSD forekommer ofte, livstidsprævalensen er her ca. 52 % hos mænd og ca. 28 % hos kvinder. Livstidsprævalensen for stof - eller medicin afhængighed/misbrug er på ca. 35 % hos mænd og 27 % hos kvinder. Af indlagte psykiatriske patienter generelt, kunne 15 % imødekomme kriterierne for PTSD. Individer, der lider af personlighedsforstyrrelser, har i forbindelse med traumer større risiko for at udvikle PTSD. Livstidsprævalensen er her helt oppe på 35 %. Det tidlige perspektiv er vigtigt at have med i forhold til PTSD, det har f.eks. vist sig, at i den første måned efter en traumatisk begivenhed, udviser de fleste symptomer på PTSD. For de fleste individer vil symptomerne være aftaget eller helt forsvundet i de efterfølgende måneder (Adshead, 2000, p. 144; Bradley et al., 2005, p. 214; Eid & Herlofsen, 2004, p. 620; Elklit, Magnúsdóttir & Knudsen, 2003, p. 7; Foa, Keane, & Friedman, 2004, pp. 5 - 20; Van der Kolk & McFarlane, 1996, p. 6; Van der Kolk, Weisæth & Van der Heart, 1996, p. 63).³

³ De opgivne forekomster af PTSD i de forskellige rubriceringer afviger ikke markant nationalt set. Det er imidlertid ikke afklaret, hvorvidt tallene kan overføres til ikke-industrielle samfund.

3.6 PTSD og forskning

Mængden af undersøgelsesredskaber, der er genereret til enten at diagnosticere symptomer eller måle effekten af behandling i forbindelse med PTSD, er omfangsrig. Allerede i 1996 skulle der angiveligt have været omkring firehundrede forskellige undersøgelsesredskaber brugt i forbindelse med PTSD (Stamm, 1996, p. 16). I bilag fem præsenteres i en oversigt, 75 af de mere anvendte. I forhold til udvælgelse af redskab, er redskabets sensibilitet og specificitet naturligvis afgørende for undersøgelsens reliabilitet og validitet. Det vil simplificeret sige: måles det, der ønskes, og kan vi stole på det, der måles.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (Foa, 2004, pp. 23-31) har i deres anbefaling valgt at præsentere følgende redskaber:

Til strukturerede diagnostiske interviews:

Structured Clinical Interviews for DSM(SCID)	Keane et al. (1998)
Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised (ADIS-R)	DiNardo & Barlow (1988) / DiNardo et al. (1993)
PTSD Interview	Watson et al. (1991)
Structured Interview for PTSD (SI-PTSD)	Davidson, Smith & Kudler (1989)
Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)	Blake et al. (1990)
PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)	Foa et al. (1993)

Selvrapporterende spørgeskemaundersøgelser:

Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Horowitz, Wilner and Alvarez (1979), Weiss & Marmar (1997)
Mississippi Scale for Combat-Related PTSD	Keane, Chaddell & Taylor (1988)
Keane PTSD Scale of the MMPI-2	Keane et al. (1984/1990)
Penn Inventory for Posttraumatic Stress	Hammerberg (1992)
Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS)	Foa et al. (1997)

PTSD Checklist (PLC)	Wheathers et al. (1993)
Los Angeles Symptom Checklist (LASC)	King et al. (1995)

I forbindelse med PTSD har der været foretaget en række undersøgelser af svingende kvalitet. Især Foa har været forgangs kvinde i forsøget på at højne niveauet indenfor PTSD forskning. Foa og Meadows (1997) har med indførslen af *Gold standard* forsøgt at sætte minimums krav for psykologiske undersøgelser. Nedenfor er de oprindelige syv målsætninger for Gold Standard opstillet:

1. Måltrettet klart definerede symptomer.
2. Reliable og valide målinger
3. Brug af ”blind” evaluering
4. Undersøgers træningsniveau
5. Manualiserede, specifikke behandlings programmer, der er reproducerbare
6. Undgåelse af bias
7. Overholdelse af behandlingsideal.

(Frit oversat efter Foa & Meadows, 1997, pp. 453-455, se appendiks, bilag 3 for en uddybende beskrivelse)

Siden opsætning af ovenstående Gold Standard har flere tillæg eller tiltag været forsøgt implementeret som grundlag for psykologisk grundforskning i forhold til PTSD. I *“Practice Guidelines from the international society for traumatic stress studies”* (2004), fremhæves 10 principper for god undersøgelsesmetodik (Foa, Keane & Friedman, 2004, pp. 30-31).

Hertlein og Ricci (2004) har udarbejdet *Platinum Standard* til EMDR undersøgelser, hvor enkeltstående undersøgelser kan scores i forhold til udførselen. Det vil sige jo flere kriterier der opfyldes, jo højere score opnår en undersøgelse. Schottenbauer et al. (2008), der har undersøgt dropout-rates i forbindelse med PTSD undersøgelser, har i deres bearbejdning af den eksisterende forskning, opstillet 11 områder, de mener, vil være gavnlige at indlemme i fremtidige undersøgelser (Schottenbauer et al. 2008, pp. 148-151)(se eventuelt appendiks, bilag 4). At der er behov for en opstramning af de empiriske undersøgelser opsummeres af Schottenbauer et al. (2008):

“It is time to take the next step for PTSD psychotherapy outcome research and define higher standards, as outlined in our current research review, so as to create a solid knowledge base capable of continually improving the available treatment options for PTSD.” (Schottenbauer et al., 2008, p. 151)

3.6.1 Kritik af undersøgelserne

Med indførelsen af Gold standard er der sat fokus på hvilke krav, der bør sættes til kvantitative undersøgelsesdesign i forbindelse med psykologiske undersøgelser af PTSD. Det synes imidlertid ikke at være tilfældet i praksis. Selv om Foa og Meadows (1997, pp.453-455) har plæderet for, at undersøgelser skal forholdes til bias og derigennem søge at neutralisere bias, beskrives 28 af 37 undersøgelser i Cochrane 2009, som muligvis indeholdende bias. Et andet væsentligt aspekt, som også ses ved metaundersøgelser, er antallet af forskellige testbatterier. Af de 37 undersøgelser der er medtaget i Cochrane, er der anvendt 25 forskellige testredskaber (GHQ, SF36, PSS, PSS-SR, STAIS, STAIT, BDICAPS, BDI, CAPS, HAM-A, MADRS, nightmare and flashback frequency, PDS, STAI, IES, MPTSD, SCL-90, SI-PTSD, MMPI - PTSD subscale, PSS-I, PTSD severity, Global PTSD scale, Mississippi PTSD scale, APS) (Cochrane, 2009). Umiddelbart synes det problematisk at generalisere statistisk data indhentet fra så mange forskellige instrumenter. Schottenbauer et al. (2008, p.134) påpeger, at det ikke er ualmindeligt i undersøgelser, at der er en dropout procent på op til 50 %. Hvordan store dropouts er med til at forme undersøgelsesresultaterne er der ikke meget viden omkring, og forskning inden for dette område ville gavne den viden, der genereres fra undersøgelserne. Figur 5 på næste side viser bl.a. et udpluk af forskellige anvendte undersøgelsesredskaber, og hvor stor en procentdel, der forlod undersøgelserne præmaturlt.

Author(s)	Condition	N completers	% dropout	Trial duration (weeks)	Self-report measures	Observer-rated measures
Baker <i>et al.</i> (1995)	Brofaromine 150 mg	56	5	12	DTS, IES,	CAPS
	Pill placebo	58	2	12	DTS, IES	CAPS
Braun <i>et al.</i> (1990)	Alprazolam 3.75 mg	10	38	5	IES	HAM-A, HAM-D, PTSD Scale
Brom <i>et al.</i> (1989)*†	Exposure therapy	29	11	15	IES, STAI-T	—
	Hypnotherapy	29	11	14	IES, STAI-T	—
	Dynamic psychotherapy	31	11	19	IES, STAI-T	—
	Waiting-list control	23	11	16	IES, STAI-T	—
Burstein (1984)	Imipramine 260 mg	10	33	3	IES	—
Carlson <i>et al.</i> (in press)*†	EMDR	10	0	12	BDI, IES, MISS, STAI-T	CAPS
	Relaxation training	13	8	12	BDI, IES, MISS, STAI-T	CAPS
	Supportive psychotherapy	12	0	6	BDI, IES, MISS, STAI-T	CAPS
Cooper and Clum (1989)	Exposure therapy	8	27	10	BDI, STAI-T	—
	Supportive psychotherapy	8	27	10	BDI, STAI-T	—
Davidson (1987)	Phenelzine 52.5 mg	7	36	6	IES	HAM-A
Davidson <i>et al.</i> (1990)	Amitriptyline 175 mg	17	29	8	IES	HAM-A, HAM-D, SI-PTSD
	Pill placebo	16	29	8	IES	HAM-A, HAM-D, SI-PTSD
Devilly and Spence (1996)	EMDR	19	—	2	BDI, MISS, STAI-T	—
	Supportive psychotherapy	16	—	2	BDI, MISS, STAI-T	—
	No-saccade control	16	—	2	BDI, MISS, STAI-T	—
Foa <i>et al.</i> (1996)*†	SIT	19	—	9	BDI, STAI-T	PSS-I
	Exposure therapy	22	—	9	BDI, STAI-T	PSS-I
	SIT + exposure therapy	22	—	9	BDI, STAI-T	PSS-I
	Waiting-list control	15	—	9	BDI, STAI-T	PSS-I
Foa <i>et al.</i> (1991)*†	Exposure therapy	10	29	5	BDI, RAST, STAI-T	PSS-I
	SIT	14	18	5	BDI, RAST, STAI-T	PSS-I
	Supportive psychotherapy	11	21	5	BDI, RAST, STAI-T	PSS-I
	Waiting-list control	10	0	5	BDI, RAST, STAI-T	PSS-I
Forbes <i>et al.</i> (1994)*†	EMDR	8	—	4	BDI, IES	SI-PTSD
Frueh <i>et al.</i> (1996)	Trauma mgt therapy	15	27	17	—	CAPS, HAM-A
Hertzberg <i>et al.</i> (1996)	Trazadone 150 mg	6	0	16	DTS	CAPS
Hickling and Blanchard (1997)*	Exposure therapy	8	17	10	—	CAPS
Jensen (1994)†	EMDR	13	14	3	—	SI-PTSD
Kauffman <i>et al.</i> (1987)	Desipramine 200 mg	8	—	4	BDI	HAM-A, HAM-D
Keane <i>et al.</i> (1989)	Flooding	11	0	14	BDI, STAI-T	PTSD Symptom Checklist
	Waiting-list control	13	0	20	BDI, STAI-T	PTSD Symptom Checklist
Kosten <i>et al.</i> (1991)	Imipramine 225 mg	23	48	6	Covi Anx, IES, Raskin Dep	HAM-D
	Phenelzine 68 mg	19	48	6	Covi Anx, IES, Raskin Dep	HAM-D
	Pill placebo	18	48	6	Covi Anx, IES, Raskin Dep	HAM-D
Lazrove <i>et al.</i> (1996)*†	EMDR	8	12	1	BDI, IES	CAPS
Lerer <i>et al.</i> (1987)	Phenelzine 60 mg	6	12	6	—	HAM-A, HAM-D, PTSD Scale
	Phenelzine 60 mg	7	36	11	—	HAM-A, HAM-D, PTSD Scale
	Phenelzine 60 mg	9	64	16	—	HAM-A, HAM-D, PTSD Scale
Lipper (1990)	Carbamazepine 661 mg	10	9	5	BDI, IES, IPAT, PTSD Index	HAM-A, HAM-D, PTSD Sx clst
Marcus <i>et al.</i> (1996)*†	EMDR	67	1	3	BDI, IES, M-PTSD	—
Marmar <i>et al.</i> (1996)	Fluvoxamine 150 mg	10	9	10	IES, SCL Anx & Dep, SRRS	—
Mollica <i>et al.</i> (1990)	Supportive psychotherapy	26	34	24	—	Hopkins Anx & Dep Scales
Montgomery and Ayllon (1994)	EMDR	6	—	2	BDI	—
Nagy <i>et al.</i> (1993)	Fluoxetine 80 mg	10	63	10	IES	CAPS, HAM-A, HAM-D
Pitman <i>et al.</i> (1996a)*†	Flooding	20	0	6	IES, MISS, PTSD Sev Scale	—
Pitman <i>et al.</i> (1996b)*†	EMDR	17	30	6	IES, MISS	CAPS
Reist <i>et al.</i> (1989)	Desipramine 200 mg	18	22	4	BDI, IES	HAM-A, HAM-D
Richards <i>et al.</i> (1994)	Exposure therapy	13	7	8	BDI, IES, PTSD Checklist	—
Rothbaum (in press)*†	EMDR	10	14	3	BDI, IES, RAST, STAI-T	PSS-I
	Waiting-list control	8	14	3	BDI, IES, RAST, STAI-T	PSS-I
Rothbaum <i>et al.</i> (1996)	Sertraline 105 mg	5	—	12	IES	CAPS
Scheck <i>et al.</i> (in press)*†	EMDR	26	30	2	BDI, IES, PENN, STAI-T	—
Shestatzky <i>et al.</i> (1988)	Phenelzine 60 mg	10	54	4	IES	PTSD Scale, HAM-A, HAM-D
Vaughan and Tarrier (1992)	Image habituation	10	—	10	BDI, IES	—
Wilson <i>et al.</i> (1995, 1997)*†	EMDR	32	—	3	IES, STAI-T	—
van der Kolk <i>et al.</i> (1994)	Fluoxetine 40 mg	21	36	5	—	CAPS
	Pill placebo	27	13	5	—	CAPS

Doses for drug trials refer to the mean dose attained by the end of treatment. '—' refers to data not reported (for % dropouts) or not used (for measures).

* Psychotherapy trial reporting treatment fidelity check.

† Psychotherapy trial reporting level of therapist training.

BDI, Beck Depression Inventory; CAPS, Clinician Administered PTSD Scale; Covi Anx, Covi Anxiety Inventory; DTS, Davidson Self-Rating Trauma Scale; EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing; HAM-A, Hamilton Anxiety Scale; HAM-D, Hamilton Depression Scale; IES, Impact of Event Scale; IPAT, IPAT Anxiety Scale; MISS, Mississippi Scale for PTSD; M-PTSD, Modified PTSD Scale; PE, Prolonged Exposure; PENN, Penn Inventory for PTSD; PSS-I, PTSD Symptom Scale—Interview Form; Raskin, Raskin Depression Scale; RAST, Rape Aftermath Symptom Test; SCL Anx & Dep, Anxiety and depression scales from the SCL-90-R; SIT, Stress Inoculation Training; SI-PTSD, Structured Interview for PTSD; SRRS, Stress Response Rating Scale; STAI-T, Trait version of State-Trait Anxiety Inventory.

Figur 5 viser Schottenbauers (2008) undersøgelse af dropouts procent.

3.7 Behandling af PTSD

3.7.1 Det terapeutiske rum

Personlighedsvariationer og variation af tidligere traumer udgør som tidligere beskrevet (jf. afsnit 3.4 og 3.6) en væsentlig forskel individer imellem, dette vanskeliggør at udforme undersøgelsesdesign. Et lignende fænomen gør sig gældende ved manualiserede behandlingsformer, hvor man forsøger at anvende én specifik terapiform. Horowitz (2003) mener, at det er muligt at opnå bedre behandlingsresultater end gengivet i diverse undersøgelser, hvis man så på terapeuter med høj faglighed, terapeutiske kompetencer og evner. Hvor terapeuten kan skræddersy en behandling efter klientens behov og ved at udvælge relevante teknikker og integrere dem i behandlingen (Horowitz, 2003, pp. 96-97). Horowitz plæderer dermed for en form for eklekticisme i den kliniske praksis, hvor terapeuten kan tilpasse behandlingstiltag på baggrund af individets idiografi, samt terapeutens egen kompetence og erfaring.

Foa og Hembree (2003) plæderer for, at den terapeutiske relation er af overordentlig vigtig betydning for at klienterne kommer sig over PTSD. Denne relation er særlig vigtig i forbindelse med traumaer og endnu vigtigere, hvor traumatet er opstået i intersubjektive relationer som voldtægt og overfald. Terapeuten må opbygge klientens tillid og overbevise klienten om, at behandlingen vil virke. I forbindelse med PTSD ramte skal terapeuten fremme empati, omsorg og i øvrigt yde støtte imellem sessionerne og i øvrigt være fleksibel i forhold til klientens behov på en ikke fordømmende måde. Den gode terapeutiske relation vil, ifølge Foa og Hembree, i sig selv formentlig være helende:

“The experience of sharing the pain and horror of the trauma memory with a compassionate, understanding, nonjudgmental person is a powerfully healing experience and may by itself begin to reduce the patient’s fear and shame.”
(Foa & Hembree, 2003, p. 196)

Det må antages at Foa og Hembree taler ud fra deres kliniske erfaring, da de ikke fremstiller forskningsmæssig evidens for deres postulater.

Foa og Hembrees syn støttes af Figley (2002), der plæderer for, at en af de vigtigste individfaktorer kan være hos den terapeut, der behandler klienten med traumer. Hvis terapeuten ikke formår at skabe trygge og stabile rammer, kan det have negativ konsekvens for såvel klient som terapeut (Figley, 2002, pp. 1-2). Dette kan eksempelvis være i form af retraumatisering hos klienten eller Compassion Fatigue hos terapeuten.

3.7.2 Behandling i Danmark.

I Danmark lå der indtil år 2007 ikke nationale retningslinjer for behandling af PTSD. Ifølge Elklit (2000) kan forklaringen muligvis findes ved, at størstedelen af kliniske psykologer i Danmark arbejder eklektisk. Ulykker og uheld udformer sig forskelligt, og det er nødvendigt, at psykologen er i stand til at tilpasse interventionen efter behovet. Han hævder ligeledes, at den terapeutiske kontakt er vigtig og interventionen i høj grad er afhængig af psykologens ressourcer (Elklit, 2000, p. 4). Når der i praksis arbejdes eklektisk, vanskeliggøres udførelsen af kontrollerede undersøgelser. Elklit refererer til tre forskellige former for interventionstilgange: 1) Via den offentlige sygesikring. 2) Arbejdspladsen, hvor der udarbejdes individuelle retningslinjer. 3) Forsikringsmodellen, hvor det især er Falcks Redningskorps, der er dominerende på dette felt (ibid.). Et overblik over de behandlingsformer, der blev anvendt op til år 2000, kan ses ved Elklits (2000) effektundersøgelse af psykologisk traumebehandling. I denne undersøgelse deltog der i alt 14 psykologer ansat ved Falck. Tilsammen havde psykologerne kontakt med 307 klienter, hvor behandlingsformerne var: Defusing 10 %, Debriefing 74 %, EMD(R) 7 %, kognitiv terapi 12 %, andet 42 (ibid., p. 12).

I år 2007 udgav Sundhedsstyrelsen *Referenceprogram for angstlidelser for voksne* hvor følgende anbefales:

”Valg af behandling Patienter med PTSD bør have tilbud om virksom behandling i form af KAT, EMDR, psykologisk stresskontrolbehandling eller farmakologisk behandling med SSRI (A). Patienter med PTSD bør så vidt muligt tilbydes traumefokuseret KAT som første behandling(B).” (Sundhedsstyrelsen, 2007, p. 24)

3.7.3 Internationale anbefalinger

American Psychiatric Association (APA) har udgivet nationale retningslinier for den psykoterapeutiske indsats i forhold til PTSD. I *Treating Patients With Acute Stress Disorder And Posttraumatic Stress Disorder – A Quick Reference Guide* (2004) anbefales følgende psykoterapeutiske interventionsformer:

- 1) Kognitiv terapi og adfærdsterapi,
- 2) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR),
- 3) Psykodynamisk psykoterapi,
- 4) Psykologisk debriefing,

- 5) Psykoedukation og støtte,
- 6) Stresshåndtering,
- 7) Samtidig, traumefokuseret gruppeterapi.

På trods af at ovenstående er den officielle anbefaling, bør det bemærkes, at på United States American Psychiatric Associations hjemmeside nu oplyses følgende forbehold:

“This guideline is more than 5 years old and has not yet been updated to ensure that it reflects current knowledge and practice. In accordance with national standards, including those of the Agency for Healthcare Research and Quality’s National Guideline Clearinghouse, this guideline can no longer be assumed to be current”.

(www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)

I Sverige anbefaler Socialstyrelsen i *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar Preliminär version* (2009) Traumefokuseret kognitiv adfærds terapi (TFKAT) som første prioritet i behandling af PTSD. EMDR anbefales som anden prioritet, som tredje prioritet anbefales SSRI (fluoxetin, sertralin, parxetin.) TFKAT med eksponering anses for at have stor symptomreducerende effekt. EMDR og SSRI betegnes som havende målbar effekt på symptomer og funktionsniveau. Debriefing frarådes at anvende i forbindelse med PTSD, og SSRI kan ved anvendelse have en række af bivirkninger (Socialstyrelsen, 2009).

I det engelske National Institute for Clinical Excellence (NICE) anbefales TFKAT og EMDR på lige fod, dog med det forbehold, at EMDR først anbefales 3 måneder efter den traumatiske begivenhed. SSRI anbefales som eventuelt supplerende behandling i anden række (Quickguide, 2005, p. 12f).

I The Cochrane Collaboration (2009) blev 33 undersøgelser fundet egnet til at indgå i en metaundersøgelse af behandling af PTSD. I undersøgelsen konkluderes, at psykologisk behandling bør være traumefokuseret for signifikant at kunne reducere PTSD symptomer. Tre psykologiske behandlingsformer; TFKAT, EMDR og Stress Management (SM) blev fundet mere effektive end at stå på venteliste. Alle tre opnåede tilsvarende bedre resultat end andre ikke-traumefokuserede behandlingsmetoder.

TFKAT og EMDR var overlegen i forhold til SM hvilket også var gældende i opfølgning 3-5 måneder efter (Cochrane Collaboration, 2009, p. 19).

En metaanalyse af Bradley et al. (2005) konkluderer, at 40-70 % af klienter med PTSD, som opfylder screeningskriterierne for undersøgelserne, vil efterbehandling med enten forskellige typer af KAT eller EMDR have reduceret PTSD symptomer eller ikke længere kunne diagnosticeres PTSD (Bradley et al., 2005, p. 225).

3.7.4 Opsummering af behandling af PTSD

Generelt anbefales der TFKAT og EMDR som første prioritet til behandling af PTSD hos voksne individer. I Danmark og Sverige anbefales EMDR som anden prioritet. Efterfølgende anbefales Stress Management og medicinsk behandling. Der er kun enkelte variationer anbefalingerne imellem, som antageligt skal findes i den tidlige forskel, der ligger i de forskellige udarbejdelser.

3.8 Diskussion af PTSD

3.8.2 Hvad er PTSD?

Som det fremgik af den korte præsentation af PTSD, er PTSD et konglomerat. Det vil sige, at mange ikke ensartede bestanddele kan samles under betegnelsen PTSD. Et simpelt spørgsmål som, er PTSD en angstlidelse eller en stressreaktion? lader sig ikke simpelt besvare. Som Figley (jf. afsnit 3.3.4) rigtigt påpeger, belastes omgivelserne ligeledes. En forælder, der mister et barn til cancer og efterfølgende får PTSD symptomer, er det PTSD? Skyldes dette angst eller er det en stress reaktion? Eller er det som Figley hævder, at traumatiseringen sker igennem empati? Eller kan det ses som en sorgreaktion? Sorgreaktioner var netop Lindemanns oprindelige udgangspunkt for traumatiske begivenheder (jf. afsnit 3.1.1.). Archer (1999, p. 2) der har forsket i sorg erkender der er uklarhed på området. I de diagnostiske kriterier for DSM-IV kan der i ovenstående eksempel udledes under første kriterium: a. Personen oplevede en begivenhed som indebar død og b. Personens reaktion involverede hjælpeløshed (jf. afsnit 3.3.2). Og de fleste vil nok ikke bestride at det at miste et barn er en traumatisk begivenhed. Et sorg forløb med efterfølgende sorg reaktioner vil dermed kunne diagnosticeres som PTSD i svære tilfælde.

Som det blev præsenteret i afsnit 3.3.4, har Shalev været inde på nogle af de mange definitions-mæssige komplikationer i forbindelse med PTSD. Elklits forslag om at lade PTSD erstatte krisebegrebet er ligeledes problematisk. En tydeligere differentie-

ring af krisebegrebet, hvad enten det måtte være livs - eller udviklingskriser og de traumatiske kriser, er selvfølgelig den åbenlyse fordel. Men ved blot at forholde sig til PTSD i forbindelse med psykotraumatologiske problemstillinger ville det gøre PTSD diagnosen endnu mindre operationelt end den defineres i dag. Som diagnosen lyder i dag er der eksempelvis en tidlig faktor, vil det sige, at psykotraumatologien ikke skal beskæftige sig med traumeforløb indenfor de første fire uger? Naturligvis ikke. Elklits forslag bør ses i et historisk perspektiv, hvor hans forslag blev fremsat før et psykotraumatologisk paradigme var blevet udarbejdet.

Det synes essentielt at holde fokus på at PTSD ikke er en psykisk lidelse men en diagnostisk konstruktion, udarbejdet til at beskrive en række forskellige tilstande hos individer, der har oplevet svære traumatiske begivenheder. Diagnosen er således meget bredt favnende, angiveligt for bred. Det synes umiddelbart også problematisk at sidestille så forskellige grupperinger som voldtægts ofre, soldater der har slået ihjel, invaliderede trafikofre, læger, brandmænd og andre grupperinger. Forskningsmæssigt kan det antages, at forskellige kategorier eller grupperinger ville fremme mere specifikke undersøgelsesresultater af hvem der har gavn af de forskellige interventionsformer.

3.8.1 Opdeling af traumeofre?

Som det fremgår af afsnit 3.3.4 og foregående diskussions afsnit, har der været forskellige tiltag til at ændre PTSD diagnosen. Umiddelbart virker det som et godt ræsonnement at differentiere imellem forskellige populationer, der kan diagnosticeres med PTSD. En åbenlys gruppe at inddele i en særskilt kategori er indsatspersonel. Denne gruppe ville endog yderligere kunne opdeles i forskellige underkategorier. Eksempelvis i forhold til primær, sekundær og tertiær eksponering. Primær gruppen kan være indsatpersonel som soldater, politi og brandmænd, som oftest vil være i direkte kontakt med de traumatiske begivenheder, måske endog medvirkende til at de udløses. Sekundær eksponering kan være læger og ambulancepersonel, som er i den umiddelbare efterfølgende kontakt, og er i kontakt med ofre umiddelbart efter de udløsende omstændigheder. En tertiær gruppe kunne være psykiatere, psykologer, ergo- og fysioterapeuter, som er i en tidsforskudt kontakt med ofrene. Denne tankegang er ikke unik, men findes hos flere forskere, bl.a. Dyregrov og Figley.

Ud fra et forskningsmæssigt perspektiv er indsatspersonel en interessant gruppe, da den må betegnes som højrisiko gruppe. Samtidig kan det formodes at komorbiditet

næsten er udelukket blandt indsatspersonel, eller som Joseph, Williams og Yule (1997, p. 94) gør opmærksom på, at personer med en skrøbelig personlighed kan forventes at være screenet bort inden ansættelse i et job, der er psykisk belastende. Det er muligt at kunne indhente en række biologiske og psykologiske data før og efter en belastning, og derigennem komme tættere på en eksakt viden om, hvordan traumatiseringsprocessen foregår især i forhold til neuropsykologiske undersøgelser. Hvordan en eventuel opdeling af PTSD udformes i kommende revideringer af DSM kræver en omfattende bearbejdning, men behovet synes åbenlyst.

4.0 EMDR

I dette afsnit præsenteres EMDR og et udpluk af den kritik, der har forårsaget, at EMDR kan betegnes kontroversiel. I afsnittet 4.5 *Kritik af EMDR*, bliver ekstraordinært mange citater anvendt. Formålet med dette er at tilstræbe, at referencer og synspunkter bliver præsenteret i den kontekst, som de oprindeligt var tiltænkt.

4.1 Historisk Rids

4.1.1 Ideen til EMD

EMDR er skabt af psykologen Shapiro (1989) på baggrund af en opdagelse, hun gjorde i 1987. En dag Shapiro gik en tur i en park, bemærkede hun, at når hun bevægede øjnene hurtigt fra side til side, forsvandt hendes tanker om tidligere ubehagelige og dårligere oplevelser (Shapiro, 1989, pp. 211-216; Shapiro & Forrest, 2004, p. 9). Shapiro beskriver selv malerisk det store øjeblik:

“The Seed of EMDR Sprouted one sunny afternoon in 1987, when I took a break to ramble around a small lake. It was spring. Ducks were paddling by, and bright blankets full of mothers and babies were laid out on wide green lawns. As I walked along, an odd thing happened. I had been thinking about something disturbing; I don’t even remember what it was, just one of those nagging negative thoughts that had the mind keeps chewing over (without digesting) until we forcible stop it. The odd thing was that the nagging thought had disappeared. On its own.” (Shapiro & Forrest, 2004, p. 9)

Ud fra sin oplevelse i parken påbegyndte hun udviklingen af en egentlig teori, der kunne forklare, hvordan sakkadiske øjenbevægelser kunne reducere intensiteten af de negative tanker. Shapiro kaldte oprindeligt sin teknik *Eye Movement and Desensitization* (EMD). Teorien bag denne behandlingsform var at de sakkadiske øjnebevægelser, med en kognitiv fokusering på tidligere traumatiske hændelser, ville reducere individets angstniveau. Dette skulle angiveligt ske ved, at den neurale balance blev genoprettet, hvor ikke tidligere processeret materiale nu kunne blive processeret (Shapiro, 1989, pp. 211-216). Denne simple teknik kunne praktiseres ved blot at have læst Shapiros artikel (Rosen, 1999 p. 177; Shapiro 1989, p. 217). Metoden EMD er blevet præsenteret særdeles positivt af Shapiro selv i behandlingen af PTSD:

”The procedure can be extremely effective in only one session,... ”;” the thoughts disappeared completely and, if deliberately retrieved, were no longer upsetting.”, “ It is apparent that the EMD Procedure is extremely effective in desensitizing traumatic memories characteristic of PTSD and eliminating attendant complaints.” (Shapiro ,1989, pp. 211- 212, 216).

4.1.2 Fra EMD til EMDR

Siden Shapiro gjorde sin opdagelse med de sakkadiske øjenbevægelser i 1987 og udgivelsen af sine første artikler i 1989 om EMD, synes EMDR at have undergået en transformation i dens grundlæggende opbygning. I 1991 tilføjede Shapiro Reprocessing (R) til EMD interventionen. Det er således ikke længere nok blot at desensibilisere den traumatiske erindring. Nu er der tilføjet en reprocesseringsdel af erindringen til metoden, som herefter hedder EMDR. Shapiro ændrede, i forbindelse med indføring af reprocesseringsdelen, sin egen beskrivelse af behandlingsmetoden. Nu er der ikke længere tale om, at EMDR er en simpel procedure, men er en kompleks interventionsform til behandling af PTSD (Rosen, 1999, p. 177).

“EMDR is a complex psychotherapeutic approach that integrates aspects of a variety of theoretical Orientations”. (Shapiro, 2002, p. 13).

Shapiro tager senere afstand fra postulatet om, at alle, der havde læst hendes oprindelige artikel, kan praktisere hendes metode:

“Because EMDR is so powerful, it should never be used except with a licensed, EMDR-trained therapist.” (Shapiro & Forrest, 2004, p. 7)

Shapiro beklager, at ”Eye Movement” er kommet med i navnet af behandlingsformen. Hun har dog ikke ønsket at ændre navnet, da metoden allerede i 1990 var blevet kendt under dette navn.

Shapiro argumenterer for, at den dobbelte stimulering via øjenbevægelserne kun er en af mange aktive virkemidler ved EMDR. EMDR behandlingen kan også udføres med ”tappeslag” med en finger eller med forskellige former for lyd stimulering (Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000, p. 199; Shapiro & Forrest, 2004, p. xx).

4.1.3 EMDR - den videre udvikling

Shapiro er ikke længere dogmatisk omkring øjenbevægelserne og deres effekt. Hun er nu af den opfattelse, at lyd stimulering og tappeslag kan have tilsvarende effekt. I sin fortsatte søgen efter de teoretiske kausalitetsforhold ved EMDR, har dette bragt hende tilbage til en af hendes oprindelige teorier om, at EMDR og *Rapid Eye Movement* (REM) skulle have en sammenhæng. Hendes oprindelige tanke omkring EMDR havde bragt hende ind på, om processerne ved REM søvn ikke var en form for reci-

prok hæmmende funktion, der fjerner ubehag, jf. talemåden: at en god nats søvn kan fjerne det ubehagelige man tænkte aftenen før (Shapiro & Forrest, 2004, p. 27). Shapiro har udviklet en forklaringsmodel: The Adaptive Information Processing Model (AIP) til at give en arbejdsmæssig forståelse af, hvilke processer, der influerer i terapien (Modellen bliver præsenteret i afsnit 4.2). Shapiro er af den opfattelse, at der ikke i øjeblikket ligger nogen teoretisk brugbar forklaring på, hvad der sker og er indstillet på, at der går mange år, inden det bliver afklaret, eller som hun selv skriver:

“...I explore many of the more recent theories, but they, too, are just that: theories. The definitive issues are still unresolved by research, and it will be years before neurobiological procedures are precise enough to provide those answers. However, the lack of a proven explanation should not stand in the way of people using EMDR. Scientific discoveries are often made and used before they are understood. After all, it took forty years to understand why penicillin works, but not knowing why it worked did not stop physicians from using it or patients from being cured by it during that period.” (Shapiro & Forrest, 2004, p.28)

4.1.4 EMDR - den globale vision

EMDR har opnået stor popularitet, og antallet af personer, der uddannes, har nærmest fulgt en eksponentiel opadgående kurve. Der var således allerede i 1998 uddannet 25.000 personer i anvendelsen af EMDR (Herbert et al., 2000, p. 947). I 2002 var der 40.000 certificerede terapeuter (Maxfield, 2002, p. 152). I 2004 var antallet af uddannet EMDR terapeuter steget til over 50.000 (Shapiro & Forrest, 2004, p. 244). Over 1 million individer havde i 2002 gennemgået EMDR behandling (Maxfield, 2002, p. 152). Shapiro er ambitiøs, når det drejer sig om udbredelsen af EMDR. Allerede i 1998 var der udøvere af EMDR i 53 lande, og målet er at blive globalt dækkende. Eller som Shapiro svarede i et interview af Thomas Scofield:

“Scofield: Would it be fair to suggest that your goal is to do this work throughout the world?

Shapiro: Yes, it's a global vision, and the goal overall is to help stop the cycle of violence.”(Shapiro, 1998, p. 344)

At Shapiro er godt på vej til at gennemføre sin vision om global udbredelse fremgår af tal fra 2004, hvor over 60.000 havde gennemgået uddannelsen i mere end 80 lande (Shapiro & Forrest, 2004, p. xvi). I 1995 oprettede Shapiro en hjælpeorganisation, ved navn *EMDR Humanitarian Assistance Programs*. Non-profit organisationen, som bliver finansieret af frivillige bidrag, opererer globalt. Shapiro sammenligner

selv EMDR Humanitarian Assistance Programs med organisationen *Læger uden grænser* (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2007, p. 425).

Shapiro stopper imidlertid ikke ved behandling af patologi og sætter meget få begrænsninger på, hvad EMDR er i stand til. EMDR kan, ifølge Shapiro, hjælpe med at erstatte individets selvopfattelse med bedre selvrepræsentationer og hjælpe dem med de nødvendige færdigheder, der skal til for at opnå deres mål. Hun hævder videre, at det har vist sig, at EMDR er så effektiv, at mange EMDR terapeuter allerede nu (2004) arbejder som coaches indenfor en række forskellige områder og hjælper musikere, kunstnere og atleter med at forbedre sig (Shapiro & Forrest, 2004, p. 241). Shapiro skriver i denne forbindelse:

“As a matter of fact, various champion athletes have already benefited from EMDR treatment by winning a number of medals.” (ibid.)

Hvordan kausalitetsforholdet imellem at vinde medaljer og effekten af EMDR gør sig gældende, uddyber Shapiro ikke i denne sammenhæng.

4.2 Teoretisk grundlag for EMDR

”Indtil videre er det ikke videnskabeligt bevist, hvorfor EMDR-metoden virker. Til gengæld er der pålidelige undersøgelser, der viser at metoden virker og at virkningen er holdbar.”⁴

Umiddelbart er der i dag ikke noget evidensbaseret teoretisk grundlag for EMDR. I EMDR anvendes i stedet en arbejdsmodel, denne model kaldte Shapiro oprindeligt Accelerated Information Processing til dels at forklare den hurtige processering, men også til at beskrive hvad der sker under behandlingen. Ved at kombinere forskellige elementer og tilføje en højre venstre opmærksomhed med bilateral stimulering, skabes en fysiologisk effekt, der tillader lagret information at blive reprocesseret. Processen er en selv-helende proces, som terapeutens opgave er at støtte. (Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000, pp.191-194). Shapiro har ændret betegnelsen bilateral stimulering til dobbelt rettet opmærksomhed (dual attention). Arbejdsmodellen Accelerated Information Processing har Shapiro ændret til at hedde Adaptiv Information

⁴ Citatet er hentet fra den danske EMDR forening på internetsiden <http://www.emdr.dk/hvaderemdr.html> her oplyses der i øvrigt: *Kilde fra EMDR: A Closer Look – Video Manual*. J G: Allen, Michael W. Keller og David A. Console. Guildford Press 1999. Dansk Oversættelse: Psykolog Lene Jacobsen 2003 efter svensk forlæg ved psykolog Kerstin Bergh-Johannesson.

Processing (AIP).⁵ AIP modellen bruges i EMDR til at forklare kliniske fænomener, forudse behandlingsresultater og generelt guide terapeuten i den kliniske praksis.

Ifølge Shapiro, viser nye neurobiologiske opdagelser, at hvis nye stimuli og oplevelser skal give mening, assimileres de ind i allerede eksisterende hukommelsesnetværk. Associeret tillægges netværkene vores "vidensbank" og registreres i forhold til vore forventninger og eventuelle faresignaler. I et sundt forløb optages og "fordøjes" input, og lagres sammen med hensigtsmæssige følelser. Shapiro giver et eksempel med en lille dreng, der cykler. Han vælter med cyklen og græder. Med støtte og trøst vil frygten for at vælte igen gå over, og hvad der er brugbart, vil blive indlært til en succesfuld oplevelse. I nogle situationer vil barnet udvikle angst for at cykle, og ubehaget går ikke væk. Den vedvarende angst for cykelture indikerer, at informationsprocesseringen har gemt oplevelsen uhensigtsmæssig. Der mangler en kobling imellem oplevelsen og en adaptiv løsning. I stedet for at koble situationen til tidligere erfaring, hvor smerten går over, og det er sjovt at cykle, vil det at cykle være fastfrosset til et øjeblik med smerte og frygt. Dette vil, ifølge Shapiro, kunne lægge fundamentet for fremtidige dysfunktionel respons i tilsvarende situationer (Shapiro, 2007, pp. 5-8). Ifølge Shapiro kan AIP modellen derfor forklare, hvordan patologi opstår. Uprocesseret materiale gemmes i deres eget netværk uden naturligt at kunne koble sig til noget mere adaptivt. Shapiro forklarer, at en borderline-personlighedsstruktur kan forstås ved, at der aktiveres to forskellige netværk uden forbindelse. Klienten er måske glad for terapeuten, men når det andet netværk aktiveres, der måske rummer barndomssvigt m.m., vil den positive oplevelse helt forsvinde og vrede eksempelvis stå tilbage. Shapiro bruger også dette billede til at forklare ustabile parforhold. AIP modellen forklarer, ifølge Shapiro, at positive erindringer kan blokeres så de ikke kobles til vidensbanken. Det bliver således kun negative erindringer, der er latente og klar til at blive aktiveret. Gamle uprocesserede oplevelser vil ved aktivering kunne udløse følelser ligeså intense, som de blev oprindeligt. Følelserne ville kunne aktiveres selvom erindringen ikke er present. AIP modellen adskiller EMDR fra andre terapiformer ved at anse det aktuelle ubehag for kun at være en udløser for en tidligere uprocesseret hændelse. Den aktuelle situation stimulerer hukommelsesnetværket og vil kunne udløse emotioner, fornemmelser og perspektiver, der kobler

⁵ Da Shapiro ikke umiddelbart selv redegør for, hvorfor terminologien skifter, må det blot bemærkes, at det er tilfældet.

sig til tidligere erindringer og former personens adfærd i den givne situation (Shapiro, 2007, pp. 5-8).

4.3 Behandlingsmetoden

Selve behandlingen går i hovedtræk ud på, at den traumeramte gennemgår et struktureret træningsprogram. Hovedelementet i behandlingen bestod oprindeligt i at følge bevægelser med øjnene. Imens den traumeramte følger terapeutens fingerbevægelser med øjnene, bliver den traumeramte bedt om at genkalde sig ubehagelige erindringer. Ved at have en dobbeltrettet opmærksomhed på henholdsvis bevægelsen og på de traumatiske erindringer, vil der ske en reprocessering af de kognitive hukommelsesmønstre. Gennem reprocesseringen desensibiliseres de traumatiske oplevelser, hvilket vil føre til reduktion i angstniveauet (Shapiro, 1999, p. 43). Oprindeligt blev reduktion af angst tilskrevet de sakkadiske øjenbevægelser, men Shapiro hævder i dag, at det blot er en af flere virkemidler.

I forbindelse med EMDR behandlingen anvendes der to testredskaber. Den ene testskala er Shapiros egen *Validity of Cognition Scale* (VOC). Testen er en sand/falsk skala som går fra 1-7, hvor en score på 1 er helt usandt, og en score på 7 er helt sandt. Den anden testskala, der anvendes er Wulpes skala fra 1958 *Subjective Units of Disturbance Scale* (SUDS). Wulpes er en skala, der går fra nul til 10 og bruges til at beskrive fysisk ubehag. Nul er neutral og 10 er det værst tænkelige ubehag (Shapiro & Maxfield, 2002, pp. 936; Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000, p.193).

Terapeutens rolle skal primært ses som vejledende, og hvis processen går i stå, hvis der f.eks. kommer en kognitiv forstyrrelse og klienten ikke kan komme videre, kan EMDR-terapeuten foretage en manøvre, der kaldes "*cognitive interweave*." Her vil terapeuten forsøge at bringe den kognitive forstyrrelse forrest i bevidstheden, i stedet for at blive som en uundersøgt formodning (Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000, p. 195). Da metoden er så essentiel for EMDR, præsenteres herunder en kronologisk gennemgang af de enkelte faser.

Shapiro opdeler EMDR behandlingen i 8 faser:

Fase 1: Klientens historie og behandlingsplanlægning.

I den første fase tilrettelægges behandlingsforløbet, og en egentlig målsætning identificeres og fastsættes ud fra klientens dårlige minder og tankemønstre. I denne fase undersøges klienten for mulige problemområder, og klienten bliver vurderet i forhold

til dennes styrke, færdigheder og hvorvidt klienten findes egnet til EMDR. (Shapiro & Maxfield, 2002, p. 936).

Fase 2: Forberedelse til EMDR.

Klienten undervises i metoden, og om det mulige resultat af behandlingen. Klienten kan blive udstyret med materiale, der forklarer, hvad der sker under selve forløbet. Klienten vil ligeledes i denne fase blive undersøgt, hvorvidt denne har et socialt netværk, der kan varetage eventuelle ubehageligheder, der måtte opstå som følge af behandlingen. Efter behov kan klienten blive undervist i beroligende teknikker f.eks. gennem visualisering af "safe place", eller det kan være klienten har brug for redskaber til at kontrollere følelser (ibid.).

Fase 3: Assessment af relevant materiale.

Med en struktureret terapeutisk ledet assessment, begynder processeringen af de traumatiske hændelser. Klienten beskriver nu et negativt billede, hvortil der knyttes en negativ opfattelse, f.eks. "jeg er ikke elskelig". Herefter identificeres en positiv opfattelse, f.eks. "jeg er elskelig". Sandhedsgraden af begge udsagn testes jf. Shapiros VOC skala. I forbindelse med det artikulerede positive udsagn konstrueres et positivt realistisk mål. Ifølge Shapiro er det muligt, at de artikulerede mål fremskynder informations processeringen. Dette sker gennem kobling af korrigerende emotionel information og hukommelsen. Ved at klienten kombinerer det visuelle billede med den negative repræsentation aktiveres hukommelsesnetværket. Klienten vil her kunne opleve en intens reaktion. Igennem en identificering af emotioner, kvalificeres de i forhold til Wulpes SUD skala. Gennem en eksplicit beskrivelse af emotionen, kan klienten beskrive en følelse, der måske aldrig har været udtrykt før. Herefter opfordres klienten til at beskrive, hvor emotionen sensorisk gav sig til udtryk. F.eks en fornemmelse i halsen. Dette vil, ifølge Shapiro, muligvis hjælpe individet til, at frigøre den negative oplevelse. Gennem identificering og beskrivelse af den, vil den negative oplevelse kunne adskilles fra den sensoriske oplevelse (ibid., pp. 936-937).

Fase 4: Desensibilisering og reprocessering.

Ved at have opmærksomheden rettet imod de negative begivenheder, samtidig med en bilateral stimulering, vil der ske en desensibiliseringsproces. Denne desensibilisering sker på baggrund af stimuleringen og vil typisk være øjenbevægelserne. Stimuleringerne kan dog også være igennem fingerslag eller lyde. I praksis bliver klienten

bedt om at have fokus på det visuelle billede, kropslige fornemmelser og den negative opfattelse, og bare lade det der sker ske. Dette fokus opretholdes i mindst 15 sekunder, imens klienten følger terapeutens finger med øjnene fra side til side. Andre dobbelt-opmærksomhed stimuli som fingreslag og lyd stimulering kan ligeledes anvendes. Efter denne proces bliver klienten bedt om at "rydde" bevidstheden og bedt om at fortælle, hvad der umiddelbart opleves. Det første billede, fornemmelse, følelse eller tanke vil typisk være genstand for det næste sæt af øjenbevægelser. Denne proces forsættes mange gange, og typisk vil klienten rapportere om fysiologisk tilstand og kognitiv indsigt, disse skift sker jf. AIP modellen. Her vil dysfunktionelt lagret erindring forbindes med mere adaptiv information. Hvis denne proces ikke sker spontant, vil terapeuten intervenere med den ønskede information. Den negative repræsentation f.eks. tanke, selvbillede, kropsfornemmelse vil blive diffuse, og når klienten kan melde om en SUD score på 0 er denne fase afsluttet (ibid., pp. 937).

Fase 5: Installering af positiv selvbeskrivelse.

I denne fase, der først kan påbegyndes, når klienten er i stand til at genkalde sig erindringen uden ubehag, installeres den nye og realistiske selvopfattelse. Gennem ny bilateral stimulering, hvor klienten samtidig fastholder den oprindelige erindring og den positive selvopfattelse, vil der ske en konsolidering af den positive selvopfattelse. Når klienten har opnået en stærk opfattelse af den positive installation og kan opnå en VOC score på 6 eller 7, er fase 5 afsluttet (ibid.).

Fase 6: Kropsbeskrivelse.

Klienten opfordres til at være opmærksom på kropsligt ubehag. Hvis der er kropsligt ubehag, bedes klienten at fokusere på ubehaget, imens denne igen stimuleres igennem de bilaterale øvelser. Ud fra Shapiros AIP model vil dysfunktionelt lagrede informationer kunne opleves fysiologisk. Behandlingen kan først regnes som færdig, når den negative erindring ikke fremkalder nogen negativ kropsfornemmelse. Enhver kropslig spænding vil være genstand for nye sæt af desensibiliserende øjenbevægelser, indtil der ikke kan mærkes spændinger af nogen art (ibid.).

Fase 7: Afslutning.

I den syvende fase vurderer terapeuten om erindringen er blevet processeret korrekt. Hvis dette ikke er tilfældet, assisteres klienten med de øvelser, der blev indført i fase 2. Alle klienter bliver instrueret i, at processen stadig kan fortsætte efter sessionen og

instrueres i at føre logbog over tanker, drømme, følelser og adfærd. Denne opgave forlænger behandlingen og er med til at skabe en oplevelse af autonomi og overblik (ibid.).

Fase 8: Reevaluering.

I begyndelsen af næste session undersøges, om de samme mål som fra foregående session skal opretholdes, eller om der skal korrigeres i udformningen af sessionen. Klientens journal gennemgås for at vurdere, hvorvidt behandlingen har haft den effekt, der er ønskelig, og hvorvidt nye emner skal bearbejdes. Målet er på den korteste tid at opnå den højest mulige behandlingseffektivitet og samtidig overvåge, at klienten ikke emotionelt overbelastes. Dette gøres ved at terapeuten holder øje med klientens selvrapporteringer (ibid., pp. 937-938).

Overgangen imellem faserne 4, 5 og 6 sker på baggrund af de scoringer, der kan opnås i forhold til de test resultater, der blev målt i fase 3 (Shapiro, 2000).

4.4 Behandlingseffekt ved EMDR

Det virker ikke plausibelt uden egen ny grundforskning at konkludere, i hvilket omfang EMDR virker. Resultaterne i forbindelse med EMDR svinger fra Shapiros (1989) 100 % succes til Macklin et al. (2000), der påviser et negativt resultat af behandling.

Der er efterhånden genereret en rimelig population af forskningsresultater. En række af disse undersøgelser har omhandlet virkemidlerne ved EMDR, f.eks. hvorvidt øjenbevægelserne har en effekt (se afsnit 4.5.5 for en uddybning af øjnebevægelserne). Andre undersøgelser har været case studies. Der er udarbejdet en række undersøgelser med specifikke grupperinger som f.eks. voldtægts ofre, ofre for vold, krigsveteraner, trafikofre osv. Undersøgelserne har varieret i forhold til population, fra et par stykker til flere hundrede. Nogle af undersøgelserne har varieret fra ingen med PTSD til alle har været diagnosticerede med PTSD. Andre undersøgelser har varieret markant aldersmæssigt og f.eks. indbefattet børn. En undersøgelse af Hensel (2009) inkluderede et barn helt ned til et år og 9 mdr. (Hensel, 2009, p. 2). En række undersøgelser har været undersøgt i forhold til ventelistegrupper, andre har været rettet imod andre behandlingsmetoder, der ikke er udarbejdet til behandling af PTSD, og nogle har været sammenlignet med KAT. Der er ligeledes udarbejdet forskellige ty-

per af metaundersøgelser. Langtidsvirkningen af EMDR har også været genstand for en række undersøgelser. Kvaliteten af undersøgelserne har ligeledes været svingende, hvilket har bevirket, at nogle undersøgelser er blevet ekskluderet fra metaundersøgelserne. Figur 6 viser eksempelvis forskellige undersøgelser der er ekskluderet af *Cochrane Collaboration Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review) 2009* og grundlaget for eksklusionen.

Chemtob 1997	Treatment designed for anger versus PTSD with anger measures used as primary outcomes
Echeburua 1996	Trauma < 3 months before entry into study
Frank 1988	Not a true RCT
Gidron 1996	Not psychological treatment
Lange 2003	No formal diagnosis of PTSD made
Paunovic 2001	TFCBT vs TFCBT
Shapiro 1988	Absence of standardised traumatic stress measures
Tarrier 1999	Compared trauma focused cognitive therapy with exposure therapy therefore both treatments = TFCBT.
Watson 1997	Considered three different types of relaxation training with no other comparison group
Wilson 1995	< 50% PTSD at entry to study

Figur 6. Det bør bemærkes, at Shapiros egen oprindelige undersøgelse, der skabte interesse for EMDR er ekskluderet. (Cochrane, 2009, p.40)

4.4.1 Metaundersøgelser

I en metaundersøgelse af 34 EMDR undersøgelser fandt Davidson og Parker (2001), at EMDR er bedre end ingen behandling. Ligeledes konkluderes der, at EMDR er bedre end nonspecifik behandling, det er imidlertid ikke bevisligt, at EMDR er bedre end andre eksponeringsterapier.

Der kan i Davidsons og Parkers undersøgelse ikke konkluderes, hvorvidt EMDR er mere effektiv over for en specifik gruppe af individer med PTSD frem for en anden gruppe, fx er civile bedre hjulpet af EMDR end krigsveteraner (Davidson & Parker, 2001, p. 305-313).

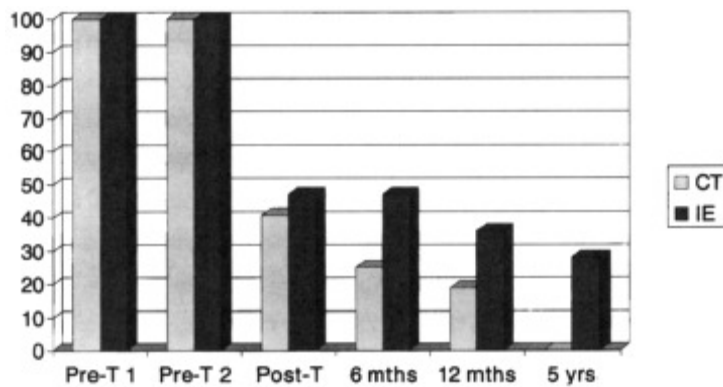
Tidligere undersøgelser, fx af Shapiro (1989), har indikeret at en eller få sessioner af EMDR har stor effekt. Davidson og Parker (2001) fandt, at effekten ved få sessioner var moderat (Davidson & Parker, 2001, p. 313). De flotte resultater, som de tidligere EMDR undersøgelser kunne frembringe, skal ses i lyset af at nogle var in-session (resultater opnået i behandlingssituationen) og ikke outcome resultater (målt efter

terapi sessionen) (ibid.). Det vil sige, at de opnåede SUD og VOC score, der opnås i terapien, ikke resulterer i samme resultater efter EMDR behandlingen. En mindre metaundersøgelse af Shepherd, Stein og Milne (2000) kunne konstatere, at der er evidens for behandlingseffekt ved EMDR, dog af begrænset kvalitet (Shepherd, Stein & Milne, 2000, p. 863). I en metaundersøgelse af Bradley et al. (2005, p. 223) med blandede former for eksponeringsterapi opnåede de, at af de 67 %, som fuldførte behandlingen, ikke længere kunne diagnosticeres med PTSD. Af alle der deltog, inklusiv dropouts var tallet 56 %. Bradley et al.(2005) undersøgte, hvordan tallene fordelte sig og nåede frem til, at individer, der var skadet pga. krig, var dem, der havde mindst udbytte af behandling. En gruppe med blandede årsager for PTSD responderede næst dårligst på behandling og den gruppe, der opnåede bedst udbytte, var en gruppe, der havde været udsat for overfald (ibid., pp. 214-227).

4.4.2 Langtidseffekt

Der er ikke udarbejdet mange undersøgelser, der følger op på langtidseffekten af EMDR behandling ved PTSD, og resultaterne er modstridende. En undersøgelse af Macklin et al. (2000) undersøgte krigsveteraner med kronisk PTSD efter EMDR behandling med op til 12 sessioner. Her kunne måles en 23 % bedringseffekt efter endt behandling. Fem år efter var soldaternes tilstand forværret i forhold til deres tilstand før behandlingen. Det samme var gældende for kontrolgruppen (Macklin et al., 2000, pp. 24, 26-27). I en metaundersøgelse af Tarrrier og Sommerfield (2004) sammenlignede de kognitiv terapi med imaginær eksponeringsterapi, EMDR blev kategoriseret herunder.

Nedenstående figur 7 illustrerer deres resultat. I to præterapeutiske undersøgelser udviste såvel kognitiv som imaginær eksponeringsterapi høje score i PTSD symptomer. Umiddelbart efter behandling var PTSD symptomerne faldet, men resultaterne var stadig næsten identiske, metoderne imellem. Over fem års perioden forsvandt PTSD symptomerne ved kognitiv terapi gruppen markant i forhold til gruppen, der havde modtaget imaginær eksponeringsterapi.



Figur 7. Viser symptomer for kognitiv terapi (CT) og for Imaginær eksponering (IE) (Tarrier & Sommerfield 2004 p.242)

I modsætning til de to ovenstående undersøgelser opnåede en svensk undersøgelse et mere positivt resultat af EMDR. Högberg et al. (2008) udførte en undersøgelse 35 måneder efter behandling med EMDR. Her kunne 60 % af deltagerne efterfølgende ikke opfylde kriterierne for PTSD (Högberg et al., 2007, pp. 101,105).

4.4.3 Hvem har gavn af EMDR?

Högberg et al. (2008) og Macklin et al. (2000) giver et bud på de divergerende resultater, der blev præsenteret i foregående afsnit. Macklin et al. undersøgte en gruppe med kronisk PTSD og komorbide lidelser. Ved Högberg et al. var undersøgelsespopulationen primært civile med traume efter enkeltstående oplevelser. Det kan antages, at graden og kompleksiteten ved traumet i høj grad påvirker resultatet af behandlingen. Dette kan måske også forklare det resultat som Jensen (1994) opnåede, nemlig at EMDR ikke var særlig effektiv i forbindelse med behandlingen af krigsveteraner (Jensen, 1994, p. 311). Macklin et al. skriver om deres undersøgelsesresultater:

“Our data ...cannot rule out the possibility that more general and lasting benefits might have been obtained with EMDR in less entrenched and chronically ill and/or non-veteran patients.” (Macklin et al., 2000, p. 27)

Tarrier og Sommerfield (2004) er tilsvarende inde på, at der her muligvis er forskel:

“Civilian and military populations may well differ in their responses to treatment”. (Tarrier & Sommerfield, 2004, p. 243)

Dette synes at bekræftes af en undersøgelse af Marcus, Marquis og Sakai (1997):

“Therefore, this research supports the view that some individuals with multiple traumas may pose a greater challenge for PTSD treatment than individuals whose etiology of PTSD is from a single trauma. It is likely that these individuals would need longer-term treatment with EMDR or other methods”. (Marcus, Marquis & Sakai, 1997, p. 313)

Marcus, Marquis og Sakai undersøgte desuden, hvornår der er størst effekt af EMDR behandlingen. De nåede frem til, at inden for de tre første sessioner er effekten af EMDR størst (Marcus, Marquis & Sakai, 1997, p. 113).

4.5 Kritik af EMDR

4.5.1 Den offentlige debat.

EMDR er genstand for en intens debat, der efterhånden har stået på siden 1989 (Robertson, Humphreys & Ray, 2004, p 109; Harvey, Bryant & Tarrier, 2003, p.512). EMDR hævdes at være en mirakelkur imod næsten alt. EMDR er i diverse artikler og undersøgelser fremstillet som effektiv i behandlingen af smerte, sorg, fobier, stofmisbrug, patologisk jalousi, spiseforstyrrelser, vrede, skyld, par, børn helt ned til 1 år og 9 mdr., angst, personlighedsforstyrrelser, specifikke angstsituationer som arbejdspræstation og undersøgelsesangst, m.m. Af de mere outrerede findes der postulater om, at EMDR skulle være effektiv i forbindelse med kræft og AIDS. En undersøgelse skulle angiveligt også vise, at EMDR kan være gavnlige i forbindelse med individers sorgarbejde, hvor individet har spirituel kontakt med afdøde. I et tilfælde skulle EMDR have hjulpet en klient i forbindelse med traume af ”recovered memory” efter at have været bortført af rumvæsner (Botkin, 2000, p 181.; Hensel, 2009, p 2. ; McNally, 1999, p 231 ; Rubin, 2003, p. 5)

(Bilag 6 Præsenteres forskellige abstrakts, der viser nogle af de områder EMDR angiveligt skulle være virksom overfor.) Shapiro har ikke umiddelbart afvist nogle af disse postulater, hun argumenterer:

”While originally designed to alleviate the distress associated with traumatic memories, EMDR now is used to address a range of complaints that follow distressing life experiences.” (Shapiro & Maxfield, 2002, p. 933f)

Om brug af EMDR indenfor områder, der ikke er valideret, skriver Shapiro:

“It is true that we need more research across the board. However, people are suffering now and cannot wait for research to catch up.” (Shapiro, 2004, intro xxii)

4.5.2 Postulater og iscenesættelse

Kritikken af EMDR er kontant, hvor betegnelser som ”*pseudovidenskab*” (Herbert et al., 2000, p. 946), og ”*EMDR, like other power therapies, is a ”miracle” cure that has failed.*” (Rosen et al., 1999, p. 9) giver indtryk af, at nogle forskere ikke lader sig

imponere af EMDR. Den kontante kritik skal naturligvis ses i lyset af, at Shapiro og andre ikke ligefrem er ydmyge i deres iscenesættelse af EMDR. Eksempelvis er undertitlen på værket: "EMDR *Eye Movement and Desensitization and Reprocessing - Updated Edition*" The Breakthrough "eye movement" Therapy for overcoming Anxiety Stress and Trauma (Shapiro & Forrest, 2004). Herudover bliver de seks første sider i bogen, der ikke er pagineret, brugt til at fremstille citater, der priser EMDR. En anden form for iscenesættelse beskrives af den danske psykolog, Smith, der efter at have deltaget i første kursus del af EMDR, skriver om sin oplevelse med Shapiro (FS):

"Det var i forlængelse af en af de første træningssessioner, at FS gik glip af mig som en af sine kommende disciple. [...] Ved afslutningen af træningssessionen blev vi alle bedt om at vende os om med front mod FS, der igen havde taget plads på talerstolen. Hun instruerede nu forsamlingen om, at alle, der synes at have bemærket en angstreduktion under behandlingen, skulle række hænderne i vejret. *Præcis samtidig røg begge hendes egne og alle instruktørens arme til vejrs - som med militærisk præcision.* Oprinnets iscenesættelse var lysende klar og kastede samtidig et afslørende lys over den alt for ukritiske interesse for behandlingsmetoden, som jeg indtil da havde udvist." (Smith, 2000, p.15f)

4.5.3 McNallys analogiske analyse

McNally lavede i 1999 en sammenlignelig historisk analyse af Mesmerismen og EMDR. Mesmerismen var en terapeutisk retning, der blev udviklet af den østrigske læge Mesmer (1734-1815). Denne terapeutiske retning antog, at der i levende væsner eksisterede en animalsk (organisk) magnetisme modsat den, der findes i metal. Det viste sig senere, at de virkemidler, der kunne observeres, havde suggestive karakteristika (Fink, 2001, p. 362; McNally, 1999, pp. 225-256). McNally fandt 17 lighedspunkter imellem EMDR og animalsk magnetisme:

- 1) Både Mesmer og Shapiro havde deres terapeutiske åbenbaringer, mens de bevægede sig udendørs.
- 2) Hverken Mesmer eller Shapiro havde tidligere arbejdet med det arbejdsområde, som de grundlagde deres teorier indenfor. Shapiro var ved at udarbejde en doktorafhandling i engelsk litteratur, men måtte stoppe pga. sygdom.

- 3) Både Mesmer og Shapiro etablerede succesfulde kommercielle træningsinstitutter, og inspirerede professionelle organisationer til at promovere deres terapier.
- 4) Såvel animalsk magnetisme som EMDR kan være emotionelt dramatisk.
- 5) Både Mesmer og Shapiro er blevet kritiseret for ikke at undervise i deres teorier. Begge har kun været interesseret i at træne deres elever i kommercielle workshops. Begge har ligeledes fået deres elever til at underskrive dokumenter, hvori de frastod at undervise andre i metoden.
- 6) Såvel Shapiro som Mesmer fremstår som karismatiske ledere.
- 7) Både EMDR -og animalsk magnetisme terapeuter har givet gratis behandlinger. Mesmer begyndte på det, efter han var blevet beskyldt for at være en pengemager.
- 8) Både animalsk magnetisme og EMDR har modtaget ros af prominente personer.
- 9) Både animalsk magnetisme og EMDR er blevet betegnet som værende af signifikant betydning for den globale historie af terapiernes tilhængere.
- 10) Der sælges små tekniske hjælpemidler til høje priser til de studerende. Mesmer solgte magnetiseret vand. Shapiro sælger små "lite-Sticks" der kan anvendes i stedet for pegefingeren.
- 11) Såvel animalsk magnetisme som EMDR er blevet brugt til en meget bred vifte af tilstande. EMDR er bl.a. anbefalet imod aids, paranoid skizofreni, børn ned til 2 år, cancer, par terapi og meget andet.
- 14) Både Mesmer og Shapiro har udtalt, at andre "etablerede" praktiskere har været fordomsfulde overfor deres interventionsformer.
- 15) Kritikere af mesmerismen og EMDR har hævdet, at virkemidlerne i disse behandlingsformer sker gennem suggestion.
- 16) Både Shapiro og Mesmer har reageret på tilsvarende måde over for forskning, der er kritisk overfor deres behandling. Begge har anfægtet kritiske undersøgelser for ikke at leve op til specifikke krav eller være uddannet tilstrækkeligt i metoden.
17. Både Shapiro og Mesmer har skrevet breve til de kritikere, de har oplevet har misbrugt deres teknikker (McNally, 1999, pp. 225 ff).

4.5.4 Bias forfatterskab

Shapiro synes at have en lemfældig omgang med kildemateriale. I introduktionen af sin bog fra 2004 refererer Shapiro og Forrest (2004) til undersøgelser, der har vist positive resultater af behandling med EMDR. Her fremstilles resultater hvor PTSD diagnosen efterfølgende ikke kunne stilles i 80-100 % af tilfældene. Som kilde refererer Shapiro til appendiks bagerst i bogen; en række af forskellige undersøgelser, men opgiver ikke hvilken af de 41 undersøgelser der er tale om. Det er op til læseren selv at finde ud af, hvilket så giver følgende resultat:

” Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307—315. Funded by Kaiser Permanent. Results show that 100% of single-trauma and 80% of multiple trauma survivors were no longer diagnosed with post—traumatic stress disorder after six 50 minute sessions.” (Shapiro & Forrest, 2004, p.264)

Hvordan de ovenstående resultater, i citatet, er genereret vides ikke. Nærlæsning af undersøgelsen af Marcus, Marquis og Sakai (1997) giver følgende resultat: 97 individer var henvist til undersøgelsen. Heraf kunne 67 (53 kvinder og 14 mænd) diagnosticeres med PTSD efter DSM III- R kriterierne og bruges i forsøget. Gruppen blev fordelt til enten EMDR behandling eller Standard Care (SC). Af disse blev følgende ekskluderet: fire med dissociative disorders, en med obsessive-compulsive disorder, en med psykose, to pga. afhængighed af alkohol/stofmisbrug. Yderligere fire blev afvist pga. manglende PTSD kriterium, fem blev afvist ved enten at være suicidale eller have retssager kørende, yderligere fire blev afvist grundet medicinske årsager og en blev afvist grundet manglende evne til at læse opgaver. Herudover nægtede ti at deltage og en stoppede før afslutningen. Det vil sige 34 deltog forsøget igennem (Marcus, Marquis & Sakai, 1997, pp. 307 ff). Af de 33, der ikke deltog eller fuldførte behandlingen, må det antages, at cirka halvdelen var fra EMDR gruppen. Hvilket vil sige, at skønmæssigt deltog ca. 17 i EMDR behandlingen. Som undersøgelsesresultat oplyses følgende:

”At posttreatment 77% of the EMDR group no longer met criteria for PTSD as compared with 50% of the SC group.” (Marcus, Marquis & Sakai, 1997, p. 311)

Syv individer kunne efter endt behandling stadig diagnosticeres med PTSD. Alle havde tidligere aktuelle traumer, disse foruden det traume, der var årsagen for PTSD diagnosen. Heraf var en blevet retraumatiseret af behandlingen (ibid., p. 313). Det

bør oplyses, at undersøgelsen kørte over et år, hvorigennem EMDR behandling fortsatte til der ikke kunne diagnosticeres PTSD længere. Af disse fik nogle sideløbende anden terapeutisk behandling og nogen fik yderligere medicinsk behandling (Marcus, Marquis, and Sakai, 2004, p. 198). Shapiro og Forrest (2004) opgiver dermed et noget andet resultat end det Marcus, Marquis og Sakai når frem til. Nuvel, omkring effekt af EMDR kan der i samme appendiks læses følgende:

” Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126—144.

This meta-analysis determined that EMDR and behavior therapy were superior to psychopharmaceuticals. EMDR was more efficient than behavior therapy, with results obtained in one-third the time.” (Shapiro & Forrest, 2004, p.263)

Hvilket efterlader læseren med det indtryk, at EMDR i undersøgelsen af Van Etten og Taylor (1998) er markant mere effektiv end adfærds terapi. En gennemgang af samme undersøgelse kan fremstille et noget andet billede:

“Of the psychological therapies, behaviour therapy and EMDR were the most effective, with the two being generally equally efficacious, although behaviour therapy was significantly more effective than all treatments, including EMDR, SSRIs, and carbamazepine, on observer rated total PTSD symptoms. No differences in comparative treatment efficacy were discernible between behaviour therapy and EMDR across the specific symptom domains of PTSD.” (Van Etten & Taylor, 1998, p.138)

Ved en mere korrekt gennemgang af Van Ettens og Taylors (1998) undersøgelse, vil fremstilling af deres konklusion dog være følgende:

“Among the psychological therapies, behaviour therapy and EMDR were most effective, and generally equally so. The most effective psychological therapies and drug therapies were generally equally effective.” (ibid., p.128)

I det første af de to ovenstående eksempler laver Shapiro en selektiv udregning og kommer frem til en 100 % succes rate. Designet for undersøgelsen var imidlertid indrettet således, at alle individerne skulle modtage så meget terapi, at de blev symptomfri. På trods af, at der efter endt behandling stadig var syv individer med symptomer, erklærede Shapiro det for en 100 % succes. Shapiro udelader de syv, der stadig havde PTSD med begrundelsen, at de ikke havde traume efter enkeltstående traumatisk oplevelse. Hun udelader ligeledes at oplyse om, at de muligvis havde deltaget i andre former for behandling. I det andet eksempel hævder hun, at EMDR er

mere effektiv end adfærdsterapi, men udelader at informere om, at der er tale om et delresultat på et specifikt symptomniveau, og ikke den endelige konklusion som Van Etten og Taylor (1998) når frem til. Nemlig at begge typer af behandling er generelt lige effektive.

I retningslinjerne for behandling af ASD og PTSD fra American Psychiatric Association (APA) fra 2004 opgives følgende klassificering:

“A. Coding System

Each recommendation is identified as falling into one of three categories of endorsement, indicated by a bracketed Roman numeral following the statement. The three categories represent varying levels of clinical confidence regarding the recommendation:

[I] Recommended with substantial clinical confidence.

[II] Recommended with moderate clinical confidence.

[III] May be recommended on the basis of individual circumstances.”

(APA, 2004, p. 4)

Af psykoterapeutisk anbefaling opgives:

“For patients with a diagnosis of ASD or PTSD, available evidence and clinical experience suggest that a number of psychotherapeutic interventions may be useful. Patients with ASD may be helped by cognitive behavior therapy and other exposure based therapies [II]. In addition, cognitive behavior therapy is an effective treatment for core symptoms of acute and chronic PTSD [I]. EMDR is also effective [II]. Stress inoculation, imagery rehearsal, and prolonged exposure techniques may also be indicated for treatment of PTSD and PTSD-associated symptoms such as anxiety and avoidance [II]. The shared element of controlled exposure of some kind may be the critical intervention” (APA, 2004, p. 6)

Af ovenstående kan udledes, at EMDR kan være effektiv og kan anbefales med moderat klinisk overbevisning (evidens styrke II). Shapiro, Kaslow og Maxfield (2007) har imidlertid en anden og mere positiv tilgang til, hvordan den samme tekst skal fortolkes:

“American Psychiatric Association. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines EMDR given the highest level of recommendation (category for robust empirical support and demonstrated effectiveness) in the treatment of trauma.” (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2007, p. 427)

Med en henvisning til eksemplet i afsnittet 4.5.5 kritik af øjenbevægelser, hvor Shapiro muligvis fejltolker Antrobus, vil der ikke blive præsenteret yderligere eksempler

på, hvordan Shapiros fejl i kildehenvisninger, kan give læseren en opfattelse af bias referencer og referering af forsknings-resultater.

En mere bekymrende form for bias findes ved ikke at offentliggøre forskningsresultater, der går imod eget tilhørsforhold. Rubin (2003) skriver herom:

“After reading a draft of my study (Rubin et al., 2001) containing primarily null findings regarding EMDR’s effectiveness with children, several of my colleagues with strong vested interests in EMDR informally urged me to refocus my report on the process aspects of the study, delete or downplay its outcome findings, or delay its submission for publication altogether until other studies appeared in the literature that supported the effectiveness of EMDR with children I have encountered other EMDR colleagues who agonize over what to do when they obtain null findings that they didn’t expect and do not like. One worried about falling out of favor with the EMDR establishment. It is not beyond some to reanalyze the findings repeatedly, fishing for some way to slice the data that produces an outcome that casts a better light on the possible effectiveness of EMDR. How many studies with null results, one wonders, have gone unreported by such colleagues?” (Rubin, 2003, pp. 19f)

Rubins beskrivelse er foruroligende. Han er efterfølgende faldet i unåde med påstand om selv at være bias. Hvilket Rubin (2004 pp 91-92) dog har tilbagevist i en længere redegørelse.

4.5.5 Kritik af øjenbevægelser

Shapiro gav i 1989 de sakkadiske bevægelser med øjnene den centrale årsag for, at desensibiliseringen foregår. Hun teoretiserede, at der muligvis var en sammenhæng imellem REM søvn og EMDR (jf. afsnit 4.1.3). De sakkadiske øjenbevægelser har siden været genstand for tilbagevendende kritik og undersøgelse: *“Data do not support a role for eye movements in emotional processing during EMDR...”* (Pitman et al., 1996, p. 426)

“...we recommend that the content of treatment be applied in a systematic and additive manner, so that the effect of the general effects of the EMDR procedure can be isolated from the putative effects of eye movement or other forms of lateral stimulation.” (Lohr, Kleinknecht & Tolin, 1995, p.229)

I en metaanalyse af 34 undersøgelser, hvor EMDR er blevet udført som foreskrevet (jf. afsnit 4.3), med henholdsvis fikseret blik og uden øjnebevægelserne m.m., fastslår Davidson og Parker (2001):

“Is eye movement—or indeed, any alternating movement—a necessary component of EMDR? The near-zero effect sizes indicate that eye movement is

unnecessary. Dismantling studies that examined the use of alternating movements other than eyes were not shown to be different from EMDR by the data available. The effect sizes for the outcome measures are small, and we have no evidence that eye movements or other alternating stimuli are necessary.” (Davidson & Parker, 2001, p. 313)

Og samme år konkluderer Chaill, Carrigan & Freuh (2001):

”...our review of dismantling studies reveals there is no convincing evidence that eye movements significantly contribute to treatment outcome.” (Chaill, Carrigan & Freuh, 2001, p. 305)

Selv om Shapiro efter den første kritik af øjenbevægelserne ændrer sin oprindelige teori om øjenbevægelserne, til senere også at omfatte andre ydre stimuli (jf. afsnit 4.1.3), fastholder hun, at øjenbevægelserne stadig er det mest effektive virkemiddel (Shapiro, 2004, p.xx). Shapiro henviser til, at øjenbevægelser kan ændre tankemønstre i forhold til at afhjælpe ubehag ved traumatisk stress, og at det var dokumenteret allerede før EMDR. Hun skriver således:

“The Idea that eye movements could alter thinking patterns had been documented previously. A series of experiments 19,20 revealed that spontaneous EMs were associated with unpleasant emotions and cognitive changes.” (Shapiro, 2004, p. 270)

Shapiro henviser i ovenstående citat til undersøgelser af Antrobus, Antrobus & Singer fra 1964 og 1973. Som jeg her har valgt at inddrage følgende citat fra:

“It is possible, moreover, that the high rate of ocular activity has nothing to do with cognitive change but merely identifies an emotional response to the instruction to carry out a difficult task.” (Antrobus, Antrobus & Singer, 1964, p. 251)

Som jeg læser Antrobus, Antrobus & Singer (1964) hævder de, at en følelsesmæssig respons kan ændre tankemønstret, hvilket vil kunne føre til kraftige øjenbevægelser. Øjenbevægelserne skal dermed i sig selv ses som en indikator for det forandrede tankemønstre og ikke som en årsag. I dansk regi skriver Elklit herom:

”Som vi har været inde på i en tidligere artikel i ”Forskningsnyt”, tyder meget på, at øjenbevægelserne ikke er en nødvendig del af EMDR. Effekten af EMDR er sandsynligvis, at patienten under sessionerne koncentrerer sig om de ubehagelige traumesituationer i tankerne, og ved at gøre det gentagne gange under vejledning kommer patienten efterhånden til et punkt, hvor disse angstprovokerende stimuli ikke længere spiller den samme rolle som tidligere.” (Elklit, 2003, p. 32)

Herbert et al. (2000), der er mere direkte i sin kritik af EMDR, er af den opfattelse, at der ikke længere bør undervises i brug af håndbevægelser og diverse andre former for bilateral stimuli (Herbert et al., 2000, p.965).

When experimental research consistently demonstrates that EMDR without eye movement or lateral stimulation is as effective as the full treatment procedure, it is no longer reasonable for clinicians to learn the clinical intricacies of their hand movements (or the use of automated flashing light bars and sound generators) while misinforming their clients that they can expect accelerated information processing as a consequence. Nonetheless, workshop training in the full EMDR method continues at an extraordinary pace (Rosen, 1996), with large numbers of mental health clinicians learning hand movements and other methods of tactile stimulation. In the context of these paradoxical circumstances, we offer the following recommendations to practicing clinical and counselling psychologists, and other mental health professionals. (ibid.)

4.5.6 Evidens kapløb

På mange måder fremstår forskningen omkring EMDR som et kontinuerligt kapløb. Efter at Shapiro offentliggjorde sin behandlingsmetode og sine famøse resultater, har flere forskere forsøgt at finde ud af, hvad det virksomme ved EMDR er. Efter de første negative undersøgelser dukkede op omkring øjenbevægelserne, ændrede Shapiro sin beskrivelse til at være bilateral stimulering. Denne forklaring blev senere igen ændret til at være en ”dual attention”.

”Idet de ikke fandt, at der var nogen forskel på resultaterne af de to behandlingsformer proklamerede FS, at alternative former for bilateral stimulation var fuldt ud ligeså virkningsfuldt som EMDR. FS hævdede, med andre ord, at nogle af verdens mest prominente PTSD-forskere havde spildt deres tid med at teste EMDR imod metoden selv.” (Smith, 2000, p.17f)

Det samme har været gældende i forhold til at være uddannet til at udføre EMDR. Som det fremgik af afsnittet (4.1.2), var det oprindeligt nok blot at have læst Shapiros artikel for opnå flotte resultater med EMD. Efterfølgende udviklede hun et kursusforløb, som senere blev til to kursusmoduler. Shapiro afviser undersøgelsesresultater med, at testpersonerne ikke har været uddannet godt nok. Et væsentligt problem, da Shapiro selv refererer til undersøgelser i EMDR favør fra før den anden kursusdel var kommet til. I dag er kravene for at være kvalificeret i Europa følgende:

EMDR EUROPE’S KRITERIER FOR GODKENDELSE SOM EMDR TERAPEUT (PRACTITIONER).

For at opnå anerkendelse som praktiserende EMDR terapeut skal man:

- a) være medlem af den nationale EMDR organisation, dvs. EMDR Danmark.
- b) dokumentere at have gennemgået et af EMDR Europe anerkendt træningsprogram som i Danmark svarer til Grundkursus 1 og 2 samt den af den nationale forenings inkluderede supervision.
- c) dokumentere at være anerkendt inden for det nationale sundhedssystem
- d) have mindst 2 års erfaring indenfor dette sundhedssystem.
- e) have gennemført mindst 50 EMDR sessioner efter Grundkursus 2.
- f) med minimum 25 forskellige klienter efter Grundkursus 2
- g) have modtaget minimum 20 timers supervision af en af EMDR Europe anerkendt supervisor efter gennemført Grundkursus 2 (er indeholdt i punkt b)
- h) have fremvist det af den nationale forening krævede antal videoklip for supervisor
- i) kunne fremvise et anbefalingsbrev fra mindst 1 af EMDR Europe godkendte supervisor omtalende ansøgerens professionelle anvendelse af EMDR i praksis, samt ansøgerens etiske og professionelle værdier.
- j) have deltaget i yderligere træning forlangt af den nationale organisation
- k) Godkendelsen kan fornyes hvert 5. år, såfremt der overfor den nationale organisation kan dokumenteres en vedligeholdelse af uddannelse og træning.

(Kilde:http://www.emdr.dk/fs_practioner.html)

Et andet problem i forbindelse med evidens, rækker imidlertid ud over EMDR og er allerede fremført i afsnit 3.6. Hvilke fælles standarder ønskes der at bruges som forskningsgrundlag, og er det muligt at generalisere undersøgelser, der strækker sig over flere årtier og har forskellige krav til uddannelse og metodik. DeBell og Jones (1997, p.161) er eksempelvis af den opfattelse, at Shapiro diskriminerer tidligere undersøgelser, der viser et negativt resultat ved, at de er fyldt med fejl og udarbejdet før, hun ændrer sin procedure for EMDR i 1995. Imidlertid anvender Shapiro ifølge DaBell og Jones (1997) selv tidlige publikationer, der er i favør for EMDR. Shapiro har i 1995 opsat krav om, at før deltagelse i et EMDR kursus, skriver kursisten under på en erklæring om, at man ikke vil uddanne andre i EMDR metoden. Dette har bevirket, at det er blevet sværere at finde "neutrale" undersøgere af EMDR og derigennem søge at undgå bias. Smith har meget rammende beskrevet ovenstående problematik:

”De skiftende procedurer og træningskrav for at kunne udføre EMDR forskriftsmæssigt har således skabt et øjensynligt endeløst forfølgelsesløb for videnskabsfolk, der ønsker at trænge til bunds i EMDR-behandlingens effektivitet.” (Smith, 2000, p. 18)

4.5.7 Hvad er EMDR?

På samme måde som EMDR skaber debat i forhold til effektivitet, er selve definitionen af EMDR heller ikke lige til. Shapiro har selv ændret såvel navn, teoretisk fundament, kausalitetsforhold og anvendelsesområde ved EMDR. Det er kun selve behandlingsprotokollen, der er forholdsvis uberørt. Shapiros egen definition er uklar, da EMD ikke opstod ud fra en teoretisk position og hun efterfølgende hævdede at der ikke var empirisk bevis for at konkludere noget tilhørsforhold på daværende tidspunkt (Shapiro, 1989, p. 217). Dette synes at have givet carte blanche for andre at spekulere i, hvad denne nye teori egentlig er. Den mest udbredte holdning er, at EMDR er en variant af kognitiv terapi, hvor det virksomme er eksponeringsdelen (Adshead, 2000, p.145; APA, 2004, p. 34; Foa & Meadows, 1997, p. 966). Shapiro, der ikke lader sig sætte i bås af et psykologisk paradigme, har et noget bredere perspektiv på EMDR. Hun betegner EMDR som en struktureret behandlingstilgang vejledt af hendes adaptive informations processeringsmodel. Her integreres elementer fra bl.a. psykodynamisk, kognitiv og adfærdspsykologisk, personcentreret, kropsorienteret og interaktionsterapi i en standardiseret procedure og kliniske protokoller (Shapiro & Maxfield, 2002, p. 933). Shapiro mener ikke, at man endnu er i stand til at forklare hendes model ud fra neurobiologiske opdagelser:

“This model is not linked to any specific neurobiological mechanism because the field of neurobiology is as yet unable to determine the neurobiological concomitants of any form of psychotherapy (nor of many medications). However, because EMDR achieves clinical effects without the need for homework or the prolonged focus used in exposure therapies, attention has been paid to the possible neurobiological processes that might be evoked. Although the eye movements (and other dual attention stimulations) are only one procedural element [...]” (Shapiro, 2007, p. 432f)

Der forskes til stadighed i at forklare EMDR ud fra et neurobiologisk perspektiv. REM søvn og bilateral stimulans synes at være de mest undersøgte sammenhænge blandt EMDR teoretikere (Solomon & Heide, 2005, pp. 53-55). Der er ikke store fund, der gør sig gældende i forhold til disse teorier, hvilket indikerer, at det ikke er hverken øjenbevægelser eller bilateral stimulering, der er det virksomme ved EMDR.

Denne antagelse er senest understøttet af en canadisk undersøgelse, hvor en række af forskellige alternativer til bilaterel stimulering blev undersøgt. Forsøgspersoner blev bedt om enten at tegne, læse op, se op og ned, eller fra side til side. Alle metoder opnåede tilsvarende effekt (Gunter & Bodner, 2008, p. 913). Deres forskning har ført frem til en hypotese om, at det at genkalde sig en erindring, imens individet bliver forstyrret, forhindrer ubehag i at træde helt frem i bevidstheden, og ved gentagelse formindskes ubehaget. En hypotese, der stadig mangler bekræftelse fra andre undersøgelser, men umiddelbart virker plausibel for virkemidlerne ved EMDR. Hvis kausalitetsforholdet ved EMDR kan beskrives af Gunters & Bodners (2008) hypotese, vil det blive nemmere, at definere hvad EMDR er.

4.6 Diskussion af EMDR

4.6.1 En kontroversiel debat

Et væsentligt bidrag til at EMDR kan betegnes kontroversiel, er den åbenlyse diskriminering af data. Fremstilling af evidens bliver ofte taget ud af den akademiske kontekst og bliver genstand for en polemisk debat. Det vil sige, at stort set ingen kritiske undersøgelses resultater er blevet accepteret af tilhængerne af EMDR, uden at blive mødt med massiv kritik og beskyldninger om bias fremstilling, manglende akademisk niveau o.a. (jf. afsnit 4.5.4 og afsnit 4.5.6). At skulle vurdere de forskellige argumenters saglighed, uden at have fuld adgang til alle data i forbindelse med undersøgelserne, besværliggør naturligvis en reel objektiv vurdering. En objektiv vurdering fordrer, at så mange parametre som muligt identificeres og enten elimineres eller inddrages i vurderingen. Der er i dette speciale eksempelvis fremstillet en række informationer, der understøtter årsager til at EMDR er kontroversiel (jf. afsnit 4.5.3). En række af disse informationer giver indblik i og forståelse af den verserende debat forskerne imellem. Imidlertid må mange af disse informationer ekskluderes i forhold til en vurdering af, hvorvidt EMDR er en effektiv behandlingsmetode af PTSD. En historisk analyse er dermed interessant og relevant i forhold til EMDR-organisationens struktur og teoretiske grundlag, men knap så relevant i forhold til en analyse af de generede effektmålinger, som fremstilles i eksempelvis metaundersøgelserne (jf. afsnit 4.4.1). Det kan undre, at professorer og professionelle fagfolk ikke i højere grad søger at nå til fælles erkendelsesgrundlag frem for at forsvare radikale positioner. Det kan ikke afvises, at der er bagvedliggende årsager, som ikke er kommet frem i dette speciale. Spekulativt kan økonomiske årsager muligvis forklare, at

EMDR ikke ønskes integreret i eksisterende behandlingsmetoder og psykologiske retningslinjer. USA må som krigsførende nation betragtes som et stort marked for forskning og behandling af PTSD, og hvor behandlingen i stigende grad er resultatorienteret med fokus på symptombekæmpelse. Et økonomisk incitament kan betragtes fra begge lejre hvor modstandere af EMDR muligvis ikke ønsker at afgive markedsandele, og omvendt EMDR lejren ikke ønsker at slippe deres økonomiske grundlag med over 60.000 uddannede (jf. afsnit 4.1.4).

4.6.2 Anvendelse af EMDR

Selvom EMDR er kontroversiel, som det fremgik af afsnit 4.5 *Kritik af EMDR*, har EMDR opnået en så omfattende udbredelse og opmærksomhed i dag, at det er en psykoterapeutisk faktor, der ikke kan ignoreres (jf. afsnit 3.7.3 og 4.1.4). Det er uden for denne opgaves præmis at vurdere, hvilken behandlingsform, der er mest effektiv i behandlingen af PTSD, og det kan dermed ikke vurderes om traumefokuseret adfærdsterapi burde anvendes i stedet for EMDR. I stedet kan en debat rettes imod, hvilke forcer der kan findes ved EMDR. Efter bearbejdelsen af litteraturen omhandlende EMDR, fremstår EMDR som en simpel behandlingsmetode, hvor følgende fordele kan antages:

- Det er let at blive uddannet indenfor EMDR (blot to weekendkurser). Det synes derfor relevant, at psykotraumatologer bør uddannes indenfor denne behandlingsmetode. Dette naturligtvis set i forhold til det antal anbefalinger behandlingsmetoden har opnået (jf. afsnit 3.7) og det relative omfattende uddannelsesniveau, der kræves for at blive psykotraumatolog.
- Behandlingen kan foregå med et minimum af dialog, hvorved individer, der har svært ved at formidle og beskrive deres oplevelser verbalt, vil kunne drage fordel af denne metode.
- Da der ikke uddelegeres hjemmeopgaver, som ved TFKAT, kan selv meget ressourcetsvage individer deltage.
- Hvis behandlingen ikke virker indenfor få gange, indikerer det angiveligt, hvorvidt flere sessioner med EMDR vil være gavnlige (Denne spændende antagelse er fremført af Marcus, Marquis og Sakai, (1997, p. 313) og mangler p.t. et evidensbaseret fundament).

- Hypotetisk vil metoden være egnet til fjernbehandling over fx internettet ved fjernt beliggende lokaliteter. Metoden ville desuden med rimelighed kunne udføres i katastrofe - og krigsområder.

4.6.3 Etik ved behandling

Da EMDR kan udføres uden en egentlig anamnese og derigennem med indblik i klientens traume, fx ved at terapeuten blot beder klienten om at fremkalde den negative erindring men ikke beskrive den, fordrer behandlingsmetoden en række etiske overvejelser. Hvis de negative flashbacks og mareridt skyldes moral og samvittighed, fx handlinger begået i krig eller på grund af hensynsløshed, som det ses ved spiritus kørsel, hastighedsoverskridelser m.m. Er det så psykologers opgave at desensibilisere disse erindringer, uden der nødvendigvis kommer en kobling imellem handling og samvittighed. Ved ikke nødvendigvis at have indblik i traumets ætiologi, risikerer behandlere at afhjælpe kriminelle uden at vide det. Dette er en problemstilling, som alle, der beskæftiger sig med EMDR, som minimum bør være opmærksom på.

5.0 Afrundende diskussion

Forskningen indenfor det psykotraumatologiske genstandsfelt er igennem de senere år blevet fokuseret omkring kontrollerede og randomiserede undersøgelser, som det især ses hos Cochrane undersøgelserne. Det er naturligvis godt ud fra det synspunkt, at data bliver kvantificerbare og det derved er nemmere at foretage effektmålinger. Hvorvidt denne form for undersøgelsesmetode er den bedst egnede til effektforskning indenfor PTSD, synes svært at vurdere ud fra dette speciale. En konsekvens er dog, at manualiserede behandlingsformer opnår de bedste resultater og dermed anbefalinger ved denne type forskning. Tendensen går dermed i retning af, at behandlingsmetoder der følger behandlingsprotokoler, i stigende grad favoriseres. Det væsentlige spørgsmål i denne forbindelse er naturligvis, om det er den bedste retning udviklingen går imod. Kan forskellige stressorer eksempelvis behandles ens, hvordan kan de store drop-outs i undersøgelserne tolkes. Som det fremgik af afsnit 3.4, spiller personlighedsvariansen angiveligt ind i forhold til behandlingen, men er der plads til variation i de manualiserede behandlingsformer? At udviklingen går i retning af stadig mere specifikke og standardiserede behandlingsformer, som TFKAT og EMDR synes at forlade det kliniske erfaringsgrundlag. Hvor der plæderes for en klientkon-

takt, der rummer tid til at lære klienten og dennes problemstillinger at kende og derigennem tilpasse behandlingen til klienten og ikke omvendt (jf. Elklit og Thrane i afsnit 3.4 og Horowitz, Figley og Foa i afsnit 3.7.1). Det synes dermed relevant at spørge, hvad formålet er med behandlingen, hvilke succeskriterier opsættes der, hvordan måles de, og lige så vigtigt, hvad bliver ikke målt? EMDR har eksempelvis ingen profylaktiske elementer, hvorfor individer der hyppigt traumebelastes, f.eks. indsatspersonel, kunne have gavn af behandlingsformer indholdene elementer af psykoedukation, for derigennem at søge at minimere risikoen for fremtidig traumatisering.

Et område der synes overset i behandlingen af PTSD med EMDR, er de mere generelle tilstande og psykosociale forhold, som næsten ikke nævnes i nyere undersøgelser. Figley har som tidligere nævnt beskæftiget sig med traumeramtes relationer (jf. afsnit 3.4), og det vil naturligvis være oplagt at undersøge om EMDR også har en effekt, der kan måles psykosocialt hos traumatiserede og ikke blot på specifikke PTSD symptomer. Psykotraumatologien er nået langt siden den oprindelige definition af krisebegrebet, men PTSD synes stadig at skulle afpudses i forhold til definition og behandling.

6.0 Konklusion

Ud fra den præsenterede gennemgang af dels empiri, historisk udvikling og forskellige synspunkter og fund i forbindelse med udarbejdelsen af denne tekst, kan det med rimelighed konkluderes, at EMDR er en kontroversiel psykoterapeutisk behandlingsform. Foruden kritikerne, har Shapiro i høj grad selv bidraget til at EMDR er kontroversiel. At EMDR er kontroversiel udledes bl.a. af følgende: ikke at have præsenteret en evidensbaseret teori, ikke at have et afgrænset behandlingsområde, ved konsekvent at afvise næsten al kritik med argumenter som manglende træning i EMDR og samtidig fastholde uddannelsen i en hierarkisk opbygget organisation, ved radikalt at have ændret metoden flere gange og ved at fremstille forskningsresultater, så de favoriserer EMDR.

Med hensyn til besvarelsen af den indledende problemformulering: *Er EMDR en effektiv behandlingsform af PTSD*, må svaret være ja. Der foreligger evidensbaseret data for, at EMDR med rimelig overbevisning kan antages at have gavnlig effekt overfor invaderende tanker og følelser, som det findes ved flashbacks og mareridt. Det kan med rimelighed antages, at EMDR er mere effektiv i forhold til enkeltstående traumer, og mindre effektiv desto mere kompleks PTSD diagnosen er, enten i forbindelse med flere tidligere traumatiske oplevelser eller komorbide lidelser. Det kan ikke ud fra denne opgave konkluderes, hvorvidt EMDR er mere eller mindre effektiv end traumefokuseret adfærdsterapi. Til gengæld kan det med rimelighed konkluderes, at EMDR er mere effektiv end at stå på venteliste og mere effektiv end andre terapier i behandlingen af PTSD, der ikke anvender traumefokuseret eksponering. EMDR er angiveligt lige så virksom som kognitiv eksponeringsterapi i behandling af hukommelsesrelaterede traumatiske symptomer. Det teoretiske fundament for, at EMDRs virkemidler ikke blot er en variant af kognitiv eksponeringsterapi, er imidlertid meget spinkelt og mangler en selvstændig evidensbaseret afklaring. Det kan med rimelig overbevisning afvises, at de sakkadiske øjenbevægelser i sig selv skulle være virksomme i behandlingen, og det kan antages, at enhver form for dobbeltrettet opmærksomhed er medvirkende til en desensibilisering af det bevidst valgte eksponerede traume.

7.0 Litteratur

- Adshead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* 177, (pp. 144-148).
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised.) Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Antrobus, J. S., Antrobus, J. S. & Singer J. L. (1964). Eye Movements Accompanying Daydreaming Visual Imagery, and Thought Suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology* Vol. 69, No. 3, (pp. 244-252).
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: the evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.
- Bang, J. et al. (1999). *Dansk Fremmedordbog*. (2. ed., 1. oplag). København: Nordisk Forlag A/S.
- Baranowsky, A. B., Gentry, J. E. & Schultz (2005). *Trauma Practice – Tools for stabilization and Recovery*. Hogrefe & Huber Publisher. US.
- Botkin A L., (2000). The Induction of After-Death Communications Utilizing Eye-Movement Desensitization and Reprocessing: A New Discovery. *Journal of Near-Death Studies*, 18(3).
- Bradley, R. et al. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, No. 162:2, (pp. 214-227).
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, (pp. 216–222).
- Brewin, C. R. & Holmes E.A. (2003). Psychological Theories of Posttraumatic Stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23 (pp. 339-376)
- Brown, S. & Shapiro, F. (2006). EMDR in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Sage Publications* Vol. 5 No. 5, (pp. 403-420).
- Cahill, S. P., Carrigan. M. H. & Frueh, B. C. (1999). Does EMDR Work? And if So Why? A critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research. *Journal of Anxiety disorder*, Vol. 13, No. 1-2, (pp. 5-33).
- Callahan, J. (1998). Crisis Theory and Crisis Intervention in Emergencies. In Kleeppies, P. M. (Ed.), *Emergencies in mental health practise: evaluation and management*. (pp. 22-40). The Guilford press, US.
- CCOHTA (2004). EMDR for Treatment of Post-traumatic Stress Disorder, *CCOHTA No. 35, The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA)*, (www.ccohta.ca)
- Cochrane Collaboration, the (2009). Bisson, J. *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)* (review). Wiley.
- Cullberg, J. (1999). *Krise og udvikling*. (4. Ed., 7. oplag). København: Hans Reitzel Forlag.

- Cusack, K. & Spates, R. (1999). The Cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Anxiety disorders*, Vol. 1, No. 1-2, (pp. 87-99).
- Davidson, P.R. & Parker, K. C. H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, No. 2, (pp. 305 – 316).
- DeBell, C. & Jones R. D. (1997). *As good as it Seems? A Review of EMDR Experimental Research* vol. 28. No. 2, (pp. 153-163)
- Devilley, G. J. & Spence, S. H. (1999). The Relative Efficacy and Treatment Distress of EMDR and a Cognitive Behaviour Treatment Protocol in the Amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety disorders*, Vol. 13, No. 1-2, (pp. 131-157).
- Devilley, G. J. et. al. (2001). The Successful Treatment of PTSD Through Overt Cognitive Behavioural Therapy in Non-Responders To EMDR. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, No. 29, (pp. 57–70).
- Dyregrov, A. (2004) *Katastrofepsykologi* 2 udg. 1 oplag, Narayana Press, Gyllinge: Psykologisk Forlag A/S.
- Eid, J. & Herlofson, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-Systemene: Implikasjoner for forskning og behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening* no.41, (pp. 620-627).
- Elklit, A. (1994). PTSD – En afløser for krisebegrebet? In Sabroe, KE., Kristensen, H. & Hegnsvad, C.(Eds.), *Psykologi i et jubilæumsperspektiv- Rapport fra 25 års-jubilæumsseminar*, (pp. 217-243). Psykologisk institut Århus Universitet. Tryk Juridisk.
- Elklit, A. (2000). *Psykologisk traumebehandling – en effektundersøgelse*. Lavpristrykkeriet, Århus.
- Elklit, A. (2004). Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD), forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer. *Matrix*, nr. 1, (pp. 41-59).
- Elklit, A. & Jensen, P. B. (2007). *Retningslinjer for Psykotraumatologiske undersøgelser – specielt med hensyn til test*. Dansk Psykolog Forening. Fredericia: Elbo Grafisk a/s.
- Elklit, A., Magnúsdóttir, M. & Knudsen, M. (2003). Efter en voldtægt. *Psykolog nyt*. Dansk Psykologforening No. 17, (pp. 5-9).
- Everly, G. S. & Mitchell J.T. (1999). *Critical Incident Stress Management – CISM- A new Era and Standard of Care In Crisis Intervention*. (2. ed.), Chevron Publishing Corporation Print, US.
- Feske, U. & Goldstein, A. J. (1997). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Panic Disorder: A Controlled Outcome and Partial Dismantling Study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, No. 6, (pp. 1026-1035).
- Figley, C. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 1-16). Brunner-Routledge, US.
- Fink, H. C. (2001). *Nyt psykologisk leksikon*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Foa, E. B. & Hembree, E. A. (2003). Interventions for Trauma-Related Emotional Disturbances in adult Victims of Crimes. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 16, No. 2. April, (pp. 187-199).
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2004). *Effective Treatments for PTSD – Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B. & Meadows E. A. (1997). Psychosocial Treatments for Posttraumatic

- Stress Disorder: A Critical Review. *Annu. Rev. Psychol.* 48, (pp. 449-489).
- Gunter, R. W. & Bodner, G. E. (2008). How Eye movements affect unpleasant Memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, No. 46, (pp. 913-933).
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23, (pp. 501–522).
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma: An intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 3(1), (pp. 2-9).
- Herbert, J. D. et al. (2000). Science and Pseudoscience in the Development of Eye movement Desensitization and Reprocessing Implications for Clinical Psychology. *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, No. 8, (pp. 945–971).
- Hertlein, K. M. & Ricci, R. J. (2004). A Systematic Research Synthesis of EMDR Studies – Implementation of the Platinum Standard. *Trauma, Violence & Abuse*, Vol.5, No.3 July, (pp. 285-300).
- Horowitz, M. J. (2001). *Stress Response Syndromes Personality Styles and Interventions* (4. ed.). New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Horowitz, M. J. (2003). *Treatment of Stress Response Syndromes*. American Psychiatric publishing Inc. Canada.
- Högberg, G. et al. (2008). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder with Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry Research*, 15, 9, (pp. 101–108).
- Jensen, J.A. (1994). An Investigation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMD/R) as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms of Vietnam Combat Veterans. *Behavior Therapy*, no. 25, (pp. 311-325).
- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Somerset: John Wiley & Sons.
- LeDoux, J. (1999). *The Emotional Brain*. London: Orion House.
- Lee, C. W., Taylor, G. & Drommund, P. D. (2006). The Active Ingredient in EMDR: Is It Traditional Exposure or Dual Focus of Attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, No. 13, (pp. 97–107).
- Levin, P., Lazrove, S. & Van der Kolk, B. A. (1999). What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1–2, (pp. 159–172).
- Lipke, H., Comment on Hembree and Foa (2003) and EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 16, No.6, December 2003, (pp. 573-574).
- Lohr, J. M. et al. (1995). The Empirical Status of the Clinical Application of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Behaviour therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 26, No. 4, (pp. 285-302).
- Lohr, J. M. & Tolin, D. F. (1998). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for Behaviour Therapy. *Behaviour Therapy*, No. 29, (pp. 123-156).
- Lohr, M. J. et al. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: An

- Analysis of Specific versus Nonspecific Treatments Factors. *Journal of Anxiety disorders*, Vol. 13, No.1-2, (pp. 185-207).
- Macklin, M. et al. (2000). Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 41(1), Jan-Feb, (pp. 24-27).
- McFarlane og Yehuda (1996) Resilience, Vulnerability, and the Course of Posttraumatic Reactions. In Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A.C., Weisæth, L. (Eds.), *Traumatic Stress – The Effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press. (pp.155-181).
- McNally, R. J. (1999). EMDR and Mesmerism: A Comparative Historical Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1–2, (pp. 225–236).
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, (pp. 307-315).
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (2004). Three- and Six-Month Follow-Up of EMDR Treatment of PTSD in an HMO Setting. *International Journal of Stress Management*, Vol. 11, No. 3, (pp. 195–208).
- Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. In Figley, Charles R. (Ed.), *Brief Treatment for the Traumatized – A Project of The Green Cross Foundation*. (pp. 148-171). London: Greenwood Press.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The Relationship between Efficacy and methodology in studies Investigation EMDR Treatment of PTSD. *Journal of Clinical psychology*. Vol. 58(1). (pp. 23-41).
- Muris, P., MerckelBach, H. (1999). Traumatic Memories, Eye Movements, Phobia, And Panic: Critical Note on the Proliferation of EMDR. *Journal of Anxiety disorders*, Vol. 13, No. 1-2, (pp. 209-223).
- NICE (2005) National Collaborating Centre for Mental Health Clinical Guideline 26. Post-Traumatic Stress Disorder:The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care.National Institute for Clinical Excellence. UK
- Noy, S.(2004). The traumatic process: Conceptualization and treatment. *Prehospital Disaster Medicine*;19(1), (pp. 37–45).
- Pitman, R. K. et al. (1996). Emotional Processing During Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy of Vietnam Veterans With Chronic Posttraumatic Stress Disorder *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 37, No. 6 (November/December), (pp 419-429).
- Plummer, C. D. (2007). Performance enhancement for brass musicians using eye movement desensitization and reprocessing. Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities and Social Sciences*. 68(4-A,) (p. 1221).
- Robertson, M., Humphreys L., Ray R. (2004). Psychological Treatments for Post traumatic Stress Disorder: Recommendations for the Clinician based on a Review of the literature. *Journal of Psychiatric Practice* Vol. 10, No. 2, (pp. 106-118).
- Rogers, S. et al. (1999). A Single Session, Group Study of Exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Treating Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnam War Veterans, Preliminary Data. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1–2, (pp. 119–130).
- Rosen, G. M. (1999). Treatment Fidelity Research on Eye Movement Desensitization

- and Reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety disorders*, Vol. 1, No. 1-2, (pp. 173-184).
- Rosen, G. M. et al. (1999). Power Therapies: Evidence vs. Miraculous Claims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, No 27, (pp. 9-12).
- Ricci, R J., Clayton C A., & Shapiro, F. (2006). Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, No. 17(4), (pp. 538 – 562).
- Rubin, A. (2003). Unanswered Questions about the Empirical Support for EMDR in The Treatment of PTSD: A review of research *Traumatology*, Vol. 9, No. 1, (pp. 4-30).
- Rubin, A. (2004) Fallacies and Deflections in Debating the Empirical Support for EMDR in the Treatment of PTSD: A Reply to Maxfield, Lake, & Hyer *Traumatology*, Vol. 10, No. 2 (pp 91-105)
- Schottenbauer, M. A. et al. (2008.) Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTSD: Review and Methodological Considerations. *Psychiatry*, No. 71(2), (pp. 134-164).
- Schneider, J. et al. (2008). EMDR in the Treatment of Chronic Phantom Limb Pain, Pain Medicine. *American Academy of Pain Medicine*, Vol. 9, No. 1.
- Schüffel, W. & Schunk, T. (2001) PTSD and PTSD-O Two Twin Disorders helping to understand Coherence In Retterstøl, N. & Mortensen, M. S. (Eds), *Disaster and After Effects – Disaster Psychiatry in a troubled world. – A tribute to Lars Weisæth*. Bærum: Atlantic Press, (pp.117-134).
- Seidler, G. H. & Wagner, F E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, No. 36, 2006, (pp. 1515–1522).
- Shalev, A.Y. (1996) Stress versus Traumatic Stress: From Acute Homeostatic Reaction to Chronic Psychopathology (1996) In Van der Kolk, B.a., McFarlane, A.C., Weisæth, L. (Eds.), *Traumatic Stress – The Effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press. (pp. 47-74).
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Behaviour therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 20, No.3, (pp. 211-217).
- Shapiro, F. (1997). EMDR: Setting the Record Straight. *Contemporary Psychology A Journal of Reviews* Vol. 42, No. 4, (pp. 363-364).
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1-2, (pp. 35 – 67.)
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 Years after its Introduction: Past and Future Research. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 58(1), (pp. 1-22).
- Shapiro, F. (2007). EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L.(Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. US, Wiley & Sons.
- Shapiro, M. & Forrest, M.S. (2004). *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. (1st ed.) New York: Basic Books.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- (EMDR) Information Processing in the Treatment of Trauma. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 58(8), (pp. 933-946).
- Shapiro, F. & Scofield, T. (1998). Interview - Francine Shapiro. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples*. oct.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S. & L. F. Sine (1994). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Treating Trauma and Substance Abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 26(4), Oct-Dec., (pp. 379-391).
- Shepherd, J., Stein, K., & Milne, R. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: a review of an emerging therapy. *Psychological Medicine*, No 30, (pp. 863-871).
- Smith, S.F. (2000) EMDR - en kontroversiel behandling. *I PsykologNyt. Dansk Psykolog Forening nr. 14*, (pp. 15-19).
- Solomon, E. P., Heide K. M. (2005). The Biology of Trauma, Implications for Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 20, No. 1, (pp. 51-60).
- Socialstyrelsen (2009). Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångest-syndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Publicerad www.socialstyrelsen.se
- Stamm, B. H. (1996), (Ed.), *Measurement of Stress Trauma and Adaption*. UK, The Sidran Press
- Sundhedsstyrelsen (2007) *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. Version: 1.0 <http://www.sst.dk>
- Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004). Treatment of Chronic PTSD by Cognitive Therapy and Exposure: 5-Year Follow-Up. *Behavior Therapy* 35, (pp. 231-246).
- Thrane, J. & Elklit, A. (2002). *Den traumatiserede personlighed – et studie af personlighedens udtryk og behandling*. Dansk Krise- og Katatrofepsykologisk Selskab.
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for Post-Traumatic Stress Disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, (pp. 126-144).
- Van der Kolk, B. A. & McFarlane, A. C. (1996). The Black Hole of Trauma. In Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A.C., Weisæth, L. (Eds.), *Traumatic Stress – The Effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press. (pp. 3-23).
- Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L & Van der Heart (1996). History of Trauma in Psychiatry In Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A.C., Weisæth, L. (Eds.), *Traumatic Stress – The Effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press. (pp. 47-74).
- Weisæth, L. & Mehlum, L. (1994). *Mennesker, traumer & kriser*. Hans Reitzels Forlag.
- WHO, ICD-10 (2003). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. 1. udgave, 10. reviderede oplag. København, Munksgaard.
- Wiger, D. E., Harowski, K.J. (2003). *Essentials of Crisis Counseling and Intervention*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. & Thinker, R. A. (1997). Fifteen-Month Follow-Up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 6. (pp. 1047-1056).

- Zabukovec, J., Lazrove, S. & Shapiro, F. (2000.) Self-Healing Aspects of EMDR: The Therapeutic Change Process and Perspectives of Integrated Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 10, No. 2*, (pp. 189-206).
- Yassen, J. & Harvey, M. R. (1998). Crisis Assessment and Interventions with Victims of Violence. In Kleespies, P. M. (Ed.), *Emergencies in mental health practise: evaluation and management*. The Guilford press, US.

Billedhenvisning:

Forside: Billedet viser et øje der skal illustrerer øjenbevægelser, såvel som et vågent øje. emdrtherapyguide.com/?tag=emdr

Side 2: <http://mosskin.sewpcontentuploads200810emdr.jpg>

Side10:http://www.neighborhoodlink.com/article/Homeowner/GeneralizedAnxiety_Disorder, og
<http://www.ibiblio.org/rcip/ptsdmemory.html>

EMDR

Et valg til behandling af PTSD ?

Appendiks



Bilag 1: Viser hvor ICD-10 og DSM-IV afviger i forhold til hinanden.	1
Bilag 2: Viser de overordnede kriterier for DESNOS	2
Bilag 3: Foas & Meadows beskrivelse af Gold Standard	3
Bilag 4: Fremtidens undersøgelser af PTSD ifølge Schottenbauer et al.	4
Bilag 5: Viser eksempler på undersøgelsesredskaber i forbindelse med PTSD.	6
Bilag 6: Viser forskellige områder EMDR er anvendt indenfor.	9
Bilag 7: Rubins EMDR undersøgelser i forhold til effekt og metodologi.	12

Bilag 1: Viser hvor ICD-10 og DSM-IV afviger i forhold til hinanden.

ICD-10 diagnostic guidelines	ICD-10 research diagnostic criteria	DSM-IV criteria
<p>Stressor criterion</p> <p>1 Event or situation of exceptionally threatening or catastrophic nature</p> <p>2 Likely to cause pervasive distress in almost anyone</p> <p>Symptom criterion</p> <p><i>Necessary symptom</i></p> <p>1 Repetitive intrusive recollection or re-enactment of the event in memories, daytime imagery, or dreams</p> <p><i>Other typical symptoms</i></p> <p>2 Sense of 'numbness' and emotional blunting, detachment from others, unresponsiveness to surroundings, anhedonia</p> <p>3 Avoidance of activities and situations reminiscent of trauma</p> <p><i>Common symptoms</i></p> <p>4 Autonomic hyperarousal with hypervigilance, enhanced startle reaction, insomnia</p> <p>5 Anxiety and depression</p> <p><i>Rare symptoms</i></p> <p>6 Dramatic acute bursts of fear, panic, or aggression triggered by reminders</p>	<p>A1 Event or situation of exceptionally threatening or catastrophic nature</p> <p>2 Likely to cause pervasive distress in almost anyone</p> <p><i>Necessary symptoms</i></p> <p>B Persistent remembering or 'reliving' of the stressor in intrusive 'flashbacks', vivid memories, or recurring dreams, and in experiencing distress when exposed to circumstances resembling or associated with the stressor</p> <p>C Actual or preferred avoidance of circumstances resembling or associated with the stressor which was not present before exposure to the stressor</p> <p>D1 Inability to recall, either partially or completely, some important aspects or the period of exposure to the stressor</p> <p>OR</p> <p>2 Persistent symptoms of increased psychological sensitivity and arousal (not present before exposure to the stressor), shown by any two of the following</p> <p>(a) Difficulty in falling or staying asleep</p> <p>(b) Irritability or outbursts of anger</p> <p>(c) Difficulty in concentrating</p> <p>(d) Hypervigilance</p> <p>(e) Exaggerated startle response</p>	<p>A1 The person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others</p> <p>2 The person's response involved intense fear, helplessness, or horror (or disorganized or agitated behaviour in children)</p> <p><i>Necessary symptoms</i></p> <p>B The traumatic event is persistently re-experienced in one (or more) of the following ways</p> <p>1 Recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions (or repetitive play in which the themes or aspects of the trauma are expressed in children)</p> <p>2 Recurrent distressing dreams of the event (or frightening dreams without recognizable content in children)</p> <p>3 Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (or trauma-specific re-enactment in children)</p> <p>4 Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event</p> <p>5 Physiological reactivity at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event</p> <p>C Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma and numbing of general responsiveness (not present before trauma), as indicated by three (or more) of the following</p> <p>1 Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma</p> <p>2 Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma</p> <p>3 Inability to recall an important aspect of the trauma</p> <p>4 Markedly diminished interest or participation in significant activities</p> <p>5 Feeling of detachment or estrangement from others</p> <p>6 Restricted range of affect</p> <p>7 Sense of foreshortened future</p> <p>D Persistent symptoms of increased arousal (not present before the trauma), as indicated by two (or more) of the following</p> <p>1 Difficulty falling or staying asleep</p> <p>2 Irritability or outbursts of anger</p> <p>3 Difficulty concentrating</p> <p>4 Hypervigilance</p> <p>5 Exaggerated startle response</p>
ICD-10 diagnostic guidelines (contd...)	ICD-10 research diagnostic criteria (contd...)	DSM-IV criteria (contd...)
<p>Time frame</p> <p>Symptoms should usually arise within 6 months of traumatic event</p> <p>Disability criterion</p> <p>NA</p> <p>Differential diagnosis</p> <p>1 Acute stress reaction (F43.0) (immediate reaction in the first 3 days after event)</p> <p>2 Enduring personality change after a catastrophic experience (F62.0) (present for at least 2 years, only after extreme and prolonged stress)</p> <p>3 Adjustment disorder (less severe stressor or different symptom pattern)</p> <p>4 Other anxiety or depressive disorders (absence of traumatic stressor or symptoms precede stressor)</p>	<p>Symptoms should usually arise within 6 months of the traumatic event</p> <p>NA</p> <p>Same as ICD-10 diagnostic guidelines</p>	<p>Symptoms present for at least 1 month</p> <p>The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning</p> <p>1 Acute stress disorder (duration of up to 4 weeks)</p> <p>2 Adjustment disorder (less severe stressor or different symptom pattern)</p> <p>3 Mood disorder or other anxiety disorder (symptoms of avoidance, numbing or hyperarousal present before exposure to the stressor)</p> <p>4 Other disorders with intrusive thoughts or perceptual disturbances (e.g. obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, other psychotic disorders, substance-induced disorders)</p>
<p>Adapted from Ehlers, A. (2000) Post-traumatic stress disorder (Table 1). In <i>New Oxford Textbook of Psychiatry</i>, Vol. 1 (eds M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor & N. Andreasen), pp. 758-760. Oxford: Oxford University Press. Reproduced by permission of Oxford University Press.</p>		

Bilag 2: Viser de overordnede kriterier for DESNOS

Table 1
DIAGNOSTIC CRITERIA FOR
DISORDERS OF EXTREME STRESS
(DESNOS)^A

- I. Alteration in Regulation of Affect and Impulses
(A and 1 of B–F required):
 - A. Affect Regulation (2)
 - B. Modulation of Anger (2)
 - C. Self-Destructive
 - D. Suicidal Preoccupation
 - E. Difficulty Modulating Sexual Involvement
 - F. Excessive Risk-taking

- II. Alterations in Attention or Consciousness
(A or B required):
 - A. Amnesia
 - B. Transient Dissociative Episodes and Depersonalization

- III. Alterations in Self-Perception
(Two of A–F required):
 - A. Ineffectiveness
 - B. Permanent Damage
 - C. Guilt and Responsibility
 - D. Shame
 - E. Nobody Can Understand
 - F. Minimizing

- IV. Alterations in Relations With Others
(One of A–C required):
 - A. Inability to Trust
 - B. Revictimization
 - C. Victimizing Others

- V. Somatization
(Two of A–E required):
 - A. Digestive System
 - B. Chronic Pain
 - C. Cardiopulmonary Symptoms
 - D. Conversion Symptoms
 - E. Sexual Symptoms

- VI. Alterations in Systems of Meaning
(A or B required):
 - A. Despair and Hopelessness
 - B. Loss of Previously Sustaining Beliefs

^ANumbers in parentheses indicate number of subscale items required for endorsement of subscale. Only one item required for endorsement of all other subscales.

Bilag 3: Foas & Meadows beskrivelse af Gold Standard

1. Clearly Defined Target Symptoms

Major researchers now concur that, in the absence of psychiatric disturbances, the experiencing of a trauma does not constitute sufficient basis for receiving treatment. Significant trauma-related psychopathology, such as the presence of PTSD or other common reactions to trauma (e.g. depression), should be present to justify treatment. Whatever the target symptom or syndrome, it should be defined clearly so that appropriate measures can be employed to assess improvement. In addition to ascertaining diagnostic status, it is also important to specify a threshold of symptom severity as an inclusion criterion for entering treatment. Including individuals with mild symptoms of PTSD may muddle treatment findings for two reasons. First, it is more difficult to detect improvement in such individuals. Second, they are likely to exhibit very mild symptoms following treatment simply because of their relatively low initial psychopathology. These two scenarios may lead to opposite biases, the first minimizing treatment efficacy and the second inflating its effects. An issue related to target symptoms is the importance of delineating inclusion and exclusion criteria. Studies that accept, for example, all rape victims with a PTSD diagnosis regardless of other psychopathology are likely to yield different results than studies that exclude patients with certain comorbid diagnoses. Delineation of inclusion and exclusion criteria can be of assistance in examining predictors of outcome as well. In addition, if a treatment is effective regardless of sample differences, it proves more robust and therefore more useful.

2. Reliable and Valid Measures

Once target symptoms have been identified and the population defined, measures with good psychometric properties should be employed (see above discussion on measures). For studies targeting a particular diagnosis, assessment should include instruments designed to yield diagnoses as well as instruments that assess symptom severity.

3. Use of Blind Evaluators

Early studies of treatment of trauma victims relied primarily on therapist and patient reports to evaluate treatment efficacy. This introduces expectancy and demand biases into the evaluation. The use of blind evaluators is a current requirement for a credible treatment outcome study. Two procedures are involved in keeping an evaluator blind. First, the evaluator should not be the same person conducting the treatment. Second, patients should be trained not to reveal their treatment condition during the evaluation. For example, patients who have flashbacks during trauma reliving practices required in exposure therapy should be trained to report only those that occur spontaneously.

4. Assessor Training

The reliability and validity of an assessment depends largely on the skill of the evaluator, and thus training of assessors is critical, and a minimum criterion should be specified. This includes demonstrating interrater reliability and calibrating assessment procedures during the study to prevent evaluator drift.

5. Manualized, Replicable, Specific Treatment Programs

It is also important that the treatment chosen is designed to address the target problem defined by inclusion criteria. For example, if PTSD is the disorder targeted for treatment, employing a treatment developed for depression, such as Beck's Cognitive Therapy (Beck 1976), may not be appropriate despite the high prevalence of depression in patients with PTSD. Detailed treatment manuals are justifiably a requirement for conducting treatment outcome research. They help to ensure consistent treatment delivery across patients and across therapists and afford replicability of the treatment to determine generalizability.

6. Unbiased Assignment to Treatment

Patients should be assigned randomly to treatment condition, or assigned via a stratified sampling approach. This helps to ensure that observed differences or similarities among treatments are due to the techniques employed rather than to extraneous factors. To separate the effects of treatment from therapists, each treatment should be delivered by at least two therapists, and patients should be randomly assigned to therapists within each condition.

7. Treatment Adherence

The final component of the "ideal" study is the use of treatment adherence ratings. These ratings inform about whether the treatments were carried out as planned, and whether components of one treatment condition drifted into another. This may be especially important when one treatment excludes a technique that is part of a competing treatment and the aim of the study is to evaluate the importance of that technique. A similar problem arises when a study compares treatments offering different rationales for similar techniques (such as the exposure component in behavioral and psychodynamic treatments). In these studies, the effect of the rationale provides the comparison of interest, and including bits of the competing rationale in both conditions effectively renders the two treatments identical.

Having outlined the components of an ideal treatment outcome study, we now review the treatment outcome literature with an eye toward comparisons with our ideal.
(Foa & Meadows 1997 p 453-455)

Bilag 4: Fremtidens undersøgelser af PTSD ifølge Schottenbauer et al.

Schottenbauer et al. (2008)

Current research on empirically supported treatments for PTSD, including CBT and EMDR, shows large dropout and nonresponse rates; these, however, cannot be predicted or even explained after the fact because of unstandardized outcome measures and a limited number of potential predictor variables assessed. The current review highlights many areas of research in which improvement would be beneficial. We recommend that future research of treatments for PTSD include the following:

1. *Calculation of nonresponse rates.* Reporting percentages of study participants who improved is essential, because it reveals how many participants experienced meaningful change, rather than reporting an average level of improvement that may or may not have relevance for a particular patient. This is the first step towards determining what is responsible for some patients improving more than others.
2. *Clear description of dropout patterns and stage of dropout.* Information on dropout at every stage of research is needed. For patients who drop out during treatment, it is crucial for studies also to include information on stage of dropout and reasonable exploration of possible predictors of dropout, including psychotherapy process variables. Multivariate, repeated measures, time series analysis, and growth curve modeling may be particularly helpful in determining patterns and predictors of dropout and nonresponse.
3. *Both completion data and intent-to-treat data.* It is necessary for studies to include data both on all participants who completed the treatment and on those who began the research protocol in intent-to-treat analyses (Najavits, 2003).
4. *Measures of change.* Utilizing measures of clinically significant change and calculating percentages of patients who meet criteria for clinically significant change are particularly important (Jacobson & Traux, 1991). In addition to measuring PTSD symptoms, depression, and anxiety, studies should also include measures of broader functioning relevant to various theoretical frameworks, including interpersonal functioning, quality of life, coping skills, improvement in occupational and social functioning, and resilience for future stressful events. Ideally, a standard set of outcome measures should be agreed upon so that comparisons can be made across studies (e.g., Vermeersch et al., 2004; Waskow & Parloff, 1974). Any standard battery should include measures relevant to a variety of theoretical frameworks.
5. *Measures of change as assessed by multiple sources.* Participant-rated measures of symptoms are not sufficient, since they can be biased by factors such as the participant's level of self-awareness or feelings associated with being in a research study (Anderson & Strupp, 1996). One solution is the development of participant-rated measures that are not as easily biased as symptom checklists. Examples might include computer-based implicit association tasks that cannot be faked (e.g., Schnabel, Banse, & Asendorpf, 2006), and self-report tests that measure disorder-related constructs in a way that cannot be easily determined by participant (e.g., the MMPI-2, Butcher, 2005, or the Defensive Style Questionnaire; Andrews, Singh, & Bond, 1993). In addition to participant-rated measures of improvement, studies should include measures from other sources (Strupp & Hadley, 1977), which may include the therapist, evaluators blind to treatment condition, additional third parties such as family and friends of patient, and objective measures such as health care utilization, unemployment benefits, income, and days missed from work. Studies of treatment for PTSD tend not to include most of these broader areas of functioning, which may be particularly helpful in distinguishing the long-term effects of specific types of therapies for PTSD and PTSD with comorbid disorders.

6. *Research focusing on predictors of dropout and nonresponse.* Research on predictors of nonresponse and dropout should be a part of every study. This should include investigation of patient variables, therapist variables, treatment variables, and interactions between any of these three that might have contributed to nonresponse or dropout. In our review, almost no studies were found examining predictors of dropout and nonresponse in EMDR; such studies are urgently needed.

7. *Process research.* Psychotherapy process research is sorely needed to determine effective therapy processes, especially those that predict dropout and nonresponse. Examples particularly relevant for PTSD include building and maintaining the therapeutic alliance and alliance ruptures and repair, since the therapeutic alliance is central to the treatment of PTSD (APA, 2004). Other examples might include specific verbal and nonverbal interchanges that result in shifts in affective experience in the session, or patterns of interaction that are related to symptomatic relief on a session-by-session basis. Study of process in isolation will not be adequate, however; process must be linked to session and treatment outcomes.

8. *Long-term follow-up.* Studies of long-term follow-up are greatly needed. Recent studies indicate that CBT for PTSD has poor long-term prognosis (Durham et al., 2005), while other forms of therapy may have latent treatment effects that result in improvement even after termination (Brom et al., 1989).

9. *Both efficacy and effectiveness research.* Research on treatments conducted in research settings (efficacy research) must also be tested in typical practice settings (effectiveness research) to determine if they are feasible and effective in real-world settings (Najavits, 2003; Niederehe et al., 1999). Little PTSD research has investigated effectiveness; the research that exists suggests that patients in real-world settings may choose not to participate in treatments for PTSD, such as exposure, for a variety of reasons (Zayfert & Black, 2000). Studies are also needed to examine how practicing psychotherapists intuitively modify treatment manual protocols, and how such variations might be related to improving treatment process and outcome. This research is especially important for PTSD because research shows that most clinicians in the community do not utilize treatments with the most empirical support, such as exposure (Cook et al., 2004). Studies are needed to examine response and dropout in psychotherapy as commonly practiced in the community, since these may differ from dropout and nonresponse in the research clinic (Cahill & Foa, 2004; Street et al., 2000), and to develop improved ways for psychotherapists in the community to reduce dropouts. (This is separate from effectiveness research as defined by NIMH; Najavits, 2003; Niederehe et al., 1999).

10. *Research on patients with complex PTSD and PTSD with comorbid disorders.* Little research has been conducted to date on complex PTSD and PTSD with comorbid disorders, both of which are commonly found in community samples. This research is foundational to determining the best practice methods for treating actual patients in the community.

11. *Research on psychotherapy integration and alternative approaches.* The large nonresponse and dropout rates for current therapies for PTSD mandate that we explore modifications of existing treatment models and other forms of psychotherapy. Development and empirical tests of alternative approaches are urgently needed to treat patients who do not improve under current models of therapy, or who do not want or cannot tolerate current methods of therapy, since research suggests that this is a significant issue for treatment of PTSD (Zayfert & Black, 2000). Psychotherapy integration, which is commonly utilized by therapists in the community (e.g., Norcross, Karpiak, & Santoro, 2005), is particularly promising in this regard. Additionally, treatments that currently have a smaller empirical evidence base may offer alternatives to behavioral or cognitive behavioural therapy and EMDR, and may be able to address some of the issues related to nonresponse and dropout. Empirical studies of alternatives are, however, necessary to determine whether these therapies may help individuals who do not respond to existing treatments.

Schottenbauer et al. (1998) p.148-151

Bilag 5: Viser eksempler på undersøgelsesredskaber i forbindelse med PTSD.

<i>Measure Name</i>	<i>Dissociation</i>	<i>PTSD</i>	<i>DESNOS</i>	<i>General Clinical</i>	<i>General Non-clinical</i>
Adolescent Dissociative Experiences Scale	X				
Angie/Andy Child Rating Scales		X		X	
Assessing Environments III				X	X
Assessment of Psystress Via Salivary Ions				X	X
Brief War Zone Stress Inventories				X	X
Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTS)		X		X	
Childhood Incest Questionnaire				X	X
Childhood PTS Reaction Index		X		X	
Childhood PTSD Interview		X		X	
Childhood PTSD Interview—Parent F		X		X	
Childhood Trauma Questionnaire				X	
Childhood Traumatic Events Survey				X	
Children's Exposure to Community Violence					X
Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale		X		X	X
Clinician Administered Dissociative States Scale	X				
Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)		X			
Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C)		X			
Combat Stress Barometer		X			
Common Grief Response Questionnaire					X
Compassion Fatigue Self Test					X
Complex PTSD Interview			X		
Computerized 16-Item Visual Analog Scale of Menstruation				X	X
Concerns & Coping With HIV Scales					X
Cultural Messages Scale					X
Dimensions of Stressful Experiences (DOSE)		X		X	
Dissociative Experiences Scale (DES)	X				
Early Trauma Inventory		X			
Evaluation of Lifetime Stressors Questionnaire & Interview		X		X	
Family Disruption from Illness Scale					X
Family Experiences Survey				X	
Farm Stressor Inventory					X
Farming/Ranching Stress Scale II					X
IES Cognitive & Affective Scales		X			
Impact of Events Scale Revised		X			
Incest History Questionnaire	X	X	X	X	
Life Orientation Inventory					X

<i>Measure Name</i>	<i>Dissociation</i>	<i>PTSD</i>	<i>DESNOS</i>	<i>General Clinical</i>	<i>General Non-clinical</i>
Life Satisfaction Scale					X
Life Stressor Checklist Revised		X		X	X
Los Angeles Symptom Checklist		X			
Mississippi Scale for Combat-Related PTSD—Short Form		X			
Multidimensional Trauma Recovery & Resiliency Measures (MTRR—I&Q)		X	X	X	X
My Worst (School) Experiences		X		X	X
National Women's Study Event History—PTSD Module (NWS)		X		X	X
NCVC Brief Screening for Assault		X		X	X
Nursing Perception of Distress					X
Parent Report of Child's Reaction to Stress		X		X	X
Parent Report of Post Traumatic Symptoms (PROPS)		X			
Penn Inventory for Post Traumatic Stress Disorder		X			
Peritraumatic Dissociative Experience Scale	X				
PK Scale of MMPI & MMPI-2		X			
Potential Stressful Events Interview		X	X	X	X
Problem Rating Scale		X			
Psychobiological Assessment of PTSD		X		X	
Psychological & Physical Maltreatment Scales		X		X	X
PTSD Checklist		X		X	X
PTSD Inventory		X			
Purdue PTSD Scale		X			
Quality of Life Barometer		X			
Retrospective Assessment of Traumatic Experiences		X		X	
Schillace Loss Scale				X	X
Schillace Post-Traumatic Vulnerability Scale		X		X	X
Schillace Trauma Scale		X		X	X
Secondary Traumatic Stress Disorder Scale		X		X	
Sexual Abuse Exposure Questionnaire		X		X	
Somatic Inkblot Series Test	X	X		X	
Spiritual Assessment Structured Interview					X
Standards of Practice & Ethical Issues Questionnaire					X
Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire		X-Acute			
Stanford Loss of Personal Autonomy					X
Stress Response Rating Scale		X		X	
Stressful Events Content Analysis Coding Scheme		X	X	X	X
Stressful Life Experiences Screening		X		X	X

General Use Areas (continued)

<i>Measure Name</i>	<i>Dissociation</i>	<i>PTSD</i>	<i>DESNOS</i>	<i>General Clinical</i>	<i>General Non-clinical</i>
Structural Assessment of Stressful Experiences				X	X
Structural Assessment of Telemedical Systems		X		X	X
Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders—Revised		X			
Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress			X		
Structured Interview(s) of Post- Disaster Adjustment		X		X	X
Tough Times Checklists		X		X	X
Trauma Assessment for Adults		X		X	X
Trauma History Questionnaire		X		X	X
Trauma Reaction Indicators Child Questionnaire		X		X	X
Trauma Symptom Checklist 33 & 40		X		X	
Trauma Symptom Checklist for Children		X		X	
Trauma Symptom Inventory		X		X	
Traumagram		X		X	
Traumatic Event Screening Instrument for Children		X		X	
Traumatic Event Screening Instrument for Parents		X		X	
Traumatic Memory Inventory			X	X	
Traumatic Stress Schedule		X		X	
TSI Autonomy & Connection Scales		X	X	X	X
TSI Belief Scale Revision L		X	X	X	X
TSI Life Events Questionnaire	X	X	X	X	X
War-Zone Related PTSD Scale of the SCL-90-R		X			
Westhaven Secondary Trauma Scale		X			
When Bad Things Happen Scale		X			
Women's War-Time Stressors Scale		X		X	
World Assumption Scale		X	X	X	X
World View Survey		X		X	X

Stamm, B. H. (ed) (1996) Measurement of Stress Trauma and Adaption. uk The Sidran Press p 36-38

Bilag 6: Viser forskellige områder EMDR er anvendt indenfor.

The Induction of After-Death Communications Utilizing Eye-Movement Desensitization and Reprocessing: A New Discovery

Allan L. Botkin, Psy.D.
Libertyville, IL

ABSTRACT: A number of authors have described after-death communications (ADCs), in which bereaved individuals experience what they believe is actual spiritual contact with the deceased. ADCs are consistently reported as profoundly loving experiences that greatly assist the grieving process. Although most researchers have argued that ADCs can occur only spontaneously, Raymond Moody's research has indicated that we do have some control over the production of the experience. In this paper I describe a new induction technique that produces ADCs in a more reliable, rapid, and efficient manner. ADCs induced by this new technique provide a more elaborated experience that often fosters complete resolution of grief. These induced ADCs also appear to be much more like near-death experiences (NDEs) than do spontaneous ADCs, which strongly suggests that NDEs and ADCs may be essentially the same phenomenon.

Since earning my Doctor of Psychology degree from Baylor University in 1983, I have worked in private practice and on a specialized inpatient psychiatric trauma unit. My area of specialty has been the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) and grief. About two years ago, I began to use a relatively new and very powerful psychological treatment in a different way. My intent was simply to make an already very powerful method more efficient. However, something very strange began to happen. A good number of my patients reported to me that they had actually made spiritual contact with the deceased person they were grieving. Moreover, when patients had this

Allan L. Botkin, Psy.D., is a clinical psychologist and Program Coordinator of the Intensive Trauma Program at the Veterans Administration Medical Center, North Chicago, IL, and in private practice. Reprint requests should be addressed to Dr. Botkin at 1144 Harms, Libertyville, IL 60048.

Journal of Near-Death Studies, 18(3) Spring 2000
© 2000 Human Sciences Press, Inc.

181

Performance enhancement for brass musicians using eye movement desensitization and reprocessing.

By Plummer, Charles D.

Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 68(4-A), 2007, pp. 1221.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is an innovative therapy that is currently used to treat anxiety disorders. Discovered by Francine Shapiro in 1987, the treatment was originally utilized on individuals suffering from Post Traumatic Syndrome Disorder; however, the original treatment protocol has evolved to include other forms of trauma such as performance anxiety. The main hypothesis of EMDR states that traumatic memories cause the nervous system to become dysfunctional and unbalanced. As a result, stimuli such as sound and images from these events are looped continuously within the nervous system until the body can functionally process the events toward an adaptive solution. Until a solution is established, the original thoughts and feelings encountered during previous disturbing events resurface each time a resembling experience occurs. EMDR serves as a performance enhancement for brass musicians by desensitizing and reprocessing maladaptive memories

through bilateral stimulation of both hemispheres of the brain. (PsycINFO Database Record (c) 2008 APA, all rights reserved)

EMDR with children and adolescents after single-incident trauma: An intervention study.

By Hensel, Thomas

Journal of EMDR Practice and Research. Vol 3(1), 2009, 2-9.

This study used a naturalistic design to investigate the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with children and adolescents who were exposed to single-incident trauma. Participants were 36 children and adolescents ranging in age from 1 year 9 months to 18 years 1 month who were referred consecutively to the author's private practice. Assessments were conducted at intake, post-waitlist/pretreatment, and at follow up. EMDR treatment resulted in significant improvement (Cohen's $d = 1.87$). Follow-ups after 6 months revealed stable, further slight improvement. It was shown that children younger than 4 years of-age can be treated using EMDR and that the group of preschool children had the same benefit from the treatment as the school-age children. (PsycINFO Database Record (c) 2009 APA, all rights reserved)

PAIN MEDICINE
Volume 9 • Number 1 • 2008

CLINICAL NOTE

EMDR in the Treatment of Chronic Phantom Limb Pain

Jens Schneider, MD,* Arne Hofmann, MD,† Christine Rost, MD,‡ and Francine Shapiro, PhD§

*Clinic for Internal and Psychosomatic Medicine, Bad Fredeburg; †EMDR-Institute Deutschland, Bergisch Gladbach; ‡Frankfurt Center for Psychotraumatology, Frankfurt, Germany; §Mental Research Institute, Palo Alto, California, USA

ABSTRACT

Objective. Little research substantiates long-term gains in the treatment of phantom limb pain. This report describes and evaluates an eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment with extensive follow-up.

Design. A case series of phantom limb pain patients.

Setting. In-patient hospitalization and out-patient private practice.

Patients. Case series of five patients with phantom limb pain ranging from 1 to 16 years. All patients were on extensive medication regimens prior to EMDR.

Interventions. Three to 15 sessions of EMDR were used to treat the pain and the psychological ramifications.

Outcome Measures. Patients were measured for continued use of medications, pain intensity/frequency, psychological trauma, and depression.

Results. EMDR resulted in a significant decrease or elimination of phantom pain, reduction in depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms to subclinical levels, and significant reduction or elimination of medications related to the phantom pain and nociceptive pain at long-term follow-up.

Conclusions. The overview and long-term follow-up indicate that EMDR was successful in the treatment of both the phantom limb pain and the psychological consequences of amputation. The latter include issues of personal loss, grief, self-image, and social adjustment. These results suggest that (1) a significant aspect of phantom limb pain is the physiological memory storage of the nociceptive pain sensations experienced at the time of the event and (2) these memories can be successfully reprocessed. Further research is needed to explore the theoretical and treatment implications of this information-processing approach.

Key Words. Phantom Limb; Pain; EMDR; Information Processing

Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings

RONALD J. RICCI¹, CHERYL A. CLAYTON², &
FRANCINE SHAPIRO³

¹*Radford University, Radford, VA, USA,* ²*The Counseling Centre, Richlands, VA, USA,* and ³*Mental Research Institute, Palo Alto, CA, USA*

Abstract

Ten child molesters with reported histories of childhood sexual abuse underwent eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) trauma treatment as an adjunct to standard cognitive-behavioural therapy-relapse prevention (CBT-RP) group treatment. Trauma resolution produced significant pre/post changes on all relevant subscales of the Sexual Offender Treatment Rating Scale (SOTRS). One unanticipated benefit was a consistent and sustained decline in deviant sexual arousal compared to the control condition. As measured by the SOTRS, decrease in arousal was also correlated with a decrease in sexual thoughts, increased motivation for treatment, and increased victim empathy. Deviant arousal is strongly associated with sexual recidivism. Clinical observations support the notion that those sexual offenders with histories of childhood sexual abuse may be left with aberrant sexual arousal, which is one pathway to sexual offending. The adaptive information processing model offers an explanation of the decreased and sustained deviant arousal observed in this study. This preliminary evidence supports a call for further research into this phenomenon.

EMDR in the Treatment of Borderline Personality Disorder

SUSAN BROWN

Lifeforce Services, La Mesa, California

FRANCINE SHAPIRO

Mental Research Institute, Palo Alto, California

Abstract: Individuals diagnosed with borderline personality disorder (BPD) usually experience significant impairment in their ability to function. Impulsivity, affect instability, interpersonal difficulties, and identity problems are hallmark features of this disorder, frequently leading to suicidal and parasuicidal behaviors. Although BPD has traditionally been considered chronic and enduring, recent research has indicated that it can remit over time and that psychotherapy can accelerate this process. The etiology of BPD has been associated with childhood abuse and inadequate attachment. Given the significance of childhood abuse and trauma, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), a recognized trauma therapy, may be a reasonable treatment option for BPD. The positive effects noted in the following case illustrate EMDR's utility in the treatment of BPD and indicate that further controlled studies are warranted.

AUTHORS' NOTE: Correspondence concerning this article can be addressed to Susan Brown at 4700 Spring St. #204, La Mesa, CA 91941, e-mail: sbrownlcsw@adnc.com, or Francine Shapiro at P.O. Box 750, Watsonville, CA 95077.

CLINICAL CASE STUDIES, Vol. 5 No. 5, October 2006 403-420

DOI: 10.1177/1534650104271773

© 2006 Sage Publications

Bilag 7: Rubins EMDR undersøgelser i forhold til effekt og metologi.

Question	Citation	Target problem/ Diagnosis	N	Design	Treatment Issues	Methodology Issues	EMDR Effectiveness?
Is EMDR effective with children?	Chemtob, et al., 2002	Children aged 6-12 with hurricane related PTSD	32	Randomized lagged-groups design examining pre to post change among two groups of EMDR recipients	3 EMDR treatment sessions with apparently good fidelity	Data analysis controlled for passage of time, but not history	Significant pre to post improvement, found for both EMDR groups on a variety of rigorously administered standardized psychological measures
	Muris et al., 1997	Children with spider phobia	26	Randomized, comparing EMDR with exposure treatment	Questionable fidelity of EMDR treatment, which was truncated by not treating memory of first distressful spider encounter. 1 EMDR session, provided by therapist who may not have been adequately trained	Possible therapist confound since different therapists were used for each group	Yes, but less effective than alternative exposure treatment as measured by behavioral observation and self-reported spider fear
	Muris et al., 1998	Children with spider phobia	22	Randomized, comparing EMDR with exposure treatment	Questionable fidelity of EMDR treatment, which was truncated by not treating memory of first distressful spider encounter	Possible therapist confound since different therapists were used for each group	Only on self-report measure of spider fear, and less effective than alternative exposure treatment. Not effective as measured by behavioral observation.
	Rubin et al., 2001	Children aged 6-14 with various diagnoses in a child guidance center	39	Randomized, comparing EMDR plus routine treatment with routine treatment, only	Improvised deviations, as recommended in EMDR literature; EMDR treatment fidelity checked and found to be good; At least 5 EMDR sessions	Low statistical power	No, as measured by parent report on Achenbach Child Behavior Checklist
Question	Citation	Target problem/ Diagnosis	N	Design	Treatment Issues	Methodology Issues	EMDR Effectiveness?
Is EMDR effective with military veterans with combat PTSD?	Boudewyns et al., 1993	Combat PTSD	18	Randomized, comparing EMDR to: 1) exposure; and 2) milieu-only	Only 2 sessions of EMDR treatment; debatable treatment fidelity	Low statistical power, clinician ratings not blind	EMDR had better outcome on subjective self-reports & clinician ratings, but not on standardized psychological measures and physiological assessments
	Jensen, 1994	Combat PTSD	25	Randomized, comparing EMDR group to controls who received a list of alternative mental health treatment sites	Were therapists adequately trained? Did they end EMDR treatment sessions prematurely? Only 2 EMDR treatment sessions.	Low statistical power	No on all standardized and subjective measures except for subjective self reports of in-session anxiety
	Silver et al., 1995	Combat PTSD	100	Quasi-experimental; not randomly assigned, comparing EMDR to relaxation and biofeedback	Good EMDR treatment fidelity, but only 1+ sessions	Not randomized, inflated alpha due to multiple t-test comparisons	Yes on non-blind evaluations; not more effective on standardized psychological or physiological measures used
	Boudewyns & Hyer, 1996	Combat PTSD	61	Randomized, comparing EMDR to: 1) imaginal exposure therapy; and 2) standard group therapy	5 to 7 sessions of EMDR treatment, with good fidelity		EMDR and imaginal exposure equally effective compared to group therapy on two of four standardized psychological measures and physiological measures
	Pitman et al., 1996	Combat PTSD	17	Randomized, comparing EMDR to EMDR components with stationary finger taps instead of bilateral stimulation	6 sessions of EMDR treatment with good fidelity	Low statistical power	Modest to moderate pre-post improvement in both groups on most standardized psychological and physiological measures, but comparison condition improved more.
	Devilley et al., 1998	Combat PTSD	51	Randomized, comparing EMDR to: 1) EMDR components without bilateral stimulation; and 2) no intervention control	Only 2 sessions of EMDR treatment		Significant pre/post improvement on standardized psychological measures and subjective measure (SUDS) for all 3 groups; no between-group differences. But the 2 intervention groups combined did better than the no-intervention controls

Question	Citation	Target problem/ Diagnosis	N	Design	Treatment Issues	Methodology Issues	EMDR Effectiveness?
	Rogers et al., 1999	Combat PTSD - Inpatients	12	Randomized, comparing EMDR to exposure treatment using implosion	Only 1 session of EMDR treatment	Low statistical power	Both groups improved in intrusive symptoms, but no between-group difference, and no improvement for either group in avoidance symptoms. Standardized measures used for both.
	Macklin et al., 2000	Combat PTSD	27	Non-randomized five-year follow-up of subjects in the Pitman et al. study above.	6 sessions of EMDR treatment with good fidelity	Combined both groups from Pitman et al. study and compared to non-randomized controls.	No: Pitman et al. improvements lost at follow up, and PTSD symptoms worsened for both groups.
	Carlson et al., 1998	Combat PTSD	35	Randomized, comparing EMDR to: 1) biofeedback-assisted relaxation; and 2) routine care	12 sessions of EMDR treatment with good fidelity	Interviewer ratings were not blind	Yes, generally with large effect sizes on almost all measures except physiological measures. Other measures included self-ratings and interviewer ratings of PTSD symptoms and standardized tests of PTSD symptoms, anxiety and depression.
Is EMDR effective in treating adult civilians who have experienced multiple traumas?	Colosetti & Thyer, 2000	Women prisoners whose PTSD is apparently chronic	5	Single-case evaluation replicated across 5 subjects, using an ABC design	Only one woman received more than 3 EMDR sessions	Not a group experiment, but single-case methodology employed rigorously	No, as measured by standardized self-report instruments
Question	Citation	Target problem/ Diagnosis	N	Design	Treatment Issues	Methodology Issues	EMDR Effectiveness?
Is EMDR simply a variant of exposure therapy with an unnecessary component? (Also see above combat PTSD studies)	Renfrey & Spates, 1994	PTSD (non-combat)	23	Randomized, comparing EMDR to: 1) EMDR with eye movements induced by lights; and 2) EMDR components with static visual attention instead of eye movements	Dubious fidelity of EMDR treatment – up to 6 sessions	Low statistical power; outcome ratings not blind	No differences between treatment conditions, but desired improvement found for all three groups on SUDS, physiological measures and standardized psychological measures
	Vaughn et al., 1994	PTSD (non-combat)	36	Randomized, comparing EMDR to: 1) exposure therapy; 2) relaxation; and 3) wait list control	4 EMDR sessions with apparently good treatment fidelity	Some subjects did not meet criteria for PTSD; Low statistical power	All three treatment conditions equally effective compared to wait list on standardized psychological measures. On one measure (of intrusive thoughts), the EMDR group did significantly better than the applied muscle relaxation group at posttest but not at follow-up
	Devilly & Spence, 1999	PTSD (non-combat)	23	Partially randomized; comparing EMDR to Trauma Treatment Protocol (TTP)	Treatment fidelity checked and found to be good; but this is disputed by EMDR proponents	Two therapists: one treated 3 EMDR clients; one treated the other 20 clients; large number of statistical analyses with no Bonferroni correction; possible therapist bias	TTP consistently more effective than EMDR at posttest and follow-up on various standardized measures

	Wilson et al., 1996	Mixed	18	Randomized, comparing normal EMDR to: 1) EMDR with alternate thumb taps instead of eye movements; and 2) EMDR with eyes static	1 EMDR session with good treatment fidelity	SUDS & VOC vulnerable to experimenter demand bias; no standardized measures of psychological functioning; possible clinician bias	Yes: normal EMDR group better on all measures, but no standardized psychological measures used – only subjective measures vulnerable to demand bias and physiological measures.
	Cusack & Spates, 1999	PTSD (non-combat)	27	Randomized, comparing standard EMDR to EMDR without the cognitive reprocessing component	Up to 3 EMDR sessions. Treatment fidelity checked and found to be good	Low statistical power	No between group differences; both groups made significant pre-post improvement on standardized psychological measures.
	Ironson et al., 2002	PTSD (rape and crime victims)	22	Randomized, comparing EMDR to Prolonged Exposure (PE)	Both groups received 3 preparatory sessions and then 3 sessions of either EMDR or PE	Low statistical power	Both treatments reduced symptoms of PTSD and depression, with no significant between group difference. However, the reduction in symptoms appeared to be faster in the EMDR group, and that group also had a significantly lower treatment dropout rate.
	Lee et al. (2002)	PTSD (non-combat; 29% with multiple traumas)	24	Randomized, comparing EMDR to Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure (SITPE)	Both groups received 7 treatment sessions	Non-blind clinician ratings on some measures; large number of statistical analyses with no Bonferroni correction; possible therapist bias	At posttest, no between group difference on global measures of PTSD and depression, but significant differences on subscale scores measuring intrusion symptoms. At three-month follow-up, significant differences favoring EMDR on all but two avoidance measures.

Rubin 2003 p. 26-30