

# **Dorothis dilemma**

## **När en patient inte har en trygg bas för behandling**

Av James R. Samec

James R. Samec, leg. psykoterapeut med privat verksamhet i Stockholm och Norrtälje. Han är också verksam vid barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Norrtälje. Artikeln är en omarbetad version av den som publicerades i EMDR-tidningen i februari 2005. Författaren tackar också leg. psykoterapeut Lotta Landerholm för hennes ovärderliga och insiktsfulla observationer.

Hur gör man när en patient vägrar att berätta om vad hon har varit utsatt för, vem som utsatt henne för det och hotar henne i hennes aktuella liv? Denna artikel illustrerar hur psykodynamisk psykoterapi med Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ger möjlighet att bearbeta ett trauma utan att psykoterapeuten vet vem och vad patienten har varit utsatt för och hur en omvänd applicering av EMDR kan hjälpa en patient som fortfarande är utsatt för den förövaren som orsakade traumatiseringen.

### **Bakgrund**

I boken Trollkarlen från Oz (Baum, 1960) visar berättelsen att Fågelskrämman, Plåtmannen och Lejonet redan har resurserna de längtar efter, det vill säga, en hjärna, ett hjärta och mod. Men först när de får artificiella representationer av dessa resurser, blir de nöjda. Bokens huvudperson, Dorothy, som lever mitt i ett trauma—hon fördes ifrån sina närmaste av en virvelvind—behöver någonting annat, men hon vet inte vad.

Dorothis dilemma, att leva i en pågående traumasituation, innebär också ett dilemma för behandling. Ett pågående trauma hindrar en redan traumatiserad patient från att ha en trygg bas på vilken bearbetning kan ske. Hofman (2004) anser att en patient som inte är fri från förövarens kontroll har inte den sociala stabilitet som är nödvändig för terapi. Kontakten med en patient som levde under pågående hot av förövaren som orsakade hennes trauma gjorde det nödvändigt för mig att undersöka hur patientens behov kunde bemötas. Patienten kallas för Dorothy (ett fingerat namn).

Dorothy, 17 år gammal, kom med sin mor till en öppenvårdspsykiatrisk enhet för att hon hade skurit sig i handlederna. Hon var remitterad från ett sjukhus och kom mot sin vilja. Dorothy var fåordig och verkade osäker och blyg, men efter ett tag blev hon kontaktsökande.

Under den första sessionen med en psykolog, beskrev Dorothy självmordstankar hon haft i över två års tid. Självmordstankarna orsakades av långvariga kamratsvårigheter som hon inte ville berätta om. I en senare session beskrev Dorothy ett antal tvångstankar och tvångshandlingar. Dorothy var deprimerad enligt test administrerat av psykologen. Hon hade sällskap med män som drack för mycket, använde narkotika och var involverade i kriminella handlingar.

Dorothy träffade psykologen 32 gånger under tolv månader, flera gånger med sin mor och två gånger med båda föräldrarna. Under session 15 undrade psykologen högt om traumatisering. Dorothy bekräftade psykologens observation, men vägrade att beskriva vad hon hade blivit utsatt för. Under session 28, rapporterade Dorothy att hon just hade haft ett missfall.

Då behandlingen bara ledde till en begränsad förbättring tog psykologen kontakt med mig. Dorothy ville inte ge upp sin kontakt med psykologen, men sade till slut att hon kunde träffa mig tillsammans med sin mor och psykologen. Dorothy's självdestruktivitet, tvångsbeteende och tvångstankar vittnade om en negativt laddad självbild och avsaknaden av bra försvar-faktorer som bidrog till hennes depression. Dorothy's desperata försök att handskas med sin ångest, som till väsentlig del sannolikt orsakats av ett trauma hon inte ville beskriva, utgjorde indikation för att psykodynamisk psykoterapi med Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) skulle kunna användas. EMDR-bearbetning kan ske utan att patienten behöver berätta detaljerna om traumatiseringen (Shapiro, 2001). Under mötet, beskrevs EMDR. Dorothy blev erbjuden behandling och tog emot den under förutsättning att hon kunde återvända till psykologen när behandlingen avslutades.

### **Psykodynamisk psykoterapi med EMDR**

Jag träffade Dorothy 16 gånger i 45 minuters sessioner under sammanlagt nio månader. EMDR är ett psykoterapeutiskt verktyg med Adaptive Information Processing (Shapiro, 2001) som teoretiskt ramverk. Teorin är endast en arbetshypotes. Vetenskapen om den mänskliga hjärnan är alltför begränsad för att förklara EMDR:s effektivitet. Enligt teorin, initierar EMDR-proceduren ett fysiologiskt tillstånd som aktiverar hjärnans informationsbearbetningssystem och tillåter behandling av dysfunktionellt material. Detta tillstånd åstadkommes under en period på cirka 20 sekunder. Patienten uppmärksammar då två företeelser samtidigt: 1) det som är störande för patienten och 2) rörelser eller ljud som psykoterapeuten utför. Patienten är fullt medveten. Dessutom har patienten full kontroll över processen i och med att han/hon kan stanna upp den när som helst.

Vanligtvis får patienten hålla huvudet stilla och endast med sina ögon följa psykoterapeutens hand som förs fram och tillbaka framför patienten under en 20 sekunders period. När psykoterapeuten slutar, rapporterar patienten det som han/hon upplever. Ofta blir det en hel del förmimmelser som dyker upp och som leder till fler associationer, båda psykiska och somatiska. När patienten har rapporterat klart, initierar psykoterapeuten en ny period. Proceduren upprepas tills patienten har bearbetat klart det störande materialet som fokuserats. Det framkommer via genomförandet av specifika EMDR-test. EMDR är bäst lämpad för patienter som lider av posttraumatiskt stress syndrom (PTSD: DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994), men används också för ångest, fobier och andra svårigheter med stor framgång (se t.ex. Lovett, 1999 och Wächter, 2002).

Under den första sessionen arbetade Dorothy med att hitta en säker plats, en plats eller person som patienten kan gå till för att kunna slappna av med under en imaginär övning. Efter varje session går patienten i sin fantasi till platsen, men platsen kan också användas under sessionen och mellan sessionerna om patienten känner alltför mycket oro. Det är min erfarenhet att om en patient inte kan hitta en säker plats eller person, är det ett tecken på komplicerade svårigheter. Det verkade vara fallet med Dorothy. Hennes säkra platser blev snabbt invaderade av hotande objekt. Men det visade sig att vid slutet av sessionen kunde Dorothy skapa en säker plats som stod emot dessa objekt.

Det första fokus för EMDR var ”någonting som hade hänt”. Dorothy vägrade att berätta om vad som hade hänt henne, men efter den fjärde sessionen var det klart att traumatiseringen skedde när hon var elva år gammal, att skamkänslor gjorde att hon trodde att hon var ansvarig för det och att hon

fortfarande blev förskräckt när förövaren visade sig i hennes närhet. Under hela behandlingen gav Dorothy aldrig några detaljer om vad hon blev utsatt för.

Försöken att behandla Dorotheys traumat misslyckades eftersom bearbetningarna bara kom en bit på väg. Efter en EMDR-sekvens med ögonrörelser rapporterade Dorothy oftast tomhet följt av enorm ensamhet, extrem rädsla och hjälplöshet, men sällan bilder, trots att hon visste att hon kunde hålla sina bilder för sig själv. Som Ganzarain (2000) påpekar:

... feelings of helplessness are experienced as a metaphorical loss of maternal protection. The defenceless inability to respond to the threat of annihilation of the self seems to validate the fears of being annihilated by powerful persecutors—the so-called "paranoid anxieties." In other words, trauma reactivates and intensifies the basic human anxieties about losing the mother's caring help and of suffering the annihilation of the self. (s. 89-90)

Ett försök att etablera en inre EMDR-resursbild, en "resursinstallation" (Leeds, 1998; Shapiro, 2001; Korn & Leeds, 2002), gjordes under den tredje sessionen. Patienten tillfrågades om vilken resurs hon behöver för att handskas med situationen (X) som är störande. Sedan undersöks patientens egen erfarenhet av en situation som liknar X och som patienten själv klarat av. När patienten har tagit till sig denna resurs, kan den användas när patienten möter X i sin fantasi—resursen blir ett "framtidsformbräde" (Korn & Leeds, 2002). Dorothy kunde inte integrera en resurs i sig själv för att hon var osäker på sitt värde. Hon kunde inte lita på sina känslor och var fortfarande hotad av förövaren. Dorothy kunde utveckla en stark resurs under en resursinstallation, men när hon skulle möta förövaren i sin fantasi med resursen hon hade tillgänglig, erfor hon extrem rädsla.

Även en EMDR-metod kallad för "kognitiv vävning" (Shapiro, 2001) misslyckades. Kognitiv vävning avser att hjälpa patienten att upptäcka innebörden av vad patienten faktiskt sagt. Dorothy kunde svara mig att hon hade rätt att avvisa förövaren som var äldre än hon, men direkt efteråt kände Dorothy att hon var elak och sedan blev hon överväldigad av skuld och skam. Det hjälpte inte heller med försök att ändra övergreppssituationen genom att modifiera bilden av den på olika sätt (Shapiro, 2001) eller att be Dorothy i sin fantasi möta det som skrämde henne (Parnell, 1998), EMDR-metoder som är effektiva för många patienter

Dorothy och jag hade arbetat med ett antal fokus: "Någonting som hade hänt", missfallet, mardrömmar och ett antal aktuella och oroande händelser. Dessutom bearbetades andra fenomen som var störande för Dorothy eller som plötsligt trädde fram, som en spindelfobi. Spindelfobin upptäcktes när en fri associationsmetod enligt EMDR-tekniken kallad "floatback" användes (sv.: sväva tillbaka; Shapiro, 2001). Målet för varje fokus var behandlingen av en specifik störande händelse för att bearbeta "feeder memories" (sv.: minnen som "matar" det som stör; Shapiro, 2001) som bidrog till den aktuella dysfunktionen. Behandlingen av ett fokus skulle leda till möjligheten att etablera ett positivt formbräde som sedan skulle kunna användas i situationer liknande den som hade behandlats. Problemet var att manifestationerna av varje enskilt fokus inte helt kunde bearbetas. Bearbetningen kom inte längre än en bit in i en tidigare händelse eller aktuell händelse, eftersom Dorothy endast kunde rapportera starka somatiska reaktioner med få bilder och utan påtagligt bearbetning. Undantaget var Dorotheys spindelfobi som behandlades helt under session 10, även med etableringen av ett "positivt formbräde" (Shapiro, 2001) som hindrar fobins återkomst.

Därmed kom händelser i framtiden inte i fokus under de första 13 sessionerna, förutom i bearbetningen av spindelfobin och i de misslyckade försöken med resursinstallation och kognitiv vävning. Trots det, ville Dorothy fortsätta med behandlingen eftersom den ledde till en del symtomlindring. Symtomlindring skedde troligen tack vare den lyckade behandlingen av spindelfobin och den partiella bearbetning av andra dysfunktionellt material, samt de psykodynamiska tolkningarna av överföringen och förmedlet material som jag gav på slutet av sessionerna, efter EMDR-behandling och före ”säker plats” övningen.

### **Den traumatiserade patienten och tiden**

Van der Kolk (1994) indicerar att ett obehandlat trauma orsakar invaderande tankar och kroppsliga sensationer och hindrar utvecklingen av ett fullständigt narrativt perspektiv av en händelse (se även Pennebaker [1999] om vikten av att skapa en narrativ berättelse). Ett fullständigt narrativt perspektiv inkluderar en början, en mitt och en slut, men för en traumatiserad patient är dessa tre begrepp sammanblandade och har ingen kronologisk ordning: Patienten känner att det som har hänt, händer—eller kan hända när som helst. Om fokus på dåtid och nutid gav lite resultat med Dorothy, kunde fokus och behandling av framtiden kanske initiera en djupare bearbetning av dåtid och nutid eftersom tidsbegreppen är sammanblandade. I Dorothys fall, kunde ett ”feeder memory” vara mötet med förövaren i framtiden. Hofman (2004) rapporterar att han bearbetar komplex PTSD med ett omvänt EMDR-förfarande, där det första fokus är framtiden och därefter nu- och dåtiden. I detta framtidsfokus skapas en resurs för att stabilisera patienten, inte för att direkt bearbeta traumat.

### **Den traumatiserade patienten och den terapeutiska relationen**

En närmare jämförelse mellan den vanliga EMDR-proceduren och den resursinstallationproceduren visade en viktig skillnad mellan dem när det gäller den terapeutiska relationen. Det standardiserade EMDR-protokollet inkluderar relationen med terapeuten på ett mycket konkret sätt, medan en resursinstallation kräver av patienten att fokusera utanför denna relation för att hitta eller skapa en lämplig resurs. Denna ändring av fokus kan upplevas som ett avvisande för en traumatiserad patient som är tyngd av skam, mycket rädd och med ensamhets- och tomhetskänslor. Det finns förstås möjligheter med resursinstallationen att inkludera relationen med terapeuten som en resurs. Men proceduren blir då dock både omständlig och artificiell eftersom terapeuten går ifrån det vanliga protokollet som patienten är van vid för att introducera en ny procedur mitt i behandling. Eftersom skälet skulle vara att öka tryggheten för en osäker patient synes ändringen i den vanliga proceduren kontraindicerad.

Ändringen av den terapeutiska relationen kan också vara orsaken till att kognitiv vävning inte ledde till bearbetning. Kognitiv vävning involverar en fråga från terapeuten som är menad att hjälpa patienten att förstå konsekvenserna av det som patienten faktiskt säger. Terapeutens fråga kan uppfattas av patienten som ett tecken på att hon brister i något avseende. Att terapeuten skulle ha denna uppfattning kan av den känsliga patienten upplevas som ett ifrågasättande—och ett avståndstagande. Utifrån dessa funderingar, bestämde jag mig för att applicera EMDR på ett annat sätt.

## **Dorothy bearbetar fram- nu- och dåtiden i den terapeutiska relationen**

Under nästa session (session 14), fick Dorothy uppgiften att fantisera att hon träffade förövaren i framtiden och att han försökte närma sig henne. Hon fick uppgiften utan något försök till resursinstallation eller kognitiv vävning och utan hänsyn till att inte några av de tidigare händelserna helt hade behandlats förutom spindelfobin. Dorothy beskrev situationen och jag följde den standardiserade EMDR-proceduren. Dorothy konfronterade förövaren framgångsrikt. Efter två sessioner till hade Dorothy helt bearbetat situationen och de traumatiska minnen som kan återkomma som somatiska förmimmelser eller som affekter efter ett narrativ har konstruerats och gjort en positiv installation. Hon var helt övertygad om att hennes svårigheter blivit lösta. Dorothy visste att hon kunde handskas med förövaren och andra liknande situationer. Detta bekräftades när Dorothy senare träffade psykologen vid det avtalat avslutande samtalet och rapporterade att alla av hennes symtom hade försvunnit. Vid ett uppföljande samtal fyra månader efteråt var Dorothy fortfarande symtomfri. Hennes föräldrar rapporterade att hon var glad, klar och tydlig med att sätta gränser och mogen när det gällde att ta ansvar. Dorothy hade skapat ett fullständigt narrativ om sitt liv och fått dåtid, nutid och framtid i ordning.

## **Diskussion**

Trots att Shapiro (2001) har skrivit att gamla minnen först ska bearbetas för att ta bort ursprungen till patientens lidande, har hon också gjort det klart att EMDR ska användas utifrån var patienten befinner sig och vad hon behöver, framförallt i behandlingen av barn och ungdomar och att EMDR endast är ett verktyg som kan användas vid sidan om--men inte ersätta--den psykoterapeutisk skolan klinikern är tränad i och har erfarenhet av. Dorothy behövde något annat än det EMDR:s vanliga förfarande kunde erbjuda och när hon fick det kunde hon bearbeta sitt trauma och hotet hon levde under.

Är det så att sessionerna med psykologen orsakade bearbetningen av Dorothys traumat? Dorothy hade förstås utvecklat ett antal resurser under sessionerna med psykologen och under de tidigare 13 sessionerna med mig. Problemet var att Dorothys trauma hade förvrängt hennes perceptioner och tidsuppfattning: Dorothy kunde inte lita på sina perceptioner eller acceptera att hon hade några resurser, eftersom hon saknade ett fullständigt narrativt perspektiv på sina upplevelser. De tidigare sessionerna med psykologen och mig gav endast symtomlindring och en partiell bearbetning.

Spindelfobin behandlades helt. Man kan undra om just detta var orsaken till att Dorothy klarade av att möta förövaren i framtiden. Det bidrog säkerligen. I detta arbete hade Dorothy och jag träffats i hennes förintelseångest och hennes hjälplöshet. Tillsammans med mig lyckades Dorothy möta hotet när det kröp fram i formen av en spindel, något som skrämde och äcklade henne, liksom förövaren. Bearbetningen kan väl ha givit Dorothy en känsla av kompetens.

Parnell (1998) beskriver hur en patient ombeds att göra något som skrämmer henne, medan patienten i denna studie ombeds att skapa en imaginär situation i framtiden och göra det som skrämmer henne. Skillnaden kan verka minimal, men den är avgörande: Att be Dorothy att möta förövaren i nutid var meningslöst för att det var där hon träffade honom och det skrämde henne.

## Slutsatser

En traumatiserad adolescent, känslig för avvisande och utsatt för aktuellt hot från den förövare som orsakat traumatiseringen, verkar inte ha en trygg bas för behandling även om den terapeutiska relationen verkar stabil och relationen präglas av tillit. Behandlingen av en sådan patient demonstrerar att terapi är möjlig, om patienten får konfrontera förövaren i en imaginär framtidssituation och bearbeta händelsen med EMDR, trots att traumat och tidigare och aktuella händelser inte helt har behandlats.

## Referenser

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders- DSM-IV (4:e upplagan.). Washington, D.C.

Baum, L.F. (1960). The wonderful wizard of OZ. New York: Dover Publications, Inc. (1:a upplagan: 1900).

Ganzarain, R. (2000). Group-as-a-whole dynamics in work with traumatized patients: Technical strategies, their rationales, and limitations. I: R.H. Klein och V.L. Schermer (red.), Group psychotherapy for psychological trauma (89-115). New York: Guilford Press.

Hofman, A. (2004, juni). Treatment of Complex PTSD with EMDR. Plenary session föredrag under den 5:e Europeiska EMDR konferens, Stockholm, Sverige.

Korn, D. & Leeds, A.M. (2002). Preliminary installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic evidence for the efficacy for EMDR resource development and stress disorder. Journal of Clinical Psychology, 58 (12), 1465-87.

Leeds, A.M. (1998). Lifting the burden of shame: Using EMDR resource installation to resolve therapeutic impasse. I: P. Manfield (red.), Extending EMDR: A casebook of innovative applications (256-281). New York: Norton.

Lovett, J. (1999). Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR. New York: Free Press.

Parnell, L. (1998). Postpartum depression: Helping a mother to bond. I: P. Manfield (red.), Extending EMDR: A casebook of innovative applications (37-64). New York: Norton.

Pennebaker, J.W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. International Journal of Emergency Mental Health, 1, 9-18.

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. (2:a upplagan, reviderad). New York: Guilford Press.

van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry, 1(5), 253-265.

van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and memory. I: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane och L. Weisaeth (red.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (279-302). New York: Guilford Press.

Wächter, M. (2002). EMDR—inte bara traumabehandling. Psykisk hälsa, 3, 256-266.

