

EMDR – psykoterapi vid post-traumatiska stressyndrom hos unga

ALERT | TIDIGA BEDÖMNINGAR AV NYA MEDICINSKA METODER | WWW.SBU.SE



Publicerad 01-04-17
Version 1

Alerts bedömning

Metod och målgrupp: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) är en ny psykoterapeutisk metod som syftar till att bearbeta minnen från traumatiska händelser och därmed mildra de psykologiska konsekvenserna av dessa minnen. EMDR sammanfogar komponenter från flera olika psykologiska inriktningar. Det är inte klarlagt vilken beståndsdel i behandlingen som är verksam. Patienter med posttraumatiska stressyndrom (PTSD) är den huvudsakliga målgruppen för EMDR-behandling. Både barn och vuxna har behandlats med EMDR men detta dokument är särskilt inriktat på barn och ungdomar.

Patientnytta: Publicerade studier av EMDR omfattar i huvudsak vuxna med PTSD. Det finns två randomiserade och kontrollerade studier av EMDR-behandling av sammanlagt 47 barn och ungdomar, varav en ännu inte har publicerats. Den ena studien tyder på att EMDR ger en bättre behandlingseffekt på kort sikt jämfört med kontrollbehandlingen (aktivt lyssnande). I den andra fann man ingen signifikant skillnad mellan EMDR-behandling i kombination med standardbehandling och enbart standardbehandling avseende reduktion av undvikande och invaderande tankar. Däremot minskade PTSD-symtomet beteendestörning signifikant i EMDR-gruppen. Därutöver finns en rad fallbeskrivningar som tyder på att EMDR har en positiv effekt hos barn och ungdomar med PTSD. Inga skadeverkningar har rapporterats.

Ekonomiska aspekter: Det saknas hälsoekonomiska utvärderingar av EMDR. Begränsade data tyder på att det krävs färre behandlingar för att uppnå önskad effekt med EMDR jämfört med andra psykoterapeutiska metoder. Detta talar för att EMDR är en potentiellt kostnadseffektiv metod i förhållande till alternativen, under förutsättning att behandlingseffekten är bestående.

Kunskapsläge: Det finns viss* vetenskaplig dokumentation som visar nyttan av EMDR-behandling för barn och ungdomar. Det finns ingen* dokumentation om kostnadseffektivitet eller effekt på längre sikt än sex månader.

Då den vetenskapliga dokumentationen är begränsad bör effekter av EMDR-behandling, på kort och lång sikt, i studier jämföras med andra behandlingsalternativ inklusive standardbehandling. Likaså bör kostnadseffektiviteten studeras under svenska förhållanden.

*Detta är en värdering av den vetenskapliga dokumentationens kvalitet och bevisvärde för den aktuella frågeställningen. Bedömningen görs på en fyrgradig skala; (1) god, (2) viss, (3) ringa eller (4) ingen. Se vidare under "Evidensgradering"

Alert bedrivs i samverkan mellan SBU, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet

Metoden

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) är en ny behandlingsmetod för att bearbeta minnen från traumatiska händelser i syfte att mildra de psykologiska konsekvenserna. Behandlingen utförs av terapeuter (leg. psykolog, leg. psykoterapeut eller psykiater med steg-1-kompetens i psykoterapi) med särskild EMDR-utbildning. EMDR utvecklades 1987 av den amerikanska psykologen Francine Shapiro, som upptäckte ett samband mellan spontana snabba ögonrörelser och en minskning av störande känslor. I metoden kombineras komponenter från flera olika psykoterapeutiska inriktningar såsom t ex psykodynamisk, inlärningspsykologisk, kognitiv och kroppsorienterad terapi.

I korthet innebär denna behandlingsmetod att patienten koncentrerar sig på den mest upprörande detaljen av det traumatiska minnet. Samtidigt för terapeuten sin hand fram och tillbaka framför patientens ansikte, medan patienten med ögonen följer handens rörelse, i ungefär 20–60 sekunder. Efter detta ombeds patienten att berätta om de minnen, känslor, tankar och sensationer som uppstått. Denna berättelse blir fokus i följande omgång av ögonrörelser. Proceduren upprepas tills patienten inte längre kan identifiera ytterligare oroande delar i minnesbilden och kan ta till sig ett mer positivt eller bearbetat (anpassat) perspektiv på minnet av traumat [12]. Som alternativ till ögonrörelser kan ljudsignaler eller beröring användas. För en mer ingående beskrivning av metoden hänvisas till Shapiro [10].

Behandlingens längd varierar beroende på problemets svårighetsgrad. Symtomen kan reduceras signifikant redan efter 2–3 behandlingar, även om det kan ta längre tid för patienter med svårare trauman.

Med hjälp av radiologisk undersökning (SPECT; single photon emission computed tomography) före och efter EMDR-behandling, har förändringar i hjärnans aktivitet hos fyra av totalt sex patienter iakttagits [15]. Forskningen har dock hittills inte kunnat belägga vilken precis mekanism som aktiveras under EMDR-behandling. Ögonrörelsens betydelse har ifrågasatts och resultaten från olika studier är motstridiga. Ögonrörelsen förefaller enligt en del studier kunna göra bearbetningen något snabbare eller mer fördjupad [8].

Målgrupp

EMDR har huvudsakligen använts för behandling av patienter med posttraumatiska stressyndrom (PTSD) och andra ångestrelaterade störningar. PTSD karaktäriseras av att:

- Individens har varit utsatt för en eller flera händelser som inneburit hot till liv, hälsa eller trygghet och på detta reagerat med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- Händelsen har medfört plågsamma återupplevanden i form av flashbacks (starkt ångestfyllda återupplevanden), mardrömmar, invaderande tankar, etc. Hos barn kan även traumaspecifika återupprepande handlingar som uttrycks i beteendestörningar, förekomma.
- Tillståndet har medfört ett aktivt undvikande av allt som kan påminna om händelsen.
- Den allmänna själsliga vitaliteten är nedsatt.
- Upplevelsorna har medfört ett tillstånd av överspändhet.
- Tillståndets ska ha haft en varaktighet på minst en månad och orsakat signifikant lidande eller försämrad funktion.

Besvärerna kan vara både omfattande och långvariga [14]. Även andra psykiska tillstånd kan förekomma parallellt med PTSD, exempelvis depression, ångest eller missbruk.

Förutom reaktioner på avgränsade traumatiska händelser kan t ex traumatiska separationer, familjevåld och sexuella övergrepp inklusive incest vara bakomliggande faktorer till PTSD och andra ångestrelaterade tillstånd hos barn och ungdom.

Det saknas uppgifter om antalet barn och ungdomar som årligen behandlas för PTSD i Sverige. En engelsk studie av barn som varit med om trafikolyckor har visat en förekomst av PTSD på cirka 35 procent sex veckor efter olyckstillfället [11].

Akuta stressyndrom, fobier, panikångest, tvångssyndrom och kronisk smärta är andra tillstånd där behandling med EMDR tillämpas på försök.

Relation till andra metoder

Läkemedelsbehandling och stödsamtal är idag de vanligaste behandlingsmetoderna vid PTSD hos barn och ungdomar och används var och en för sig eller i kombination. Bland de läkemedel som används förekommer antidepressiva preparat (SSRI) vid behandling av ungdomar, ångestdämpande preparat (främst benzodiazepiner) samt sömnmedel mot sömnstörningar för mindre barn. Stödsamtal ges individuellt eller i grupp vid PTSD. Även annan psykoterapi används i viss utsträckning.

I syfte att identifiera de mest effektiva behandlingarna av PTSD, oavsett ålder, har en metaanalys gjorts [16]. I denna analyserades och sammanställdes studier som jämfört olika behandlingsstrategier (olika läkemedelsbehandlingar eller psykoterapier) med kontrollbetingelser (placebo, väntelista eller stödsamtal). Resultaten tyder på att det vid psykoterapi var signifikant färre patienter som avbröt behandlingen jämfört med vid läkemedelsbehandling. Psykoterapierna var också mer effektiva att reducera PTSD-symtom än läkemedel. Av psykoterapierna var beteendeterapi och EMDR de mest effektiva, och generellt sett likvärdiga. Resultaten ger visst stöd för behandling av PTSD med SSRI-preparat, beteendeterapi och EMDR [16].

EMDR har i jämförelse med kognitiv beteendeterapi (KBT) fördelen att, vid avgränsade trauman, uppnå positiv effekt efter färre behandlingar.

Patientnytta

En randomiserad och kontrollerad studie avseende EMDR-behandling av unga har publicerats [9]. I denna studie har 60 kvinnor (16–24 år) med traumatiska minnen inkluderats. Av de 60 kvinnorna var 18 tonåringar. Patienterna randomiserades antingen till två sessioner med EMDR eller till två sessioner med aktivt lyssnande. För samtliga patienter, oavsett behandling, uppmättes en signifikant förbättring mätt med ångest-, depressions- och självuppfattningsskalor. Gruppen som behandlades med EMDR uppvisade dock dubbelt så stor sammanvägd effekt jämfört med gruppen som genomgått aktivt lyssnande (genomsnittlig effektstorlek 1,56 respektive 0,65). Behandlingsresultaten var oberoende av ålder. Resultaten kvarstod vid en tremånadersuppföljning.

I en randomiserad kontrollerad studie som är under publicering, omfattande 29 pojkar i åldern 10–16 år, jämfördes EMDR med standardbehandling [12]. Pojkarna vårdades på behandlingshem för utagerande beteende. PTSD förekom som en av flera primärdiagnoser varav beteendestörning dominerade. Pojkarna randomiserades till behandlingsgrupp efter att ha matchats avseende på problematik, ålder och vårdtid. Den ena gruppen fick standardbehandling (individual- och gruppssamtal samt vid behov läkemedel) och den andra gruppen fick standardbehandling samt tre sessioner EMDR. Samtliga EMDR-behandlingar genomfördes av en terapeut med komplett EMDR-utbildning och flera års erfarenhet av metoden. Pojkarna testades före, direkt efter och två månader efter behandling. Statistiskt signifikanta skillnader till fördel för EMDR-gruppen uppmättes med Subjective Units of Distress Scale (SUDS), vilken mäter intensiteten av upplevd "vånda" (distress) vid tanke på ett traumatiskt minne, samt med Problem Rating Scale (PRS), en gradering av problembeteende utförd av föräldrar eller vårdare. PTSD-symtomen undvikande och invaderande tankar mätt med IES (Impact of Events Scale) sjönk i båda grupperna till att inte längre vara kliniskt relevanta, med en icke statistiskt signifikant fördel för EMDR-gruppen vid tvåmånaders uppföljning [12].

I en studie som är under publicering inkluderades 32 låg- och mellanstadiebarn som alla hade diagnostiserad PTSD tre år efter en naturkatastrof, en orkan som drabbade Hawaii [2]. Samtliga barn hade bestående traumasymtom, även efter att ett år tidigare ha behandlats med stödsamtal. Barnen randomiserades till två grupper varav den ena direkt behandlades med tre sessioner EMDR. Sedan testades båda grupperna varefter även den andra gruppen behandlades. Alla tester, utom det initiala PTSD-diagnostiserande testet (Children's Reaction Inventory, CRI), administrerades av oberoende bedömare som var ovetande om vilken behandlingsgrupp barnen tillhörde. Trots det ambitiösa randomiseringsförfarandet har ingen analys gjorts mellan de båda grupperna. Det är endast skillnaden inom respektive grupp mellan före- och eftermätningarna som har analyserats. Resultaten visar att behandling med EMDR gav en signifikant reduktion av PTSD-symtom mätt med CRI. Efter behandling uppfyllde 56 procent av samtliga barn inte längre kriterierna för denna diagnos. Barnen fick även en signifikant reduktion av depressions- och ångestsymtom. Resultaten kvarstod vid en sexmånadersuppföljning.

Dessutom har en rad fallstudier av barn och ungdomar med PTSD rapporterats som tyder på att EMDR kan ha effekt i denna population [5,7,13]. Preliminära data tyder också på att gruppbehandling med EMDR via tolk av svårt traumatiserade flyktingbarn har effekt, då 77 procent av barnen efter behandling inte längre uppfyllde kriterierna för PTSD-diagnos [18]. Det saknas uppföljningar mer än sex månader efter EMDR-behandling av barn och ungdomar med PTSD.

Utöver detta finns ett flertal studier av EMDR-behandling vid PTSD hos vuxna. Studierna har i huvudsak utfallit till fördel för EMDR-behandling. Det är osäkert i vilken utsträckning resultaten från behandling av vuxna kan generaliseras till barn och ungdomar. PTSD-symtomen är dock likartade. I en översikt av studier som jämfört EMDR med ingen behandling alls (väntelista) respektive behandling med icke validerade metoder (t ex aktivt lyssnande, avslappning) visade sig EMDR i högre grad kunna lindra ångest och PTSD-reaktioner än kontrollbetingelserna [1]. I jämförande studier av EMDR och kognitiv beteendeterapi (KBT) har resultaten varit motstridiga och studiedesignen ifrågasatts [3,4]. Ytterligare studier som jämför dessa båda behandlingsmetoder pågår.

För vuxna finns långtidsuppföljningar av EMDR-behandling. En uppföljningsstudie visar på bibehållen effekt av EMDR 15 månader efter behandling [17], medan en annan där krigsveteraner fått två sessioner EMDR tyder på att effekten hade försvunnit vid 5-årsuppföljningen [6]. Den senare studien har kritiserats bl a för att antalet behandlingar var för lågt i proportion till problematiken hos patienterna.

Komplikationer och biverkningar

I de studier som granskats finns inga skadeverkningar av själva behandlingen rapporterade. För att metoden ska kunna användas på korrekt sätt krävs dock en adekvat psykoterapeutisk kompetens samt vidareutbildning i EMDR-metodiken.

Det har framförts att EMDR aktiverar mindre ångest hos patienten än andra konfronterande terapier. Detta antas bero på att patienten med tanken själv styr och kontrollerar graden av konfrontation med det störande minnet. På så sätt sker exponeringen i små doser.

Kostnader och kostnadseffektivitet

Kostnaden för EMDR-behandling består i huvudsak av timkostnaden för en utbildad EMDR-terapeut. Behandling sker huvudsakligen individuellt i öppenvård. Ingen speciell utrustning krävs. En behandlingssession beräknas till 90 minuter. Kostnaden varierar mellan 1 000 och 4 500 kronor per session beroende på professionell bakgrund hos vårdgivaren samt i vilken regi, privat eller offentlig, denne är verksam (Kostnader för sjukvården, Uppsala läns landsting 2000).

Behandlingens längd varierar beroende på problemets svårighetsgrad. PTSD-symtomen kan reduceras signifikant efter 2–3 behandlingar, även om det kan ta längre tid vid svårare fall. I de publicerade behandlingsstudierna av vuxna med avgränsade trauman har i genomsnitt 4–5 EMDR-behandlingar utförts. Vid exponeringsterapier, inom ramen för KBT, rekommenderas ett minimum av 10 behandlingssessioner vilket talar för att EMDR är en potentiellt kostnadseffektiv metod.

Utifrån ett antagande om att barn och ungdomar i genomsnitt behöver fyra behandlingssessioner, ger en grov skattning en genomsnittlig totalkostnad per patient på cirka 11 000 kronor.

Sjukvårdens struktur och organisation

Av tradition behandlas patienter med PTSD vid flera behandlingstillfällen utspridda under en lång tidsperiod. Data tyder på att EMDR-metodiken, rätt anpassad, skulle kunna innebära att behandlingstiderna förkortas.

Etiska aspekter

EMDR i sig tycks inte medföra någon risk för patienten och har i detta avseende inte några etiska komplikationer.

Emellertid är den vetenskapliga dokumentationen om effekten, särskilt vid behandling av barn och ungdomar, begränsad. Det är därför viktigt att patient och anhöriga informeras om detta innan behandling inleds.

Utbredning i Sverige

I Sverige finns i dagsläget cirka 100 terapeuter som fullgjort båda utbildningsstegen av EMDR-utbildningen. Flertalet är verksamma i Mellansverige samt i Göteborg med omnejd. Det är inte känt hur många barn och ungdomar med PTSD som hittills genomgått EMDR-behandling i Sverige.

Pågående forskning

Två svenska utvärderingsstudier av EMDR vid PTSD hos barn och ungdomar pågår vid barnpsykiatriska kliniken på Uppsala Akademiska sjukhus. I den ena har 13 svårt traumatiserade flyktingbarn behandlats med en kombination av traditionell psykoterapi och EMDR. I den andra studien behandlas traumatiserade barn med enbart EMDR-behandling. Resultaten förväntas bli publicerade under år 2001. I Nederländerna pågår en studie av EMDR-behandling av barn som traumatiserats efter bilolyckor.

Vidare pågår jämförande studier av EMDR och Kognitiv beteendeterapi vid PTSD hos vuxna.

Sakkunnig

Kerstin Bergh Johannesson, Leg psyk, Specialist i klinisk psykologi, Kunskapscentrum för Traumatisk Stress, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Granskare

Mats Fredriksson, Professor, Institutionen för tillämpad psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Referenslista

1. Cahill SP, Carrigan MH, Frueh BC. Does EMDR work? And if so, why? A critical review of controlled outcome and dismantling research. *J Anxiety Disord* 1999;13(1-2):5-33.
2. Chemtob CM, Nakashima J, Hamada R, Carlson J. Brief treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: a field study. *J Clin Psychol*, in press.
3. Chemtob et al. Eye movement desensitization and reprocessing. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, eds. *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford, 2000.
4. Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorders. *J Anxiety Disord* 1999;13(1-2):131-57.
5. Lovett J. *Small Wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press, 1999.
6. Macklin ML, Metzger LJ, Lasko NB, Berry NJ, Orr SP, Pitman RK. Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related post traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2000;41(1):24-27.
7. Puffer MK, Greenwald R, Elrod DE. A treatment outcome study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with traumatized children and adolescents. Presented at the annual conference of the EMDR International Association, Denver, June 1996.
8. Renfrey G, Spates CR. Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *J Behav Ther Experiment Psychiatr* 1994;25:231-239.
9. Scheck MM, Schaeffer JA, Gilette CS. Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress* 1998;11:25-44.
10. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press, 1995.
11. Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *BMJ* 1998;317:1619-1623.
12. Soberman GB, Greenwald R, Rule DL. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *J Aggression Maltreatment Trauma*, in press.
13. Tinker RH, Wilson SA. *Through the Eyes of a Child: EMDR with children*. New York: Norton & Co, 1999.
14. van der Kolk B. Biological response to psychic trauma. In: Wilson JP, Raphael B, eds. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press, 1993:25-33.
15. van der Kolk B, Burbridge J, Susuki J. The psychobiology of traumatic memory; clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997;821:99-113.
16. van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998;5:126-144.
17. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(6):1047-1056.
18. Wilson SA, Tinker RH, Hoff