

## **Om bare Jeppe visste... – EMDR og rusbehandling**

Janne Ekeberg Amundsen og Kjetil Kårstad

## Om bare Jeppe visste... – EMDR og rusbehandling

Personer med både posttraumatisk stresslidelse og rusproblemer har økt risiko for tilbakefall. Behandling av begge problemer samtidig kan være fruktbart.

### Innledning

I 2000 kom Statens helsetilsyn med en anbefaling om å kartlegge og behandle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos personer med rusproblemer. Det er dokumentert at denne klientgruppen har betydelig høyere forekomst av PTSD enn andre (Birknes & Ravnanger, 2002; Deykin & Buka, 1997; Najavits, Weiss & Shaw, 1997). Årsakssammenhengene mellom PTSD og rusproblemer er sammensatte. Både PTSD og rusavhengighet har høy komorbiditet med angst og depresjon, noe som bidrar ytterligere til å øke kompleksiteten (Brady, Killeen, Brewerton & Lucerini, 2000; Breslau, Davis & Schultz, 2003). Ulike forklaringsmodeller har blitt lansert. Mest evidens er funnet for at klienter med PTSD begynner å ruse seg som en form for selvmedisinering (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001; Ouimette, Moos & Finney, 2003). Flere studier har funnet at alkohol, cannabis, opiater og benzodiazepiner virker dempende på PTSD-symptomer, men at symptomene intensiveres igjen i abstinensfasen. Klienter risikerer å havne i en vond sirkel med høy risiko for nye rusepisoder (Jacobsen et al., 2001; Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace & Bux, 1999). Det er bred enighet om at denne klientgruppen trenger behandling for begge typer problemer, men det er uenighet om når i behandlingsforløpet en skal starte opp med traumebehandling. Enkelte hevder at klienten må være rusavholdende en god stund først. Andre mener at risikoen for tilbakefall er for høy til å vente (Ouimette et al., 2003; Stewart, 1996).

*Rus vil for mange være et mestringsforsøk for å unngå eller dempe de påtrengende minnene*

Vi arbeider i en poliklinikk for voksne med rusrelaterte problemer. Vi erfarer at traumatiserte klienter har problemer med å holde seg rusfrie i lang tid av gangen. Hvis forutsetningen for å komme i gang med traumebehandling er at klientene skal være totalavholdende, risikerer vi å aldri få startet opp. Vi har derfor valgt å prøve ut samtidig behandling av traume og rusproblemet. EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) er dokumentert å være en effektiv og virkningsfull metode for å behandle traumer (Power, McGoldrick & Brown, 2002; Vaughan, 1994; Wilson, Silver, Covi & Foster, 1996). Vi er opptatt av å finne ut hvorvidt EMDR kan brukes til å behandle traumer

hos våre klienter. I hvilke situasjoner er metoden nyttig, og når skal en være forsiktig med å bruke den?

### **En helhetlig tilnærming**

Rus er fremdeles et problem med lav status i vårt samfunn. Klienter er vant til å bli møtt med holdninger om at det er bare å ta seg sammen (Duckert, 1993). Det blir derfor en spesiell terapeutisk utfordring å arbeide med et skambelagt område og samtidig ha en klientpopulasjon som har dårlige erfaringer med relasjoner. Det er velkjent innenfor rusfeltet at det kan ta tid å få kontroll over et rusproblem, og at tilbakefall er vanlig (Fekjær, 2003). Høy komorbiditet med andre psykiske lidelser bidrar ytterligere til å vanskeliggjøre behandling (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002; Modesto-Lowe & Kranzler, 1999). Kompleksiteten i problematikken medfører at vi ønsker å ha en helhetlig tilnærming til behandling der vi integrerer kognitive, atferdsmessige og emosjonelle elementer, og der klienten behandles på en respektfull måte.

Futterman, Lorente og Silverman (2005) gir et godt eksempel på en slik tilnærming. De forsøker å integrere det nyeste fra kognitiv terapi, atferdsterapi og psykodynamisk terapi med en individuell tilnærming til rus. De aksepterer at ikke alle klienter har totalavhold som målsetting, og peker på den helsemessige gevinsten av å få til en rusreduksjon. Motiverende intervjuing blir trukket fram som en viktig del av behandlingen. Innenfor motiverende intervjuing er en opptatt av ambivalensen mange føler i forhold til å slutte å ruse seg (Miller & Rollnick, 1991). Terapeuten forsøker ikke å overbevise klienten om totalavhold, isteden oppmuntrer en klienten til selv å veie for og imot. Futterman et al. (2005) framhever betydningen av å tematisere tilbakefall ved hjelp av kognitive og atferdsmessige teknikker. Klienter blir oppfordret til å snakke om sine tilbakefall fordi det kan lære dem noe som de kan anvende neste gang de får lyst til å ruse seg. Det blir viktig å identifisere risikosituasjoner og å lære klienten alternative mestringsferdigheter. I en annen del av behandlingen, som forfatterene har kalt psykodynamisk eksponeringsterapi, vektlegges det å øke klientens toleranse for egne emosjoner. Følelser som sinne, skyldfølelse, glede, kjedsomhet og tristhet utløser ofte rusbehov hos denne klientgruppen.

### **Traumebehandling og EMDR**

PTSD finnes både i akutt, kronisk og utsatt form (ICD 10), For en nærmere oversikt over feltet henvises det til Dyregrov (2004). Sentrale behandlingstilnærminger, i tillegg til EMDR, er kognitiv

terapi og eksponeringsterapi, eller en kombinasjon av disse to. Målet er å redusere traumatiske minner og tanker, avhjelpe unngåelsesreaksjoner og dempe kroppslig aktivering og angst. Det er nødvendig med en form for konfrontasjon med de traumatiske minnene, samtidig som en lærer klienten måter å ta kontroll over minnene på (Dyregrov, 2000).

En skiller mellom kumulative traumer og enkeltraumer (Follette, Polusny, Bechtle & Naugle, 1996; Shapiro, 2001). Dette skillet får konsekvenser for terapeutisk strategi. Når det gjelder kumulative traumer, er det særlig viktig å etablere en god relasjon ved å bruke tid på bygging av tillit, og en forsiktig eksponering for traumet (van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). Personer som har opplevd kumulative traumer, preges av redsel, vaksomhet, økt aggresjonsberedskap og opplever mistillit i relasjoner til andre (Dyregrov, 1997). Dissosiering vil kunne være en fremtredende måte å håndtere emosjoner på. Målet er at terapirelasjonen skal bidra til affekttoleranse og integrering for slik å kunne unngå, eller redusere, dissosiering. Gjennom dette vil man også kunne motvirke selvnedvurdering og skam. Klienter med PTSD og samtidig rusproblem viser seg å ha større risiko for tilbakefall enn andre klienter med rusproblemer (Brown, 2003).

## EMDR

EMDR har tidligere vært beskrevet i Tidsskriftet (Dyregrov, 1993a; Dyregrov, 2004; Solomon & Dyregrov, 2000). For en nærmere utdyping og nyansering anbefales også Shapiro (2001). Sentralt i EMDR-behandling er stimulering ved hjelp av øyebevegelser. Etter hvert har en forsøkt ut både auditiv og taktil stimulering som alternativ, eller supplement til øyebevegelser. En tenker seg at ulike former for stimulering, alternativt involerer de to hjernehalvdelen (bilateralt). Det doble fokuset på traumet og stimuleringen er antatt å øke tempoet i informasjons-behandlingen. EMDR-protokollen integrerer elementer fra andre terapiformer slik som kognitiv terapi, eksponeringstrening og avslappingsøvelser.

Det pågår en diskusjon om hva som er virksomme faktorer i EMDR. Kritikere har stilt spørsmål ved om bilateral stimulering er nødvendig, eller om de virksomme faktorer nettopp er integreringen av elementer fra andre terapiformer (Dyregrov, 2004). En svakhet ved mange av studiene som er kritiske til metoden, er at de ikke har brukt standard EMDR-protokoller, og at terapeutene som har utført EMDR, har fått for dårlig opplæring. Kliniske funn viser at klienter foretrekker bilateral stimulering framfor annen aktivitet, eller ingen tilleggsaktivitet (Lipke, 2000).

I en studie av PTSD-behandling undersøkte Foa og Rauch (2004) om kognitiv restrukturering økte effekten av eksponeringsterapi, målt som endring i dysfunksjonelle kognisjoner. De fant ikke støtte for dette. I denne samme studien finner de imidlertid at endring i persepsjon av «inkompetanse» er den sterkeste enkeltfaktoren knyttet til reduksjon i PTSD-symptomer. Dette er interessante funn også i en diskusjon om virksomme elementer innen EMDR, men det vil være nødvendig med videre avklaringer.

Fremgangsmåten i en EMDR-protokoll fremstilles i åtte trinn. I forkant må en skaffe seg oversikt over traumehistorien, vurdere om klienten er rede for metoden, teste ut bilateral stimulering og etablere en «trygg plass». Klienten får beskjed om å tenke på et sted der han eller hun kjenner seg trygg. «Trygg plass» er viktig å få etablert i tilfelle protokollen må avbrytes og klienten trenger å beroliges. Selve protokollen innebærer at man velger ut et minne å arbeide med, og dertil hørende negative kognisjoner som uttrykker den negative selvattribusjon. Deretter finner man positive kognisjoner som bedre ivaretar klientens selvaktelse, og dens validitet (VOC). Her brukes en skala fra 1 til 7 («føles ikke sant i det hele tatt» til, «føles helt sant»). En identifiserer følelser og kroppslig tilstand knyttet til minnet, og klienten blir bedt om å skalere grad av ubehag ved hjelp av en SUDs (Subjective Unit of Distress) -skala der 0 er ikke noe ubehag i det hele tatt, og 10 er det sterkeste ubehag en kan tenke seg. Under *desensitiviseringen* er fremdriften avhengig av flere forhold, men egenrapporteringen fra klienten er sentral. Klienten har hele tiden mulighet til å avbryte gjennom et avtalt signal. Når SUDs er nede i 0–1, går man videre til *installering*, der man forsøker å knytte den positive kognisjonen til minnet ved hjelp av øyebevegelser. Som en del av protokollen vil man i tillegg til å jobbe med fortid også jobbe med nåtid og framtid.

Det har blitt foretatt en rekke tilpasninger av standard EMDR-protokoll. Vogelmann-Sine, Sine, Smyth og Popky (1998) konkluderer med at det kan være vanskelig å bruke standardprotokollen på klienter som har opplevd kumulative traumer, har omfattende relasjonsproblemer, dissosierer mye, eller har personlighetsforstyrrelse og dårlige mestringsferdigheter. Med disse klientene anbefales det å begynne med å styrke mestringsferdigheter ved hjelp av bilateral stimulering. Hvorvidt klienten deretter er rede til å jobbe med traumatiske hendelser, eller trenger å bli enda mer stabilisert først, er det opp til terapeuten å vurdere. Erfarne EMDR-terapeuter sier at de er forsiktige med å bruke metoden i saker der klienter virker skeptiske eller i opposisjon (DiGiorgio, Arnkoff, Glass, Lyhus & Walter, 2004). Vogelmann-Sine et al. (1998) har utarbeidet en protokoll der EMDR brukes til å identifisere og desensitivisere risikosituasjoner, forebygge tilbakefall og styrke klientens motivasjon

for å endre rusvaner. Vi har i liten grad brukt EMDR til å arbeide direkte med rusproblemet, da vi i første omgang var interessert i å finne en egnet metode til å arbeide med traumatiske hendelser.

### **Oppsummering**

Innenfor både behandling av rusproblemer og traumer er det et mål å øke toleransen for ubehagelige opplevelser uten unngåelsesatferd. Rus vil for mange være et mestringsforsøk for å unngå eller dempe de påtrengende minnene. Å gi traumebehandling til klienter med rusproblemer vil derfor kunne redusere rusforbruket, men rus kan ha flere funksjoner enn symptomdemping. Både toleranseøkning og abstinensreaksjoner er en del av avhengigheten, og utgjør i seg selv en risiko for fortsatt rusing. Samtidig behandling av traume og rusavhengighet kan derfor være fordelaktig. I vårt utvalg vil ett av problemene være at klientene har vansker med å klare eksponeringen knyttet til traume, med dissosiering og unngåelse som mulig resultat. Det er også usikkert hvilken påvirkning rusbruken vil ha på gjennomføring av EMDR-protokoller.

Vårt utgangspunkt var å gjøre en pilotstudie. Målet har vært å finne ut om en tilpasning av EMDR kan medføre at denne metoden også vil være anvendelig overfor mennesker med rusproblemer. De kasus som presenteres, er valgt ut blant 20 klienter. I noen av sakene har vi arbeidet med flere ulike traumer. Vi har utført til sammen 50 EMDR-behandlinger. Kasusene er ment å illustrere ulike aspekter ved bruk av EMDR, dette basert på pilotstudiens hensikt. Alle klientene gikk i poliklinisk behandling. I alt 18 av klientene brukte jevnlig rusmidler, men omfanget ble ikke vurdert å være så alvorlig at det var behov for mer omfattende behandling enn det en kan få til innenfor en poliklinisk sammenheng. De to som var avholdende, var under legemiddelassistert rehabilitering. I 60 % av sakene var det dominerende rusmiddelet alkohol. Kriterier for igangsetting av EMDR har vært at klientene opplevde seg utsatt for ett eller flere traumer, og at de var motivert for å få hjelp med dette. Alle klientene vurderes å ha opplevd kumulative traumer. Det var etablert en behandlingsrelasjon først, og klienten hadde fått en lovnad om langvarig oppfølging i minimum ett år. Alle var i gang med rusbehandling før igangsetting av EMDR.

Det ble innhentet samtykke fra klientene, og protokoller ble videofilmet og gjennomgått for å bli samstemt med hensyn til gjennomføring av protokoll og gjensidig veiledning. Sekvensene er blitt transkribert, og siden bearbeidet. Vi har valgt å presentere utdrag av noen protokoller. Dette er gjort av anonymitets- og plasshensyn. Begge forfatterne har gjennomgått den samme trening og godkjenning når det gjelder bruk av EMDR.

## Kasusillustrasjoner

Anne er en kvinne i 30 årene, tidligere amfetaminmisbruker. Hun har ikke brukt amfetamin på et par år, men drikker av og til. Anne snakker mye om at hun vet med hodet at hun ikke er narkoman lenger, men at det til stadighet dukker opp situasjoner der hun får en følelse av å være annerledes enn andre. Dette medfører mye angst og unngåelsesatferd. Anne skal begynne i ny jobb og er redd for å ikke mestre denne situasjonen. Når Anne får beskjed om å kjenne etter hvor i kroppen hun kjenner ubehaget, forteller hun at det knyter seg i hendene. Hun beskriver det som om all tankevirksomhet stopper opp. Terapeuten ber Anne om å velge ut et minne. Hun ser for seg en leilighet der hun pleide å oppholde seg sammen med flere rusmisbrukere. Anne var veldig ruspåvirket og fikk ikke til å snakke eller bevege seg. Den negative kognisjon hun har knyttet til dette minnet, er: «Jeg er annerledes». Anne har problemer med å finne en positiv kognisjon, men kommer fram til at hun skulle ønske hun kunne tenke om seg selv: «Jeg kan lykkes.» Før *desensitiviseringen* sier hun at den positive kognisjonen ikke føles sant i det hele tatt. Anne kjenner sterkt ubehag. Hun angir SUDs til 10. Anne gråter høylytt før vi starter med desensitiviseringen.

Det første som skjer under *desensitiviseringen*, er at Anne legger merke til at hun i ruspåvirket tilstand fikk det for seg at hun hadde fått noe innpå øynene. Hun kunne gni seg i øynene i timevis. Terapeuten observerer at Anne tar seg til øynene. Vi gjør flere sekvenser med bilateral stimulering. Anne ser for seg mange episoder fra denne perioden i sitt liv. Hun legger merke til hvor redd hun var. Anne låste seg ofte inne på toaletter i timevis. Hun legger merke til skammen hun følte og blikkene fra de andre. Vi har holdt på med desensitiviseringen i omtrent 30 minutter, da Anne plutselig rapporterer at hun fikk en tanke om at: «Jeg har lykkes». For terapeuten ble dette opplevd som en betydningsfull endring der Anne er i ferd med å reformulere den negative kognisjonen til noe positivt. Terapeuten velger å fortsette med øyebevegelser. Anne rapporter at hun fikk et bilde av å reise seg fra sofaen i leiligheten: «Jeg går ut døra og forlater det livet jeg hadde da.» Vi går videre til *installering*. Anne forteller at den positive kognisjonen føles helt sann. Vi gjør øyebevegelser. Anne ser for seg mange ting på en gang, både fra rusperioden og tiden etterpå. Hun ser for seg flere i familien som hun har et godt forhold til idag. Anne sier at: «Alt henger sammen, det er en del av de reisene jeg har vært igjennom». Hun legger merke til stolthet over å ha lykkes.

*Petter har problemer med å velge ut et vondt minne å arbeide med: «Det er så mye»*

I EMDR-behandling understrekes betydningen av å jobbe både med fortid, nåtid og framtid. Terapeuten velger derfor å vende tilbake til den opprinnelige problemstillingen, at Anne gruer seg til å begynne i ny jobb. Terapeuten ber Anne ta med seg følelsen av å ha lyktes inn i den situasjonen hun gruer seg til. Vi gjør øyebevegelser. Anne kjenner mer stolthet og ro. Terapeuten kommenterer: «Du er bra nok som du er.» Terapeuten ber Anne kjenne etter i kroppen hvordan hun har det. Anne kjenner en positiv følelse i maven. Vi avslutter. Anne kommenterer etterpå at hun tror det vil gå bra å begynne i ny jobb. Hun kommer med et eksempel på en lignende situasjon hun taklet bra: «Jeg kan klare dette også.»

### **Om å bruke EMDR når alt annet virker nyttesløst**

Anne var fornøyd etter to EMDR-behandlinger. I så måte er Anne atypisk, da de fleste andre i utvalget vårt ikke opplevde å bli avhjulpet med de traumatiske hendelsene såpass fort. Kanskje er det en sammenheng med at det er flere år siden Anne sluttet med amfetamin? Få av de andre i utvalget hadde samme avstand til rusmiddelet. Anne har heller ikke PTSD. Hva når klienten har omfattende psykiske problemer og fremdeles ruser seg aktivt?

Olga er en 33 år gammel kvinne med et mangeårig opiattdominert rusmisbruk. Hun er diagnostisert med flere psykiske lidelser, blant annet personlighetsforstyrrelse, og har en massiv traumehistorie knyttet til overgrep og svik, helt fra barnsben av. Hun har hatt et poliklinisk tilbud i lang tid, men har vært ustabil både med hensyn til rusbruk og fremmøte. I timene snakket Olga mye om hvor dårlig behandlet hun var blitt av hjelpeapparatet. Det var vanskelig å få til noen form for bevegelse, eller endring i forhold til temaet. I denne situasjonen var utgangspunktet for å bruke EMDR at terapeuten ikke hadde nådd frem med tradisjonelle virkemidler. Terapeuten opplevde klienten som traumatisert og vurderte det som at han ikke hadde noe å tape på å prøve metoden. Det man hadde å bygge på, var en langvarig relasjon mellom klient og terapeut.

Olga er opprørt når hun kommer til timen, og forteller at hun har tenkt veldig mye på ungene sine i det siste. Olga frykter at hun ikke får være sammen med dem igjen på svært lenge, og at barna glemmer henne til fordel for fosterfamilien. Hun føler mye sinne overfor hjelpeapparatets håndtering av saken. Olga har vært introdusert for EMDR før, men ikke klart å komme lenger enn til forberedelsefasen. Hun har ikke greid å etablere en «trygg plass», og har problemer med å kjenne etter i kroppen. Terapeuten har tidligere brukt EMDR til å installere ressurser.

Det aktuelle minnet var en situasjon der Olga opplevde at barna under et besøk avviste henne. Olga hadde tenkt å ruse seg etter dette, men hadde greid å la være. Olga synes det er svært ubehagelig



å gå inn i minnet, hun blir trist, og kjenner det i magen. Etter to gjennomganger kommer tårene. Hun synes det er vanskelig, og blir redd for å gå videre. Terapeuten velger å rette oppmerksomheten mot klientens ressurser, at hun lot være å ruse seg, samt andre situasjoner der hun har greid å ivareta barna. Ved hjelp av dette klarer Olga å fortsette med protokollen. Hun kommer på episoder der hun og barna har hatt det fint sammen. Deretter rapporterer hun om flere vanskelige episoder, og hvilke konsekvenser det har hatt. Olga husker hvor vanskelig hun selv hadde det som barn: «Jeg fikk en dårlig start hjemmefra, ingen stilte opp.» Hun puster mye roligere nå. «Jeg gjorde nødvendige valg, selv om det var vanskelig. Jeg måtte tenke på barna.» SUDs går ned fra 10 til 4, og VOC fra 1 til 4.

Under EMDR-gjennomgangen var terapeuten mer aktiv enn det som er vanlig. Dette illustreres ved at ressurs-installering benyttes underveis for å fasilitere bearbeidingen av traumet. Etter EMDR-behandlingen endret samtalen karakter, uten at det syntes å påvirke rusingen, eller ustabiliteten i fremmøte i nevneverdig grad. Tre måneder etterpå forteller Olga at hun ikke tenker så mye på minnet lenger. SUDs og VOC har holdt seg stabilt. Klienten sier det er en lettelse å være kvitt «stresset».

### **Når traumet er «umulig» å snakke om**

Petter er en mann i tredveårene som er vokst opp med far med alkoholproblemer. Han har PTSD og plages daglig med flashbacks. Petter beskriver seg som en skremt person som kjenner på mye sinne. Han røyker cannabis hver kveld fordi det hjelper ham til å finne ro og kontrollere sinnet. Petter har i likhet med mange andre av våre klienter problemer med å finne en «trygg plass». Han har ingen forslag selv. Terapeuten foreslår å bruke stunder der Petter er sammen med sitt nyfødte barn. Petter rapporterer først at han ikke får det til, men etter tre runder med øyebevegelser kjenner han til sin forbauselse ro. Petter har problemer med å velge ut et vondt minne å arbeide med: «Det er så mye.» Når terapeuten gir tilbakemelding om at det holder med et «bilde», ser Petter for seg at han sitter i sofaen hjemme og at far kommer full hjem. Den negative kognisjonen klienten har knyttet til minnet, er: «Jeg har ikke kontroll.» Klienten klarer ikke å finne en positiv kognisjon. Terapeuten foreslår «Jeg kan ha kontroll.» VOC er 1. Klienten angir SUDs til 8, men sier at han har andre minner som er verre, men som han ikke vil snakke om.

i *første time* blir Petter taus når han blir bedt om å fortelle hva som skjer i løpet av protokollen. For å få til en rapportering blir Petter bedt om å svare i stikkordsform, eller fortelle hva han kjenner i kroppen. Ved bruk av EMDR må en være forberedt på at en ikke alltid får vite så mye om hva som foregår i klienten. Det viktigste er at man fanger opp hvorvidt det foregår en bearbeiding, eller om

klienten står fast. En måte å stå fast på er når klienten dissosierer. Dette hendte flere ganger med Petter. Han kjente seg tom, eller rapporterte at det skjedde ingenting. Etter første time forteller Petter at han kjenner seg roligere. Dette til tross for at SUDs kun gikk ned til 6. Petter var fornøyd med dette. Han hadde i utgangspunktet ikke trodd at det gikk an å få til en endring.

i *andre time* forteller Petter at han hadde kjent seg rolig i flere dager. Han har bare hatt det slik en gang før i sitt liv. Det var i en periode da han var innlagt. Vi fortsetter desensitiviseringen i forhold til samme minne. Petter klarer å rapportere med flere ord enn sist. Han har sterk skyldfølelse: «Jeg klarte ikke ta igjen overfor far.» Petter begynner å dissosiere. Terapeuten klarer å hjelpe klienten videre ved å spørre om hvem som har ansvar for det som skjedde. Petter kjenner sinne overfor far. SUDs går ned til 4.

I *tredje time* forteller klienten at han har hatt en forferdelig uke der flere minner har dukket opp. Han har kompensert ved å røyke mer hasj. Terapeuten blir usikker på om vi skal fortsette med EMDR i dag. Vi blir enige om å bruke timen til å snakke om det økende sinne Petter kjenner overfor far. Terapeuten tar opp tråden fra forrige time, er Petter enig i at det som skjedde er fars ansvar? Petter har vært i tvil, men det kjennes mer riktig nå som vi har snakket sammen.

*Hun fikk et bilde av å reise seg fra sofaen i leiligheten: «Jeg går ut døra og forlater det livet jeg hadde da»*

I *fjerde time* gjør vi for første gang en EMDR-gjennomgang der klienten klarer å komme seg igjennom hele protokollen. SUDs går ned til 0, og klienten klarer å få installert den positive kognisjonen. I femte time forteller Petter at siste gang var det akkurat som det vonde forsvant ut av kroppen. Han har ikke hatt flashbacks i uken som har vært. Endelig klarer Petter å fortelle at han har blitt utsatt for overgrep. Han har lenge hatt lyst å si det, men ikke våget, eller ant hvordan han skulle få det til. Petter har ikke trodd at det var mulig å gjøre noe med overgrepene før han ble introdusert for EMDR.

## Diskusjon

Vi har ønsket å finne ut om EMDR er anvendbar for vår klientgruppe. Vi mener å ha gjort positive erfaringer, men ser at vi må tilpasse EMDR-protokollen noe. Vi må være forberedt på at klientene trenger flere runder før de blir ferdige med å bearbeide ett minne. Det er heller ikke alle som klarer å komme seg igjennom protokollen. Det kan være ulike årsaker til dette. Noen har gitt beskjed om

at de ikke orker å gå videre akkurat nå. Andre virker fornøyde med den endringen som allerede har skjedd. En tredje årsak er at klienten for øyeblikket ønsker å jobbe med andre temaer. En fordel med å integrere metoden i den tradisjonelle behandlingen er at vi kan ta opp igjen tråden senere. Progresjonen i behandlingen bestemmes av klientene. Vi har hele tiden forsøkt å være lydhøre for klientens motforestillinger. Ønsker de ikke å gjøre EMDR en dag, lar vi det være. Et problem med å ikke få gjennomført protokollen er at klienten kan oppleve et vedvarende høyt ubehagsnivå, noe som kan igangsette nye rusepisoder.

Er det forsvarlig å bruke EMDR ovenfor klienter som ikke er totalavholdende? En kan tenke seg at klienter som får EMDR-behandling, vil oppleve mer behov for å ruse seg fordi stresset, eller desensitiviseringen, kan tenkes å utløse økt rusatferd. Vår erfaring er at metoden kan anvendes også i perioder da klienter ikke er totalavholdende, men det forutsetter at en kjenner klientens rusmønster. Spesielt må en vurdere rusomfanget. Vi har vært forsiktige med å anvende metoden på klienter som er inne i en periode med tung rusing, eller viser destruktiv rusatferd, slik som selvskading. Vi har ikke valgt å utføre metoden på klienter som virker ruspåvirket i timen. Vi har krevd av klientene at de klarer å møte stabilt opp til timene, da vi antar at stabilitet i oppmøte forutsetter en viss kontroll over rusinntak.

I forkant av EMDR-behandlingen har vi forberedt klienter på at de vil kunne risikere å få økt lyst til å ruse seg. Vi har brukt tid på å bevisstgjøre for dem forbindelsen mellom traume og rustring og å bygge opp alternative mestringsstrategier. Vi har anvendt metoden overfor klienter med ulike typer rusproblem. Vår erfaring er at det er ikke først og fremst rusmiddeltype, men heller rusbrukens omfang som avgjør hvorvidt en skal anvende EMDR eller ikke. Når det gjelder klienter som bruker tyngre stoffer slik som amfetamin og heroin, har vi mer problemer med å komme i posisjon til å bruke EMDR. Denne klientgruppen er mer ustabil i oppmøte. I tillegg er det ikke uvanlig med sidemisbruk, slik som benzodiazepiner. De framstår oftere som affektflåte, noe som gjør at deres opplevelse av traumatet blir mer utilgjengelig. Det trengs videre avklaringer knyttet til aktiv rusing og ulike preparaters virkning, samt hvilken funksjonalitet rusbruk kan ha i «mestring» av traumatiske opplevelser.

I vårt utvalg ble klienten bedt om å rapportere om økt rusforbruk. Kun tre klienter har fortalt om episoder der de begynte å ruse seg i etterkant av en EMDR-gjennomgang. Dette skjedde etter timer der vi måtte avslutte mens SUDs-nivået fremdeles var høyt. Klientene ble oppmuntret til å fortsette EMDR-behandlingen i en senere time, og det gikk bedre neste gang vi

forsøkte. Ved ufullstendige protokoller lønner det seg å motivere klienten til å fortsette protokollen, fordi vi har erfart at SUDs-nivået gjerne går gradvis ned for hver gang vi prøver EMDR. Vi har ingen indikasjoner på at EMDR har ført til økt rusbruk på sikt, men selvsagt kan det forekomme underrapportering.

Flere av våre klienter har vanskelig med å etablere en «trygg plass». De fant ikke noe egnet minne. Årsakene til dette kan være flere. Noen strever på grunn av kumulative traumer, de har fra barnsben av kjent seg utrygge. Andre synes å få problemer fordi konsekvensene av rusbruken later til å ha smittet over på andre minner. En tredje forklaring kan være at rusens funksjon har vært å dempe følelser. Da kan det føles utrygt å åpne opp for både positive og negative følelser. I noen saker var erfaringen at det å bruke EMDR til å støtte opp om klientens ressurser ble et alternativ til «trygg plass». Det gjorde det mulig for klientene å gå videre i protokollen.

Mange av våre klienter har problemer med å uttrykke hva de tenker og føler. Det virker likevel ikke som dette er et hinder for bruk av metoden. En fordel med EMDR er at den kan ha en effekt selv om klienten ikke klarer å rapportere tilbake alt som skjer i løpet av sekvensene med øyebevegelser. Det vonde minnet kan bearbeides av klienten uten at han/hun er avhengig av å være flink til å uttrykke seg. Klienter har fortalt at EMDR har gitt dem ny forståelse av traumet og dem selv. Slik sett kan EMDR bidra til nye narrativer, levere regler eller en ny læringshistorie. Relasjonen mellom klient og terapeut er utvilsomt viktig også innenfor dette området av psykologisk behandling. Både når det gjelder traumefeltet og rusfeltet, kan det være behov for langvarig kontakt. En må ha bevissthet rundt de særlige vilkår som klientgruppen trenger, eksempelvis knyttet til avvisning.

### **Avslutning**

EMDR kan være et nyttig verktøy å integrere i behandlingen av klienter med rusproblemer. En må ta høyde for at metoden må tilpasses, og en må forsikre seg om å ha en god relasjon til klienten. Den er anvendbar også ovenfor klienter som ikke er verbalt uttrykksfulle. EMDR synes å kunne brukes trass i at klienter ikke er totalavholdende. EMDR synes å kunne øke toleransen for egne følelser, noe som gir håp om at klienter vil kunne takle framtidige belastninger uten å måtte ty til rus. Slik sett tror vi at metoden vil kunne ha en effekt på klientens rusforbruk, men dette er en påstand som bør undersøkes ytterligere. Klientene har gitt positive tilbakemeldinger, EMDR fungerer annerledes enn det de har opplevd gjennom samtaleterapi. Det å gå igjennom metoden synes å gi folk en mestringsopplevelse,

de er fornøyd med å ha våget å konfrontere de vonde minnene. I løpet av en protokoll måles klienten flere ganger mot sin egen «referanseverdi». Alle våre klienter har rapportert at ubehagsnivået går ned. Dette, samt øvrige utsagn om fornøydhet, gir en indikator på effekten av EMDR. Egenrapportering som metode har sine begrensninger. Hvis hensikten er å validere behandlingseffekten av EMDR, bør en bruke andre mål. Dette til tross, vår erfaring er at EMDR er nyttig og virksom i vår kliniske praksis.

Janne Ekeberg Amundsen  
 Lade Behandlingscenter, poliklinikken,  
 Nedre Bakklandet 75  
 7076 Trondheim  
 Tlf 73 80 79 30  
 E-post janneamu@broadpark.no

## Referanser

- Birknes, B., & Ravnanger, K. (2002). Rusmisbrukere og traume. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 823–825.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22–32.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 289–294.
- Brown, S. (2003). The missing piece: The case of EMDR-based treatment for PTSD and co-occurring substance use disorder. <http://www.lifeforceservices.com>
- Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 752–757.
- DiGiorgio, K., E., Arnkoff, D., B., Glass, C., R., Lyhus, K., E., & Walter, R., C. (2004). EMDR and theoretical orientation: A qualitative study of how therapists integrate EMDR into their approach to psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 227–252.

- Duckert, F. (1993). Kontrollert drikking – et motsetningsfullt område i behandling av mennesker med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 659–667.
- Dyregrov, A. (1993). EMDR – en ny metode for traumebehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 975–981.
- Dyregrov, A. (1997). *Barn og traumer*. Bergen: Sigma forlag.
- Dyregrov, A. (2000). *Barn og traumer* (4. opplag). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2004). Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 787–794.
- Fekjær, H. O. (2003). *Rus. bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Foa, E. B., & Rauch, A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879–884.
- Follette, V., Polusny, M., Bechtle, A., & Naugle, A. (1996). Cumulative trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 25–36.
- Futterman, R., Lorente, M., & Silverman, S. W. (2005) Beyond harm reduction: A new model og substance abuse treatment further integrating psychological techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 3–18.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *Journal of American Psychiatry*, 158, 1184–1190.
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmiddelbrukere til behandling i russektoren, *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 1–10.
- Lipke, H. (2000). *EMDR and psychotherapy integration*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Modesto-Lowe, V., & Kranzler, H. R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 23, 144–149.

- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *American Journal of Addictions*, 6, 273–283.
- Ouimette, P., Moos, R. H., & Finney, J., W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 410–414.
- Power, K. G., McGoldrick, T., & Brown, K. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83–112.
- Solomon, R., & Dyregrov, A. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Rebuilding assumptive worlds, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 1024–1030.
- Statens helsetilsyn (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Utredningsserien 10.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 283–291.
- Vogelmann-Sine, S., Sine, L., Smyth, N., & Popky, A. J. (1998). EMDR, chemical dependency treatment manual. *silke@silke.com*
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health*, 23, 256–262.
- WHO (2002). *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* (4 opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilson, D., Silver, S. M., Covi, W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219–222.