

- Du har hjernevasket meg



ILLUSTRASJON Bendik Kaltenborn

Første gangen jeg møtte Gunnar, var han sint og avvisende. Siste gangen jeg så ham, mente han at jeg hadde hjernevasket ham - på en god måte. EMDR-terapi med en gutt med Aspergers syndrom viste seg virksomt.

TEKST

Kjersti Berge Evensen

PUBLISERT 1. august 2016

Barn med Aspergers syndrom har ofte vansker med å dra nytte av tradisjonell psykoterapi. En årsak kan være vansker med å sette ord på følelser. Dette er historien om hvordan EMDR-terapi kan fungere som et nyttig alternativ for denne pasientgruppen.

Gunnar

Gunnar (13) ble henvist til BUP av fastlegen sin med ønske om utredning av Aspergers syndrom og behandling av en mulig posttraumatisk lidelse (PTSL) etter langvarig mobbing på skolen. Gunnar var ikke selv klar over mistanken om Aspergers syndrom, han trodde han var henvist til BUP for å få hjelp til å håndtere de vonde minnene etter mobbingen.

Foreldrene fortalte i inntakssamtalen at Gunnar alltid hadde hatt sosiale vansker; han hadde hatt vansker med å forstå sosiale koder og situasjoner. Han forsto ikke ironi, og

utviste i svært vekslende grad empatiske evner. Han hadde alltid blitt opplevd som litt annerledes av omgivelsene; han var veslevoksen, søkte aldri trøst hos voksne, avviste nærkontakt og søkte alltid mye oppmerksomhet uten å vurdere om den var positiv eller negativ. Han ble opplevd som rigid og kunne være helt fastlåst i situasjoner som plutselig endret seg. Han hadde få venner. Han hadde også et veldig voksent språk, og foreldrene beskrev ham som litt professoraktig, samtidig som de var usikre på om det han sa, var forankret i en genuin forståelse av det han pratet om.

For cirka ett år siden hadde foreldrene blitt informert om den omfattende mobbingen som hadde foregått over flere år. Foreldrene hadde hatt mistanke om at Gunnar ikke hadde det så greit på skolen, men på direkte spørsmål hadde Gunnar alltid benektet at noe var galt. Foreldrene fortalte at de hadde merket at gutten hadde forandret seg, men at denne forandringen hadde kommet så gradvis at de ikke hadde reagert. Når de så tilbake, så de likevel at Gunnar de siste årene hadde blitt mer stille, mer irritabel og hadde fått lavere frustrasjonsterskel. Først da klassen fikk ny kontaktlærer, ble mobbingen oppdaget og tatt tak i. Både den nye kontaktlæreren og Gunnar kunne fortelle om systematisk utestenging, verbal mobbing som gikk på utseende og atferd, samt fysisk mobbing som slag, spark, lugging, kloring.

«Jeg ville sannsynligvis ikke få mange sjanser til å hjelpe ham hvis ikke det jeg gjorde, ga rask og merkbar effekt»

Da mobbingen ble tatt tak i, var det som om Gunnar falt litt sammen, og han var mye sint. Han fikk problemer med å konsentrere seg om skolearbeidet, og hadde ofte mareritt og søvnevansker. Han hadde store humørsvingninger og gråt lett. Foreldrene fortalte at Gunnar var svært avvisende til å snakke om mobbingen, og de var bekymret fordi han begynte å gråte hver gang dette ble tatt opp. Han pleide imidlertid å gjøre alt han kunne for å skjule at han gråt, og ga sterke nonverbale uttrykk for at dette var ubehagelig for ham: Han så opp, blunket med øynene, tørket tårene fort bort, ga ikke øyekontakt, begynte å tromme med fingrene eller riste med beina. Han gikk også raskt i forsvar hvis foreldrene tok opp mobbetemaet, og han uttrykte sterk redsel for å bli oppfattet som annerledes og for at noen skulle klandre ham for selv å ha skyld i mobbingen.

Etter en helhetlig vurdering av tidligere utredninger og kartlegginger, samtaler med foreldre og skole og samtaler med Gunnar selv ble diagnosen Aspergers syndrom satt. I samråd med foreldrene bestemte jeg meg samtidig for at Gunnar ikke skulle bli informert om diagnosen før traumebehandlingen var gjennomført. Beslutningen baserte seg på flere overveielser: Gunnar var svært vår for å bli oppfattet som annerledes enn andre, og derigjennom selv få skyld i mobbingen. Dette hadde han uttrykt flere ganger til meg, sine foreldre og til sin lærer. Jeg vurderte at han lett kunne tolke en diagnose innenfor autismespekteret dithen at mobbingen var selvforskyldt, all

den tid Aspergers syndrom er en diagnose som blant annet sier noe om avvikende sosial atferd og kommunikasjonsvansker. På grunn av dette antok jeg også at det var økt risiko for at Gunnar ville avvise diagnosen, samt avvise videre behandling med meg som terapeut. Jeg vurderte videre at en slik diagnose kunne øke risikoen for utvikling av depresjon, både fordi diagnosen lett kunne føre til en forsterket følelse av annerledeshet, og fordi vi da måtte utsette traumebehandlingen for å sikre god forståelse og informasjon om aspergerdiagnosen. Jeg bestemte meg derfor for å gjennomføre traumebehandling først.

Hva ville virke?

Fagfolk er uenige om hvorvidt barn og ungdom med Aspergers syndrom drar nytte av tradisjonell psykoterapi. Samtidig synes denne gruppen å være spesielt sårbare for å utvikle psykiske lidelser, og behovet for kunnskap om behandling av psykiske lidelser hos disse barna er derfor stort (Kaland, 2009; Karlsen, 2000). Ifølge Karlsen (2000) bør fokus flyttes bort fra at eksisterende terapiformer synes lite fruktbare for denne gruppen, til å utvikle og prøve ut alternative terapiformer. Behandlingsmodellen som har fått mest empirisk støtte innenfor traumeterapi for barn og ungdom per i dag, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Jensen, 2011), og jeg vurderte derfor om denne behandlingsmodellen kunne brukes. Komponenter fra TF-CBT ville helt klart være nyttige for Gunnar, men samlet ble denne terapiformen anslått å kreve for store verbale ferdigheter i forhold til hva jeg tenkte Gunnar ville mestre. I tillegg har TF-CBT mye fokus på å identifisere og uttrykke følelser, noe vi også vurderte som vanskelig for Gunnar.

Gunnar hadde tidligere utvist sterkt ubehag når noen hadde forsøkt å få ham til å fortelle om mobbeepisodene, og han hadde en lang historie med å avvise hjelpepersonell. Vi vurderte derfor at en behandlingsmodell som ikke vektlegger omfattende verbal konstruksjon av traumenarrativer, ville være viktig. I og med at han hadde avvist tidligere hjelpepersoner og eksplisitt hadde uttrykt manglende tillit til voksne, var det også viktig at vi fant en behandling som kunne gi hurtig bedring. Jeg vurderte at jeg sannsynligvis ikke ville få mange sjanser til å hjelpe ham hvis ikke det jeg gjorde, ga rask og merkbart bedring.

Gunnar hadde vansker med emosjonelle uttrykk, både å uttrykke egne emosjoner og forstå andres. Det var derfor viktig at behandlingsmodellen vi valgte, ikke forutsatte gode evner til emosjonsforståelse og begreper knyttet til dette. Han hadde også vansker med å huske flere av mobbeepisodene, spesielt detaljer knyttet til dem, og det var viktig å velge en metode som ikke forutsatte god hukommelse for slike minner.

EMDR, eller Eye Movement Desensitization Reprocessing, ble derfor vurdert som en egnet behandlingsmodell med tanke på hans vansker. EMDR er en terapeutisk teknikk der traumatiske minner bearbeides gjennom bilateral stimulering, slik at emosjoner knyttet til traumene gjøres mindre overveldende (Tinker & Wilson, 1999). Flere studier viser at EMDR er effektiv i behandling av PTSL (Shapiro, 2005; Tinker & Wilson, 1999). EMDR består kort fortalt i å identifisere hendelsen eller traumet som antas å gi

pasienten symptomer. Dette gjøres ved hjelp av en teknikk som kalles *floatback*: Man instruerer pasienten til å mentalt gli bakover i tid til situasjoner som har vært truende eller gitt ubehag. Til slutt har man en kjede av hendelser, og pasienten har kommet frem til det eldste minnet. Videre identifiseres positive og negative «kognisjoner» som er knyttet til dette minnet. Kognisjonene skal være en antakelse om en selv, slik som «jeg er hjelpeløs», og pasienten skal angi hvor sanne uttalelsene kjennes, på en skala fra 1 til 10. Pasienten blir deretter bedt om å identifisere emosjoner og ubehag som oppstår når han tenker på dette minnet, og lokalisere hvor i kroppen ubehaget sitter. Også emosjonene og ubehaget skal valideres på tallskalaer.

Behandlingen består videre i å få pasienten til å visualisere minnet og holde fast ved dette bildet mens han beveger øynene raskt fra side til side ved å følge terapeutens fingre eller motta bilaterale auditive signaler. Prosesseringen blir repetert til pasienten ikke lenger rapporterer om negative minner, følelser, kroppslige signaler eller kognisjon i forbindelse med traumet (måles ved validering med tall).

Hvorfor virker EMDR?

Det antas at ulike former for bilateral stimulering aktiverer både venstre og høyre hjernehalvdel, og at fokus på både traumet og stimuleringen øker tempoet i informasjonsbearbeidingen (Shapiro, 2005; Tinker & Wilson, 1999).

Det er ennå relativt få studier på bruk av EMDR for barn og ungdom med Aspergers syndrom og PTSL, men det antas at EMDR gir god effekt i behandling av PTSL hos denne gruppen (Kosatka & Ona, 2014). Dette skyldes i hovedsak at metodens aktive bilaterale prosessering av traumatiske minner ikke krever gode verbale ferdigheter.

Terapiforløpet

I begynnelsen av behandlingen brukte Gunnar og jeg god tid på å bli kjent. Det var viktig for meg at han ble trygg på meg, men det var også viktig for meg at han fikk en følelse av kontroll og mestring i terapisisituasjonen. Jeg antok at Gunnar var blitt fratatt følelsen av kontroll og mestring mange ganger gjennom mobbing, og det var derfor avgjørende at terapisisituasjonen ikke ga ham opplevelse av avmakt og frustrasjon. Vi brukte mye tid i begynnelsen på å snakke om hans interesser. Vi avtalte at vi delte inn timene i to: Første halvdel var min, andre halvdel var hans, og han kunne snakke om det han ville. Dette fungerte fint.

De første timene fikk han informasjon om hva BUP er, hva en psykolog er, hvilke barn som kommer til BUP, og av hvilke årsaker barn blir henvist til BUP. Videre informerte jeg om hva jeg visste om ham, og fortalte ham hva som er vanlige symptomer etter mobbing, samt trygget ham på at det han hadde opplevd var alvorlig, og at hans reaksjoner var fullt forståelige.

Jeg ga så informasjon om EMDR som behandlingsmetode. Gunnar syntes det høstes litt rart ut at dette kunne behandle vonde minner, men ga uttrykk for at det var greit. I disse første timene var Gunnar tilsynelatende uinteressert når jeg pratet, svarte med

enstavelsesord, trakk mye på skuldrene, sa *samme for meg* som svar på de fleste spørsmål eller betraktninger jeg hadde. Han var ikke uvennlig, men kunne ofte bli litt brysk i svarene. Dette kom gjerne hvis vi berørte temaet mobbing. Jeg tok ikke dette som avvisning, men heller som forsøk på å holde de vanskelige temaene på avstand, samt et høyt forsvar mot å gråte eller vise seg berørt. Han kom imidlertid alltid fem minutter for tidlig til timene, og satte seg gjerne ned i stolen på kontoret mitt og ville sitte der mens jeg forberedte meg til timen eller avsluttet annet arbeid. Og selv om han startet hver time med å si: *Jeg gidder ikke å sitte så lenge i dag altså, jeg har viktigere avtaler*, ble han til timen var slutt hver gang.

Det første vi gjorde, var å etablere «Trygt sted», en vanlig prosedyre i EMDR. Vi avtalte videre et eget stoppsignal (løfte hånden) hvis han underveis hadde behov for pauser.

Gunnar klarte fremdeles ikke å fortelle så mye om de ulike mobbeepisodene. Dette skyldtes både at det var vanskelig for ham å snakke om hendelsene, og at han hadde problemer med å huske hendelsesforløp og detaljer. Vi gjorde det derfor slik at jeg stilte enkle spørsmål og han svarte hvis han husket. Etterpå oppsummerte jeg historien slik jeg hadde oppfattet den, og han fikk mulighet til å eventuelt korrigere. Etter dette begynte vi med bilateral stimulering i form av øyebevegelser. Vanligvis gjennomførte vi tre til fire perioder med stimulering per historie. De fleste historiene handlet om fysisk mobbing og/eller situasjoner der han opplevde at de voksne ikke hadde grepet inn for å hjelpe ham.

Etter første time med EMDR ga Gunnar uttrykk for at det følte veldig rart, men han følte seg rolig og glad. Vi hadde da jobbet med en konkret episode der han var blitt sparket og slått av tre klassekamerater. Underveis i stimuleringen hadde han plutselig husket hvordan læreren hans hadde grepet inn, og hvordan disse tre guttene var blitt stilt til ansvar for det de gjorde. Han husket også at de hadde kommet og bedt ham om unnskyldning. Mot slutten av denne første timen sa han at han måtte tvinge seg selv til å hente opp det vonde bildet, det kom ikke lenger automatisk.

De to neste timene gjentok det samme seg. Vi hadde fokus på tre ulike vonde episoder, og hver gang ga Gunnar uttrykk for å huske flere detaljer og hendelser som var knyttet til voksne som grep inn, eller til egen mestring av situasjonen.

Vi gjennomførte til sammen fem timer med EMDR, og fikk da bearbeidet seks mobbeepisoder.

Foreldrene rapporterte både underveis og etter avsluttet EMDR-behandling at Gunnar sov bedre, han virket gladere, han var oftere ute sammen med andre gutter, og han var lettere å kommunisere med. De syntes også at han virket mindre irritabel og sint. Gunnar selv ga uttrykk for at han ikke lenger tenkte så mye på mobbingen. Han kunne ikke lenger komme på noen spesielle episoder som var vanskelige for ham, og som han hadde behov for å bearbeide, men han ønsket likevel å fortsette å komme til samtaler en stund. Og det var i en av disse timene Gunnar selv introduserte temaet autisme og Aspergers syndrom. Han fortalte at han hadde en god venn med *veldig sterk autisme*, og sa at *jeg tror kanskje jeg òg har noe sånn autisme*. Han fremsto ikke trist da han sa det, og

jeg opplevde det mer som en konstatering han søkte bekreftelse på. Han sa han hadde tenkt på det en stund, og syntes ikke lenger det gjorde noe å få den diagnosen. Han sa at han visste at mange vitenskapsmenn hadde hatt denne diagnosen, og at han nå kanskje hadde noe til felles med veldig smarte folk.

Da vi avsluttet og hadde hatt vår siste time, løp han ut døren og bortover gangen uten å si noe. Men helt plutselig var han tilbake i døra og sa: *Du vet at psykologene under krigen ble brukt til å hjernevaske folk? På en sånn dårlig måte? Det er det du har gjort med meg. Hjernevasket meg. Men på en god måte altså.* Og så løp han igjen.

En fast ramme

EMDR viste seg å kunne imøtekomme mange av utfordringene og begrensningene knyttet til Gunnars vansker. Metoden ga raskt resultat, og både Gunnar og foreldrene rapporterte om betydelig symptomlette. Ved å bruke EMDR ble det ikke stilt noen krav til Gunnar om å huske alle detaljer ved episoden eller at han måtte fortelle meg alt som hadde skjedd; begge deler vanskelig for ham. Jeg oppdaget også at jeg ikke trengte mye informasjon om hver enkelt episode for å kunne jobbe terapeutisk med den. Metoden ga også tiltrengt struktur og forutsigbarhet.

Noen utfordringer oppsto imidlertid underveis i behandlingsforløpet: Det var vanskelig for Gunnar å identifisere emosjonene som var knyttet til de traumatiske minnene. Vi løste til slutt dette ved å se på tegninger av ansikter som viste ulike enkle emosjonelle uttrykk, og ved hjelp av disse tegningene fant Gunnar ut hvilke ansikter som kunne beskrive hans emosjoner. Det var også vanskelig for ham å lokalisere hvor i kroppen ubehaget satt, men vi falt til slutt ned på at han hadde en generell uro i kroppen. Dette først etter at vi hadde definert uro og beskrevet hvordan det kan kjennes. Valideringen med tall av de enkelte komponentene i metoden var også noe vanskelig, her konkretiserte vi hva hvert enkelt tall betydde i ord.

Selve den bilaterale stimuleringen ble utfordrende å finne en løsning på. Gunnar syntes det var ubehagelig å sitte tett inntil meg, ansikt til ansikt. Han ville heller ikke at jeg skulle stå bak ham og vekselvis berøre skuldrene hans. Vi løste det ved at vi satt på skrå vendt bort fra hverandre, med et bord i midten. Jeg så ikke direkte på ham, men gjorde den bilaterale stimuleringen fra siden, slik at jeg beveget hånden foran ansiktet hans mens jeg selv satt med overkroppen vendt bort fra ham. Slik unngikk han å måtte se direkte på meg også. I begynnelsen var dette litt uvant for meg, jeg var vant til å ha mer kontroll og lese ansiktsuttrykk mens jeg gjorde de bilaterale stimuleringene. Men etter hvert som jeg ble bedre kjent med Gunnar, lærte jeg meg å tolke hans signaler, og vi fant et fint samspill i disse situasjonene.

Underveis funderte jeg på et etisk dilemma: Skulle jeg informere Gunnar om han hadde fått diagnosen Aspergers syndrom eller ikke? Jeg syntes det var vanskelig å sitte med informasjon og vurderinger om ham som han ikke visste om, og som var avgjørende for ham og vår forståelse av hans vansker. I etterkant er det lett å se at vurderingen om å ikke informere ham var riktig. Han opplevde meg sannsynligvis som en åpen og ikke-

dømmende samtalepartner, noe som sannsynligvis gjorde det enklere for ham å etablere et tillitsforhold til meg.

«Han sa at han visste at mange vitenskapsmenn hadde hatt denne diagnosen, og at han nå kanskje hadde noe til felles med veldig smarte folk»

For meg som terapeut ble dette behandlingsforløpet en god erfaring. Jeg opplevde EMDR som en ikke-invaderende metode. Gunnar var tidvis ganske avvisende både til meg som terapeut og til behandling, men jeg opplevde at denne metoden ga ham mulighet til selv å kontrollere hvor mye og hva han ville si. Samtidig opplevde han at behandlingen hadde hurtig effekt. Jeg erfarte at metoden var lett å tilpasse til hans vansker knyttet til aspergerdiagnosen, men også til hans personlige stil. Med små justeringer ga den en fast, ytre ramme for behandling. Jeg opplevde også at metoden krevde lite verbalisering og lite mental fleksibilitet hos pasienten. For meg som terapeut var det godt å slippe å bruke mye tid på å få tak i pasientens historie, samt slippe å oppleve å være invaderende overfor Gunnar.

Jeg tror endringene hos Gunnar skyldtes flere faktorer. Foreldrene hans fikk mye informasjon om Aspergers syndrom, og møtte sannsynligvis Gunnar på en annen måte enn tidligere. Gunnar fikk også ny lærer, som tok ham på alvor og fikk slutt på mobbingen, og med dette bidro han sterkt til at Gunnar på ny fikk tillit til voksne. Tillit til voksne er svært avgjørende for å begrense symptomutviklingen hos traumatiserte barn (Dyregrov & Yule, 2006). Jeg antar at det var disse forholdene som sammen med EMDR-metoden bidro til endringene hos Gunnar.

Mer kunnskap

Som terapeut vil jeg gjerne vite så mye som mulig om pasientens tanker og følelser, for å kunne gi god behandling. Uten den innsikten føles det ofte vanskelig å hjelpe. EMDR ga meg erfaring med hvordan terapi ikke alltid må innebære inngående verbalisering av hendelser og følelser. Metoden ga meg muligheten til å møte Gunnar på en ikke-invaderende måte, der jeg fikk ivaretatt både hans egne grenser og hans vansker med å uttrykke seg verbalt. Samtidig fikk vi bearbeidet hans vonde opplevelser og gitt ham en ny forståelse både av minnene og av seg selv.

Behandlingsforløpet med Gunnar viser at EMDR kan være effektiv i behandling av traumer hos ungdom med Aspergers syndrom. Det er lite kunnskap om hvordan denne metoden kan anvendes og tilpasses denne gruppen. Pasientgruppen er sårbar, og det er viktig med mer forskning for å øke kunnskapen om behandling og tilnærming for å kunne tilby behandling som er tilpasset både deres syndrom og psykiske lidelse.

EMDR

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er en psykoterapeutisk tilnærming som kombinerer teknikker fra ulike terapeutiske retninger, blant annet kognitiv terapi. Ulike former for bilateral/tosidig stimulering er en sentral teknikk innen EMDR.
- Virkningsmekanismene ved EMDR er antatt å være at den tosidige stimuleringen, som øyebevegelser, auditiv eller taktil stimulering, aktiverer begge hjernehalvdelen. Gjennom oppmerksomhetsfokus på både traumet og stimuleringen øker tempoet i informasjonsbehandlingen.
- Metoden er anerkjent som en effektiv behandlingsmetode for bearbeiding av traumer, men brukes også i behandling av andre psykiske lidelser forbundet med sterke følelser.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 8, 2016, side 618-623

TEKST

Kjersti Berge Evensen, psykologspesialist og stipendiat ved Universitetet i Stavanger

KONTAKT: kjersti.b.evensen@uis.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.

Jensen, T. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge - forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 57-63.

Kaland, N. (2009). Angst og affektive lidelser ved autismespektertilstander. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(3), 252-259.

Karlsen, K. (2000). Barn med Asperger syndrom. Terapeutiske begrensninger og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(10), 908-914.

Kosatka, D. & Ona, C. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Patient With Asperger's Disorder: Case Report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 13-18.

Shapiro, F. (2005). *EMDR solutions, Pathways to Healing*. New York: Norton.

Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. New York: Norton.