

EMDR PSYKKISTEN TRAUMOJEN HOIDOSSA

Päivi Saarinen

traumapsykoterapeutti



EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) on integroiva, monivaiheinen ja erittäin asiakaskeskeinen hoitotapa, jota käytetään yhä laajemmin myös Suomessa psyykkisten traumojen hoitamisessa. Menetelmässä yhdistyy useiden erilaisten terapiasuuntausten puolia. EMDR -menetelmän peruseriaatteita selventää nopeutetun informaation prosessointimalli, jossa lähtökohtana on traumatapahtuman aikana lukkiutuneiden ja prosessoitumattomien, dysfunktionaalisten havaintojen prosessoiminen ja yhteen liittäminen. Näitä tilariippuvaisia, lukkiutuneita havaintoja pidetään traumaperäisten stressioireiden ensisijaisina syinä. (Shapiro, 1995, 1998)

Menetelmän käyttö liittyneenä asianmukaiseen hoitosuunnitelmaan voi merkittävästi nopeuttaa toipumista tuoreesta yksittäisestä traumaattisesta tapahtumasta, nopeuttaa myös ratkaisemattomien menneiden tapahtumien läpityöskentelyä sekä helpottaa asiakkaan uskomusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhdistymistä kokonaisuudeksi.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, silmänliikkeisiin perustuva poisherkestäminen ja uudelleen prosessointi) -menetelmän on kehittänyt psykologi, fil.tri Francine Shapiro. (Shapiro, 1995) Alkujaan hän suunnitteli mallin traumaattisten tai dysfunktionaalisten muistojen sekä niistä johtuvien psykologisten seurausten hoitoon ja sen vuoksi menetelmää on pääasiallisesti käytetty traumaperäisen stressihäiriön (PTSD:n) hoidossa. (APA, 1994) Tärkeimpänä päämääränä on vapauttaa asiakas menneisyyden ei-adaptiivisista siteistä siten, että hän saa takaisin kyvyn tehdä positiivisia ja joustavia valintoja nykyisyydessä.

Kuitenkin viime vuosina on yhä enemmän raportoitu EMDR:-menetelmän käytöstä myös kokeisiin liittyvän ahdistuksen, persoonallisuushäiriöiden, uhkapelin, työsuorituspainneiden, fobioiden ja paniikkihäiriöiden hoidossa. (Spector & Read, 1999)

EMDR menetelmä on tullut Suomeen vuonna 1994, jolloin ensimmäiset suomalaiset kliinikot opiskelivat menetelmää ulkomailla. Kriisikonsultointi- ja koulutuskeskus järjesti ensimmäisen EMDR I-tason seminaarin Suomessa vuonna 1995 Oulussa. Siitä alkaen koulutuksia on ollut vuosittain. Tällä hetkellä seminaarit järjestää Traumaterapiakeskus yhteistyössä EMDR -instituutin kanssa. Nykyisin Suomessa on n. 340 EMDR terapeuttia.

EMDR menetelmän tausta

EMDR menetelmän synty

EMDR -menetelmän kehittäjä psykologi, fil.tri Francine Shapiro kuvaa menetelmän syntyä sattumanvaraisena havaintona, jonka hän teki toukokuussa 1987. Hän käveli puistossa ja huomasi, että jotkut häiritsevät ajatukset olivat yhtäkkiä hävinneet hänen mielestään. Hän myös havaitsi, että kun hän ajatteli uudelleen aiemmin häirinneitä asioita, ne eivät enää tuntuneet niin merkityksellisiltä ja häiritseviltä. Se mikä sai hänen huomionsa kiinnittymään ko. asiaan oli, että häiritsevät ajatukset olivat kadonneet ja muuttuneet ilman tietoista pyrkimystä. Hän alkoi erityisen tarkkaan havainnoida, mikä oli mahdollisesti saanut muutoksen aikaan. Hän huomasi, että kun häiritsevät ajatukset tulivat hänen mieleensä, hänen silmänsä alkoivat spontaanisti liikkua vinosti ylös - alas suunnassa. (Shapiro, 1995).

Tästä eteenpäin tri Shapiro alkoi järjestelmällisesti tutkia nopeiden silmänliikkeiden vaikutuksia muilla ihmisillä. Seuraavan puolen vuoden aikana hän kokeili menetelmän eri variaatioita noin 70 ihmisen kanssa, jonka jälkeen hän kehitti standardoidun menettelytavan.

EMDR menetelmän synnyllä ei siis ollut teoreettisia perusteita, vaan Shapiro huomasi sattumalta, että nopea, toistuva silmänliike vähentää voimakkaasti ahdistusta ja sen jälkeen, pohjautuen tähän kokemukseen, hän kehitti terapeuttisen lähestymistavan täydentämään tätä löytöä.

Nopeutettu informaation prosessointi -malli (Accelerated Information Processing)

EMDR - protokolla ja menettelytapa ovat syntyneet käytännön kokemuksen myötä, mutta hoidon vaikutuksia voidaan teoreettisesti selittää nopeutetun informaation prosessointimallilla, jonka Francine Shapiro on muotoillut. Malli on sopusoinnussa useiden muiden informaatioteorioiden kanssa.

Nopeutetun informaation prosessointimallissa lähtökohtana on, että sisäinen informaation prosessointisysteemi on muotoutunut fysiologisesti helpottamaan mielenterveyttä paljolti samalla tavalla kuin mitä ruumis tekee parantaakseen itsensä, kun se on haavoittunut. Eli normaaleissa olosuhteissa (kun kyseessä ovat ns. tavalliset arkipäivän asiat) informaatio prosessoituu aivoissa adaptiiviseksi ratkaisuksi, joka johtuu siitä, että fysiologinen systeemi pyrkii neurologiseen tasapainoon. Adaptiivisella ratkaisulla tarkoitetaan sitä, että ihminen koko ajan liittyy tapahtumien ja kokemusten eri puolia yhteen ja siten kokemus integroidaan positiiviseen, emotionaaliseen ja kognitiiviseen toimintatapaan. Olennaista on, että se mikä on hyödyllistä, opitaan ja varastoidaan sopivan affektin kanssa myöhempää tulevaisuudessa tapahtuvaa käyttöä varten. Esimerkiksi jos arkielämässä tapahtuu jotain ikävää, joka vaivaa mieltä, informaatio prosessoituu siten, että asiaa ajatellaan, siitä puhutaan ja siitä nähdään unia. Jonkin ajan kuluttua asia ei enää vaivaa mieltä ja kokemus on muuttunut positiiviseksi voimavaraksi seuraavia tilanteita varten. (Shapiro, 1995, 1998)

Kun taas ihminen kokee vakavan psyykkisen trauman, näyttää siltä, että hermoston tasapaino muuttuu, mikä johtuu ehkä kemiallisista muutoksista aivoissa. Tästä epätasapainosta johtuen systeemi ei pystykään toimimaan ja prosessoimaan informaatiota kuten ns. arkipäivän tilanteissa ja se jää häiritsevään, prosessoimattomaan muotoon tavallisimmin alkuperäisinä kuvina, ääninä, affekteina ja fyysisinä tuntemuksina. Informaatiota pidetään dysfunktionaalisesti varastoituneena, koska se ei liity adaptiivisempaan muotoon. Niinpä traumatisoituneella traumamuistot saattavat pysyä useita vuosia täysin muuttumattomina eikä uutta oppimista tai oireiden lievenemistä ole havaittavissa.

Myöhemmin joko sisäiset tai ulkoiset ärsykkeet aktivoivat alkuperäisen materiaalin, joka on varastoituneena alkuperäisessä tilariippuvaisessa muodossa. Tämä prosessoimaton materiaali ja muistot tulevat esille painajaisunina, takaumina ja väkisin mieleen tunkeutuvina oireina, jotka kaikki ovat osa traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD). (van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996)

Oletuksena on, että EMDR -hoidossa silmänliikkeet tai vaihtoehtoiset ärsykkeet, kuten auditiivinen tai kinesteettinen ärsyke, laukaisevat fysiologisen mekanismin, joka aktivoi informaation prosessointi -systeemin. Kun EMDR -hoidossa asiakasta pyydetään palauttamaan mieleen muisto traumasta, samalla mahdollisesti luodaan yhteys tietoisuuden ja sen paikan välille, jossa trauma on varastoituneena. Jokaisella silmänliikesarjalla liikutetaan häiriintynyttä informaatiota kohti sopivia neurofysiologisia reittejä kunnes materiaali on adaptiivisesti ratkaistu. EMDR - menetelmä organisoii hoidon kohteena olevaa materiaalia, katalysoi informaation prosessointi -systeemiä, pitää sen dynaamisessa tilassa ja auttaa informaation ratkaisuun. Yksi EMDR:n perusoletuksia on, että aktivoimalla trauman prosessointia muisto siirtyy luonnollisesti kohti adaptiivista informaatiota, jota tarvitaan, jotta ratkaisu tapahtuu. Sivutuotteena adaptiivisesta uudelleen prosessoinnista on poisherjistäminen ja traumaattisen tapahtuman kognitiivinen uudelleen strukturointi sekä myös tietoisuus asioista ja oivalluksista, jotka ohjaavat asiakasta tulevaisuudessa. Onnistunut uudelleen prosessointi muuttaa häiritsevää muistoa sellaiseksi, joka ei ole enää emotionaalisesti häiritsevää ja sen lisäksi asiakas voi liittää sen osaksi elämänsä historiaansa. (Shapiro, 1998)

Bessel van der Kolk (1997) neuropsykologisissa tutkimuksissa on saatu tukea näkemykselle, että EMDR vaikuttaa sekä neurobiologisesti että psykologisesti. Kun on käytetty traumatisoituneiden ihmisten aivojen PET-kuvausta (positroni emissio tomografia), van der Kolk on havainnut, että kolmen EMDR -istunnon jälkeen merkittävä asymmetria traumatisoituneen aivojen reunalla on korjaantunut. Tämä oli todennettavissa puhealueen lisääntyneenä aktivaationa sekä myös lisääntyneenä bilateraalisen aktivaationa molemmissa aivopuoliskoissa tietyllä aivokuorikerroksen alueella. Em. saa aikaan sen, että traumatisoituneelle tulee realistisempi näkemys siitä, mikä on oikea, todellinen uhkatilanne ja mikä taas on havaittu, tulkittu uhkatilanne sekä myös sen, että henkilön ylivireystila laskee.

EMDR -hoidon kahdeksan vaihetta

EMDR hoito koostuu kahdeksasta vaiheesta. EMDR hoitoon tulee aina sisältyä hoitosuunnitelma eikä menetelmää pidä koskaan käyttää ilman terapeutin asianmukaista koulutusta, asiakkaan valmistelusta EMDR- hoitoon ja mahdollisuutta arvioida jälkeen päin hoitoa.

EMDR -menetelmän käytön koulutus koostuu kahdesta seminaarista, joista molemmat ovat kestoltaan 2.5 päivää. Koulutukseen otetaan ainoastaan mielenterveystyöntekijöitä/psykoterapeutteja. Seminaarit koostuvat luennoista, demonstraatioista, videodemonstraatioista sekä harjoittelusta. Ensimmäisen vaiheen jälkeen terapeutilla tulisi olla n. 20 EMDR -istuntoa, ennen kuin hän voi osallistua koulutuksen toiseen vaiheeseen.

Asiakkaan historia ja hoidon suunnitteleminen

Tehokas EMDR hoito ei pidä sisällään ainoastaan sitä, kuinka menetelmää käytetään, vaan myös milloin menetelmää voi ja on hyödyllistä käyttää. Siksi hoidon ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan asiakkaan turvallisuustekijät, koska traumaattisen materiaalin uudelleen prosessointi voi saada aikaan voimakkaita, intensiivisiä tunteita. Turvallisuustekijöihin kuuluu sen arvioiminen, onko asiakas ulkoisesti turvassa ja kokeeko hän olevansa sisäisesti turvassa. Kun asiakas on valittu EMDR -hoitoon, terapeutti kerää sen informaation, joka tarvitaan, jotta hoitosuunnitelma voidaan tehdä. Tässä vaiheessa arvioidaan asiakkaan koko kliininen kuva, johon kuuluvat myös dysfunktionaalinen käyttäytyminen, oireet ja piirteet, joihin EMDR -hoidossa täytyy keskittyä.

Terapeutti päättää erityiset kohteet, jotka täytyy uudelleen prosessoida ja myös järjestyksen, missä se tapahtuu. (Shapiro, 1995, 1998)

Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa luodaan terapeutin suhde, kerrotaan EMDR :n teoriasta ja prosessista, valitaan joitakin sopivia vertauskuvia onnistuneen prosessin aikaansaamiseksi ja opetetaan asiakkaalle kontrollitekniikoita, jotta hän pystyisi käsittelemään häiritsevää materiaalia, jota nousee esiin istunnon kuluessa ja istuntojen välillä. (Shapiro, 1995,1998) Vertauskuvana voi olla esimerkiksi juna, jossa asiakas kuvittelee istuvansa ja häiritsevät muistot ovat maisemia, jotka jäävät taakse. Kontrollitekniikoista useimmin käytetty on turvapaikka, jonka löytämiseen ja vahvistamiseen käytetään paljon aikaa ja sitä voidaan harjoitella useilla terapiaistunnoilla.

Traumatapahtuman subjektiivinen arviointi (Assessment)

Arviointivaiheessa terapeutti etsii asiakkaan kanssa kohteen/tapahtuman/asian, jota hoidetaan. Kun tietty traumaattinen tapahtuma on valittu, asiakas valitsee mielikuvan, joka parhaiten edustaa em. tapahtumaa. Sen jälkeen terapeutti auttaa asiakasta löytämään negatiivinen kognitio, joka ilmaisee dysfunktionaalista, negatiivista käsitystä itsestä traumaattisessa tapahtumassa. Negatiivisena kognitiona pidetään lausetta, johon liittyy yleensä lisäksi häiritsevä affekti. Tavallisia negatiivisia kognitioita ovat esim. "olen arvoton", "olen avuton", "olen paha". Sen jälkeen valitaan positiivinen kognitio tai rationaalisempi, realistisempi ja rakentavampi arvio itsestä. Positiivisen kognition alkuperäinen tarkoitus on tarjota suunta, johon prosessissa edetään. Positiivinen kognitio juurrutetaan vaiheessa viisi. Positiivinen kognitio tulisi olla samalla akselilla negatiivisen kognition kanssa kuten "olen arvokas", "kykenen toimimaan" ja "olen ihan hyvä ihminen". Seuraavaksi asiakas arvioi positiivisen kognition validiteetin (Validity of Cognition Scale, VOC) (Shapiro, 1989 a) käyttämällä asteikkoa 1-7, jossa 1 tarkoittaa ei lainkaan totta ja 7 tarkoittaa täysin totta. Usein asiakas rationaalisesti ymmärtää, että positiivinen kognitio on totta, mutta negatiivinen affekti, joka hallitsee varastoitunutta informaatiota, luokittelee ilmaisun voimassa olevaksi uskomukseksi. EMDR -hoidon päämääränä on saada ilmaisu myös affektiivisesti sopivaksi. Alkuperäiseen tapahtumaan liittyvän negatiivisen tunteen voimakkuutta arvioidaan nolasta kymmeneen subjektiivisen häiriöyksikön skaalalla (Subjective Units of Disturbance Scale, SUDs) (Wolpe, 1990), jossa kymmenen tarkoittaa suurinta mahdollista häiritsevyyttä, jota asiakas voi kuvitella, ja nolla tarkoittaa emotionaalisesti neutraalia oloa. Tämä mittaus toimii pohjana muutoksen arvioimiselle prosessin aikana. Seuraavaksi asiakasta pyydetään tunnistamaan fyysisten tunteiden paikan kehossaan, kun hän keskittyy traumaattiseen /alkuperäiseen tapahtumaan. (Shapiro, 1995, 1998, Solomon ja Shapiro, 1997)

Seuraavissa vaiheissa on kysymys nopeutetusta informaation prosessoinnista. Näiden vaiheiden aikana tapahtuu yhtäaikaan negatiivisen affektin korjaantuminen, kognitiivinen uudelleen strukturointi ja oivallusten yleistyminen, jotka ohjaavat asiakasta tulevaisuudessa.

Poisherkitäminen

Vaihetta kutsutaan poisherkitämiseksi, koska siinä fokusoidaan asiakkaan negatiivisiin affekteihin, joita mitataan SUD -skaalalla. Tämä vaihe sisältää kaikki asiakkaan reaktiot mukaan lukien oivallukset, muutokset affekteissa ja kognitiivisissa rakenteissa riippumatta siitä, lisääntyykö vai väheneekö asiakkaan kokemus stressiä tai jumittuuko hän johonkin pisteeseen. (Shapiro, 1998). Kun asiakas pitää mielessään visuaalisen mielikuvan traumaattisesta tapahtumasta, negatiivisen kognition (minä muotoisen lauseen) ja tunteet, jotka liittyvät traumaattiseen tapahtumaan, prosessia aktivoidaan asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksella, johon liittyy terapeutin toistamat silmänliikesarjat (tai muut ärsykkeet) kunnes SUD on laskenut noltaan tai yhteen (olettaen että niin matala arvio on validi asiakkaalle). Tämä tarkoittaa, että alkuperäinen häiriö, joka liittyy

traumaattiseen tapahtumaan, on hävinnyt. Koska poishermostamisvaiheessa voi ilmetä mm. voimakkaita abreaktioita tunteisiin tai kehoon liittyen, terapeutilta vaaditaan huomattavia kliinisiä taitoja, jotta terapeutti pystyisi käsittelemään ja sietämään esiin tulevaa materiaalia niin, että negatiivinen materiaali prosessoituu eikä jumitu. (Shapiro, 1995, 1998, Solomon ja Shapiro, 1997)

Juurruttaminen (Installation)

Vaihetta kutsutaan juurruttamiseksi, koska huomion kohteeksi tulee nyt aiemmin valitun positiivisen kognition vahvistaminen negatiivisen kognition sijaan. Positiivista kognitiota arvioidaan VOC-skaalalla. Vaihe on loppuunsaattettu, jos VOC on kuusi tai seitsemän. Positiivisen kognition juurruttaminen on mahdollista vain, jos häiritsevyyssaste (SUD) on laskenut yhteen tai nolllaan. Kun häiritsevyyssaste laskee, samalla positiivisen kognition todentuntuisuus lisääntyy automaattisesti.

Kehon tarkistaminen

Asiakasta pyydetään pitämään mielessä alkuperäinen tapahtuma ja positiivinen kognitio yhtäaikaan sekä käymään mielessään läpi kehonsa tarkistaakseen, onko kehossa vielä jäljellä jännitystä ruumiin aistimusten muodossa. Mahdollisesti jäljellä olevia somaattisia tuntemuksia prosessoidaan vielä uudelleen silmänliikkeiden avulla. Kehon aistimukset voivat olla merkinä siitä, että vielä muutakin informaatiota voi olla varastoituneena dysfunktionaalisesti. Positiivisia hoidon vaikutuksia arvioidaan osaksi fyysisten reaktioiden perusteella, joka sopii yhteen van der Kolkin oletuksen kanssa, että funktionaalinen, toimiva muisti varastoituu deklaraatiiviseen, selittävään, kertovaan muistijärjestelmään, kun taas tilariippuvaiset fyysiset aistimukset ilmenevät ei-selittävässä, sanattomassa muistissa. (van der Kolk, 1994) Somaattisten reaktioiden olemassaoloa aikaisemmin dysfunktionaalisesti varastoituneessa traumassa pidetään ensisijaisena syynä siihen, että trauman kokenut reagoi ei-adaptiivisella kehäsystemillä, joka pitää uhria kiinni itseä rajoittavissa rakennelmissa ja kognitioissa. Erityisesti kun nykyinen, entistä traumatapahtumaa muistuttava tilanne stimuloi aiemmin varastoitunutta muistia, henkilö kokee somaattisia reaktioita, jotka ovat seurauksena aiemmin riittämättömästi prosessoidusta materiaalista. Siis kun affektiivinen tila, kuten esim. pelko laukeaa jonkin muistuttajan aikaansaamana, tarkoittaa se tässä sitä, että ihminen kokee vaaran riippumatta siitä, onko tilanne objektiivisesti vaarallinen vai ei. Sisäisen reaktion laukeaminen ei ainoastaan vaikuta nykyiseen tilanteeseen, vaan myös vahvistaa aikaisempaa reaktiota, ja kognitiivinen tila (esim. vaaran havaitseminen) taas vuorostaan saa aikaan autonomisen reaktion, joka liittyy nykyiseen ärsykkeeseen. Niin kauan kunnes varhaisemmat tapahtumat ovat riittävästi prosessoituneet eivätkä enää vahvista negatiivista affektia sensorisella tasolla, ne haittaavat nykyistä toimintaa kognitiivisella ja käyttäytymisen tasolla. (van der Kolk, 1994)

Lopettaminen

Jokaisen istunnon lopussa asiakas täytyy saada emotionaalisesti tasapainoiseen tilaan huolimatta siitä, onko prosessi ollut täydellinen vai ei. Tässä vaiheessa käytetään erilaisia itsehallintatekniikoita. Lisäksi asiakas valmistellaan siihen, mitä voi olla istuntojen välissä ja kehoitetaan tekemään muistiinpanoja/päiväkirjaa kokemuksistaan.

Uudelleenarviointi

Seuraavassa istunnossa on tärkeää arvioida hoidon tuloksia, ovatko ne pysyneet. Arvioinnissa käy ilmi, onko tullut ongelman muita puolia esille, joihin pitäisi jatkossa keskittyä. Samoin suunnitellaan hoitoa eteen päin.

Kuten edellä käy ilmi, EMDR ei ole yksittäinen "tempu", joka tehdään eikä myöskään pelkkä sarja silmänliikkeitä. EMDR ohjeisto ei myöskään ole jäykkä malli, joka tehdään aina samalla tavalla,

vaan EMDR istunto on yksilöllinen vuorovaikutustapahtuma. Terapeutilta vaaditaan klinisiä taitoja sekä myös EMDR -menetelmän hyvää tuntemusta, jotta hän voisi onnistuneesti hyödyntää menetelmää. Persoonallisuusdynamiikan ja psykopatologian tuntemus ovat välttämättömiä, jotta terapeutti pystyisi löytämään oireiden taustalla olevat uskomukset ja minä-käsitykset.

EMDR psyykkisten traumojen hoidossa

Kansainvälisiä tutkimuksia

Siitä kun Francine Shapiro teki ensimmäisen tutkimuksensa koskien EMDR -menetelmän tehokkuutta, menetelmää on kehitelty edelleen ja lisää tutkimuksia aiheesta julkaistaan jatkuvasti. Vaikka EMDR vieläkin on suhteellisen uusi ja kehittymässä oleva menetelmä, sen käytöstä PTSD :n hoidossa on tehty useita kontrolloituja tutkimuksia, itse asiassa enemmän kuin kaikista muista psykoterapiamenetelmien käytöstä PTSD :n hoidossa yhteensä. (Spector&Read, 1999).

Kontrolloiduissa tutkimuksissa on verrattu EMDR:n tehokkuutta PTSD :n hoidossa muita hoitoa saaneisiin, odotuslistalla oleviin tai viivästynyttä EMDR -hoitoa saaneisiin sekä kolmantena EMDR :n eri komponentteja toisiinsa (esim. silmänliikkeitä taputuksiin). Johtopäätöksenä voi todeta, että tutkimuksissa on saatu runsaasti näyttöä siitä, että kontrolloiduissa tutkimuksissa on todettu EMDR:n olevan tehokas PTSD:n hoitomuoto mitattuna erilaisilla mittareilla (SUD -asteikko, PTSD :n standardoidut mittarit mm.). Lisäksi on todettu, että niissä tutkimuksissa, joissa EMDR ei osoittautunut merkittävästi paremmaksi kuin muutkaan hoitomuodot, negatiivisia vaikutuksia ei EMDR -menetelmällä ollut. On myös havaittu, että tutkimuksissa, joissa EMDR -hoito oli yhtä tehokasta kuin muut traditionaaliset altistusterapiat, EMDR -hoito oli nopeampaa ja vaati vähemmän terapiaistuntoja saavuttaakseen samat tulokset muiden hoitomuotojen kanssa. (Wilson, Becker & Tinker, 1995, 1997, Marcus, Marquis & Sakai, 1997, Rothbaum, 1997, Feske, 1998, Spector & Read, 1999)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on lisäksi selvitelty silmänliikkeiden osuutta paranemiseen. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että EMDR pitää sisällään laajan kokoelman erilaisia terapeuttisia elementtejä, jotka on järjestelty ainutlaatuisella tavalla, mikä puolestaan selittää ilman silmänliikkeitä tapahtuvan hyödyn. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että muu lateraalinen stimulaatio vaikuttaa samalla tavalla kuin silmänliikkeet, kuten esim. taputukset. (Feske, 1998) EMDR -terapeutit käyttävät useimmiten silmänliikkeitä ja ovat sitä mieltä, että ne auttavat informaation prosessoinnissa. (Lipke, 1996) Joka tapauksessa on näytetty toteen, että kolmen EMDR -istunnon jälkeen traumatisoituneen aivoissa todella on normaalia aktiviteettia, mutta tarkka mekanismi, miten se tapahtuu ja kuinka tärkeä merkitys lateraalisella ärsykkeellä on näihin muutoksiin, on vielä selvittämättä. EMDR -menetelmän tutkimustulosten arvioinnissa on myös vastakkainasettelua, joka osittain johtuu siitä, että ei ole nähty eroa yksittäisen trauman (ns. tyyppi I) hoidossa ja II -tyypin (useita erillisiä traumoja tai toistuva, pitkään jatkuva traumatisoituminen) traumojen hoidossa. Yksimielisyys terapeuttien keskuudessa lienee kuitenkin siitä, että jos on kyseessä lapsuudenaikainen pitkään jatkuva traumojen sarja, ei mikään hoitomuoto yhdellä tai kahdella istunnolla tuota merkittäviä tuloksia.

Merkittävä kannanotto EMDR -menetelmän käytöstä traumojen hoidossa on International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) johtokunnan teettämät ohjenuorat PTSD :n hoidosta. Ohjeiden tarkoitus on jakaa tietoa klinikoille siitä, millä hoitomenetelmillä on tutkimusten mukaan saatu parhaita hoitotuloksia PTSD:n hoidossa. Tällöin PTSD on määritelty DSM IV mukaan. (APA 1994) On huomattu, että PTSD diagnoosilla on rajoituksensa ja erityisen huomattavat ne ovat, kun on kyseessä varhaislapsuuden seksuaalinen ja fyysinen hyväksikäyttö. Toistaiseksi tiedetään vasta vähän siitä, mikä olisi tehokasta hoitoa tällaisen historian omaavien potilaiden kohdalla. Melko laaja yksimielisyys vallitsee siitä, että em. potilaiden hoito vaatii monenlaisten interventioiden soveltamista pitkän hoitajakson ajan. (Foa, E.B, Keane, T.M., Friedman, M.J., 2000). ISTSS:n suuntaviivojen mukaisesti EMDR näyttää olevan tehokas PTSD :n hoitomenetelmä. ISTSS luokitteli EMDR -menetelmän A/B tasolle (asteikolla A-E). EMDR menetelmän saama arvio A

perustuu katsaukseen seitsemästä julkaistusta, satunnaistetusta, kontrolloidusta tutkimuksesta, (yksi koski lapsia), joissa havaittiin kaiken kaikkiaan laajoja vaikutuksia. Tutkimusten mukaan EMDR -menetelmä osoittautui tehokkaammaksi hoitomuodoksi kuin kontrolliryhmien saamat hoitomuodot. Kontrolliryhmät oli jaoteltu hoitoa odottaviin, rutiininomaista huolenpitoa saaneisiin ja aktiivista hoitoa saaneisiin. B tarkoittaa, että jotta saataisiin korkein mahdollinen luottamus EMDR:n tehokkuuteen (A- taso), tarvitaan sellaisia lisätutkimuksia, jotka käyttävät laaja-alaisempia kontrolliryhmiä, ja joissa verrataan EMDR menetelmää muihin fokuoituihin PTSD :n hoitomuotoihin. Kuten kaikissa muissakin hoitomuodoissa voidaan olettaa, niin myös EMDR -menetelmässä, todisteet menetelmän tehokkuudesta ovat selvempiä, kun on kyseessä yksittäinen siviilielämän trauma kuin esim. kroonisesta PTSD :stä kärsivät sodan veteraanit. (Chemtob,C.M., Tolin,D.F., van der Kolk,B.A., Pitman,R.K. 2000)

Käytännön kokemuksia

Vaikka Suomessa ei ole vielä toistaiseksi julkaistu yhtään tutkimusta EMDR -hoidosta, käytännön kokemukset tukevat kansainvälisiä tutkimuksia. EMDR menetelmän tehokkuus ja nopeus on silminnähtävä I-tyypin traumojen hoidossa. Kun kyseessä on II-tyypin traumat, EMDR -menetelmä on osa kokonaishoitoprosessia, jolloin EMDR menetelmää voidaan käyttää mm. resurssien juurruttamiseen, turvapaikan vahvistamiseen, liikauttamaan juuttunutta terapiaprosessia sekä muistissa olevien traumatapahtumien prosessoimiseen.

I-tyypin traumat voivat olla ns. tuoreita, äsken sattuneita traumoja tai aiemmin ihmisen elämänselämissä sattuneita yksittäisiä traumoja. Äskettäin sattuneen traumatapahtuman käsittelyssä EMDR- menetelmä voi olla erinomainen apu psykologisen debriefing-istunnon jälkeen. Kuitenkin on tärkeää, että terapeutti arvioi etukäteen menetelmän käyttömahdollisuuden, koska jos on kyseessä henkilö, jolla on monenlaista psyykkistä haavoittuvuutta (esim. rajatilapersoonallisuus tai dissosiaatiohäiriö), akuutissa kriisitilanteessa saattaa nousta esiin useita vanhoja käsittelemättömiä asioita. (Solomon, 1998)

Yksi käyttökelpoisimmista tavoista käyttää EMDR -menetelmää akuutin traumatilanteen jälkeen on fokuointi mieleentunkeutuviin aistimuksiin. Tavallista on, että traumatapahtumaan liittyvät väkisin mieleen tunkeutuvat aistimukset häiritsevät muuta prosessointia ja estävät usein traumatilanteen työstämisen ja surun käynnistymisen.

Esimerkki 1

Nuori nainen hakeutui vastaanotolle, koska hän oli kolme viikkoa aiemmin joutunut poikaystävänsä väkivaltaisen kuoleman silminnäkijäksi. Poikaystävänsä ruhjoutuneet kasvot tunkeutuivat naisen mieleen jatkuvasti ja tulossa oleviin pääsykokeisiin lukeminen kävi hankalaksi. Ensimmäisellä tapaamisella kartoitettiin asiakkaan elämäntilanne: verkosto (perhe, ystävät), työkyky, lyhyesti aiempi elämänselämissä (onko muita merkittäviä traumatapahtumia, perheväkivaltaa jne). Lisäksi käytiin poikaystävänsä kuolema ja siihen liittyvät tilanteet kursorisesti läpi. Lopuksi tehtiin turvapaikkaharjoitus, joka vahvistettiin silmänliikkeillä. Koska asiakkaan perhe tuki häntä ja ystävyysuhteet olivat hyvät sekä aiemmassa elämänselämissä ei ollut erityisiä traumatapahtumia, päätin jo toisella käynnillä käyttää EMDR -menetelmää väkisin mieleen tulevien aistimusten helpottamiseksi.

Istunto aloitettiin turvapaikkaharjoituksella. Asiakkaan kotona oleva sohvanurkka on turvapaikka, kuten usealla muullakin ihmisellä. Turvapaikkaharjoituksen jälkeen pyysin asiakasta ottamaan mieleensä poikaystävänsä ruhjoutuneet kasvot ja tehtiin silmänliikkeet. Kahden silmänliikesarjan jälkeen asiakas kertoi ruhjoutuneiden kasvojen muuttuneen poikaystävänsä nukkuviksi kasvoiksi. Prosessointia jatkettiin vielä edelleen, mutta samanlaisina ruhjoutuneina kasvot eivät enää palautuneet mieleen. Samassa istunnossa käytiin vielä läpi muita seuraavaksi pahimpia aistimuksia, jotka hävisivät istunnon kuluessa. Asiakas pystyi lukemaan ja keskittymään pääsykokeisiin ja aiemmin väkisin mieleen tunkeutuneita kuvia ei tullut enää mieleen. Pääsykokeiden aikana

traumojen käsittelyä ei jatkettu, vaan niiden jälkeen on palattiin uudelleen käsittelemään asiakkaan kokemaa traumaa.

Kuten aiemmin olen todennut, varhaisemmat traumat voivat aktivoitua jonkin sisäisen tai ulkoisen ärsykkeen laukaisemina, kuten seuraava esimerkki osoittaa.

Esimerkki 2

Eräs keski-ikäinen asiakas valitti pääsiäisen tuloa, jo pelkkä keltainen väri sai hänen olonsa ahdistuneeksi ja hän toivoi voivansa hypätä pääsiäisen yli. Hänen miehensä oli kuollut äkilliseen sairaskohtaukseen muutamaa vuotta aiemmin pääsiäisen aikaan. Miehen kuoleman jälkeen asiakas ei ollut halunnut vastaanottaa apua, mutta kun perheen nuori aikuinen lapsi kuoli myös yllättäen vajaa kaksi vuotta isänsä kuoleman jälkeen, asiakas hakeutui hoitoon. Traumaterapiassa oli keskitytty enemmän pojan kuolemaan, joka oli asiakkaalle jos mahdollista vielä vaikeampi asia. EMDR istunnossa lähdettiin liikkeelle asiakkaan vihaamasta keltaisesta väristä. Sen ajattelemisen tuntui erittäin häiritsevältä (SUD=9) ja häiritsevyys tuntui somaattisesti kuristavana tunteena kurkussa. Istunnon kuluessa asiakas prosessoi miehensä kuolemaa silmänliikkeitten avulla ja istunnon lopulla keltaisen värin ja pääsiäisen ajattelemisen oli täysin neutraalia. Käytännön tasolla helpotus näkyi siinä, että asiakas koristeli kotinsa keltaisilla pääsiäiskukilla ja hän pystyi nauttimaan lomapäivistä ja juhlapyhistä.

EMDR- ohjeisto ei ole jokaisessa hoitotilanteessa samanlainen ja sovelluksia erilaisia tilanteita varten on maailmalla syntynyt useita. Seuraavassa esimerkki EMDR -istunnosta, joka sujui perusohjeiston mukaan eikä jäänyt kesken, vaikkakin samaa tapahtumaa työstiin seuraavallakin kerralla, mutta eri lähtökohdasta käsin

Esimerkki 3

1. Asiakkaan historia ja hoidon suunnitteleminen

Nuori nainen on vuosia aiemmin juuri ajokortin saatuaan joutunut liikenneonnettomuuteen, jossa hän pimeällä, jäisellä tiellä ajoi tiellä humalassa maanneen miehen päälle ja mies kuoli. Autossa mukana olivat asiakkaan ystävä ja sisko. Asiakas ei ole koskaan puhunut onnettomuudesta muiden onnettomuusautossa olleiden kanssa, ei myöskään muiden perheenjäsentensä kanssa.

Onnettomuuden jälkeen asiakas on kärsinyt paniikkikohtauksista ja sisaren kanssa on ollut etäiset välit.

2. Valmisteluvaihe

Asiakkaan kanssa sovittiin EMDR -istunnosta. Kerroin hänelle etukäteen menetelmästä ja asiasta keskusteltiin. Turvapaikkaharjoitus oli tehty usealla käyntikerralla jo aiemmin ja asiakas osasi käyttää turvapaikkamielikuvaa myös arkielämässään esim. jos paniikin tunteita alkoi tulla.

Turvapaikka oli hänen kodissaan tietty tuoli. Valmisteluvaiheessa asiakas valitsi vertauskuvaksi junametaforan, jota käytettäisiin mahdollisen abreaktion tullessa.

3. Traumatapahtuman subjektiivinen arviointi

Asiakas halusi työskennellä kolarimuiston kanssa. Pahinta kohtaa tapahtumasta edusti kuva, jossa asiakas näkee miehen tuulilasin edessä. Negatiivinen kognitio oli "olen avuton", positiivinen kognitio "tein parhaani". Positiivisen kognition validiteetti VOC oli 4. Kun asiakas ajatteli alkuperäistä tapahtumaa ja negatiivista kognitiota "olen avuton", hän tunsu surua, jolloin SUD (häiritsevyysasteikko) oli 7. Suru tuntui rinnassa.

4. Poisherkistäminen

Pyysin asiakasta pitämään mielessään alkuperäisen kuvan (mies tuulilasin edessä), negatiivisen kognition ("olen avuton") sekä surun tunteet ja seuraamaan silmillään sormieni liikettä. Prosessi lähti liikkeelle surun tunteen voimistumisena, jonka jälkeen asiakas alkoi nähdä tapahtumien kulkua

ikään kuin tarinana. Silmänliikesarjojen aikana hänen mieleensä tuli naapureita, jotka tulivat tapahtumapaikalle, naapurin tekemä elvytys, miehen voimakas viinan ja likaisuuden haju, poliisien ja sairaankuljetuksen saapuminen, yksinäisyyden tunne, tunne siitä, ettei hän voinut välttää onnettomuutta, miehen toteaminen kuolleeksi, kotiin palaaminen isän kanssa, itku, paleleminen eikä kukaan halannut tai lämmittänyt häntä kotona, seuraavat päivät kuulusteluineen, viha itseä kohtaan, naapurin Kalle, joka oli ainoa, joka lohdutti häntä ja jälleen paluu siihen, ettei hän voinut estää onnettomuutta. Lopuksi asiakkaalla tulee mieleen nykyhetki. Kun pyysin asiakasta palauttamaan mieleen alkuperäisen tapahtuman, kuva oli muuttunut erilaiseksi, tuoksu oli erilainen, lämpötila oli erilainen ja hänen silmiensä eteen tuli asuton mittaritaulu. Häiritsevyys (SUD) oli laskenut nollaan

5. Juurruttaminen (installation)

Kysyin asiakkaalta, sopivatko sanat "tein parhaani" vielä, vai haluaisiko hän uskoa jotain muuta itsestään. Hän valitsi edelleen saman lauseen. Pyysin häntä ajattelemaan alkuperäistä tapahtumaa ja sanoja " tein parhaani" . Kysyin kuinka todelta nuo sanat nyt tuntuivat. Sanat tuntuivat täysin todelta eli VOC oli 7.Sen jälkeen vahvistettiin (juurrutettiin) positiivinen kognitio sarjalla silmänliikkeitä.

6. Kehon tarkistaminen

Pyysin asiakasta sulkemaan silmänsä ja käymään läpi kehonsa ja kertomaan, tuntuuko jotain jännitystä jossain. Asiakas kertoi kehossaan olevan rento, mukava ja lämpöinen tunne. Vahvistettiin tunne silmänliikesarjalla.

7. Lopettaminen

Lopuksi muistutin asiakasta siitä, että prosessi voi jatkua kotonakin, hän voi nähdä unia tms. Pyysin asiakasta kirjoittamaan muistiin mahdolliset havainnot ja istunto lopetettiin turvapaikkaharjoitukseen.

8. Uudelleen arviointi

Seuraavalla käynnillä asiakas kertoi unen, jonka oli nähnyt edellisen kerran jälkeen. Lisäksi hän kertoi olleensa euforinen, hyvällä tuulella ja pitkästä aikaa hänelle kuului hyvää. Hän oli soittanut siskolleen ja äidilleen, joiden kanssa hän ensimmäistä kertaa keskusteli onnettomuudesta. Asiakas halusi jatkaa EMDR työskentelyä vielä onnettomuudesta, koska häntä vaivasi se, ettei hän ollut koskaan ajatellut sitä, että myös hänen ystävänsä ja sisarensa olivat kärsineet onnettomuuden jälkeen. Hoitoa jatkettiin tästä eteenpäin.

Pohdinta

Olen käyttänyt EMDR -menetelmää vuodesta 1995 alkaen lähes kaikkien asiakkaitteni kanssa jossakin traumapsykoterapian vaiheessa. Ensimmäisen koulutusjaksoni jälkeen kynnys käyttää menetelmää oli suuri. Pelko asiakkaitten vahingoittamisesta sekä epävarmuus menetelmän hallinnasta siirsi aloittamisajankohtaa, mutta päästyäni alkuun olen käyttänyt menetelmää paljon ja usein myös rohkeasti. Vuoden 1995 jälkeen EMDR -koulutus on kehittynyt huomattavasti ja nykyisin myös toisen vaiheen koulutus on mahdollista saada Suomessa.

Minulla, kuten varmaan useilla muillakin terapeuteilla, oli alkuvaiheessa vaikeus uskoa sitä, että joku menetelmä todella voisi auttaa niin nopeasti kuin EMDR näytti tekevän ja myös että tulokset olisivat pysyviä. Asiakkaani olivat vähintään yhtä hämmästyneitä kuin terapeutinkin. Parin ensimmäisen vuoden aikana soitin asiakkaille kuukausien kuluttua kysyäkseen, ovatko hoitotulokset pysyneet.

Vuosien myötä EMDR:n käyttömahdollisuudet ovat realisoituneet myös käytännössä. Kokemus on opettanut sen, että ohjeisto, ns, protokolla, toimii hyvin yksittäisten traumojen hoidossa. Niissäkin voi kuitenkin tapahtua jumittumista, joka voi johtua esim. siitä, että asiakkaalla onkin vielä varhaisempi traumatapahtuma tai vastaava, joka täytyykin työstää ensimmäiseksi. Protokollan

hallitseminen on kuitenkin tärkeää, koska jos sen osaa, voi sitä soveltaa hoitotilanteissa. II -tyypin traumojen hoitamisessa olen kokenut menetelmän myös hyvin hyödylliseksi. Esim. jos menetelmä on jo entuudestaan tuttu asiakkaalle, voidaan terapia- istunnolla nousevia abreaktioita prosessoida silmänliikkeillä tai taputuksilla. Useimmat pitkässä hoidossa olevat asiakkaat ovat myös oppineet menetelmän käytön, koska he saattavat pyytää EMDR istuntoa jonkin asian eteenpäin viemiseksi. Kuten eräällä pitkäaikaisella asiakkaalla on tapana sanoa: "Haluan katsoa tätä asiaa EMDR:n kautta." Kokemuksen myötä on käynyt entistä selymmäksi myös se, että työntekijän täytyy suorittaa ehdottomasti molemmat EMDR -koulutuksen vaiheet sekä hänellä täytyy olla lisäksi hyvät terapeuttiset taidot . EMDR prosessi saattaa olla hyvin yllättävä, jolloin terapeutin täytyy tietää mitä tehdä ja milloin. Mm. kehon reaktiot saattavat olla todella voimakkaita ja liikkua kehon eri puolilla. Myöskään dissosiointi ei ole tavatonta. Terapeutin täytyy kestä erittäin voimakkaita tunteita ja reaktioita, jotta voi puolestaan auttaa asiakasta kestävään voimakkaita tunteita ja reaktioita ja sitä kautta luottamaan, että prosessointi, kivuliaskin, vie kohti eheyttä. Pitkän työurani aikana EMDR on osoittautunut minulle käyttökelpoisimmaksi saamistani työvälineistä

Lähteet:

- American Psychiatric Association.** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) APA. Washington, DC: Author.
- Chemtob, C.M., Tolin,D.F., van der Kolk,B.A. & Pitman, R.K.** (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 569-570.
- Feske, U.** (1998). Eye movement desensitization and reprocessing Treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 171-181.
- Foa, E., B., Keane,T.M. & Frieman,M.J.** (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
- Lipke, H.** (1996). A four activity model of psychotherapy and its relationship to Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and other methods of psychotherapy. *International Electronic Journal of Innovations in the Study of the Traumatization Process and Methods for Reducing or Eliminating Related Human Suffering*.
- Marcus, S.V., Marquis, P. & Sakai, C.** (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Rothbaum, B.O.** (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 3, 317- 335.
- Shapiro, F.** (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F.** (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F.** (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Accelerated information processing and affect-driven constructions. *Crisis Intervention*, 4(23), 145-157.
- Solomon, R.** (1998). Utilization of EMDR in crisis intervention. *Crisis Intervention*, 4(2-3), 239-246.
- Solomon, R.M. & Shapiro, F.** (1997). Eye movement desensitization and reprocessing: A therapeutic tool for trauma and grief. Teoksessa: Figley,C.R., Bride,B.E., Mazza, N.(toim.): Death and Trauma: The Traumatology of Grieving. Washington D.C. Taylor& Francis.
- Spector,J. & Read, J.**(1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,6, 165-174.
- van der Kolk, B.A.** (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Review Psychiatry*, 1, 253-265.
- van der Kolk, B.A., McFarlane,A.C. & Weisaeth, L.** (1996) Traumatic stress.The Guilford Press. New York.

- van der Kolk, B., Burbride, J. & Susuki, J.** (1997). The psychobiology of traumatic memory, clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.
- Wilson, S.A., Becker, L.A. & Tinker, R.H.** (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wilson, S.A., Becker, L.A. & Tinker, R.H.** (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- Wolpe, J.** (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.