

1 ALLMÄN INFORMATION OM EMI

Detta kapitel är utformat för att kunna utgöra skriftlig information till klienten. Överlämnas lämpligen efter första sessionen (utredning av händelsen, kartläggning av minnesnätverk, förberedelse inför EMI-behandlingen.)

1.1 Medicinsk / neurologisk bakgrund

Metoden inriktar sig på att eliminera negativa effekter av traumatiska minnen. Den bygger på att klienten fokuserar på minnet samtidigt som han med ögonen följer ett objekt som rör sig i specifika banor inom synfältet. Detta gör att klienten får kontakt med undermedvetet material, både negativt och positivt, och neurologiska länkar upprättas mellan hjärnans olika icke-kognitiva / sensoriska delar och med de kognitiva delarna. Känslolärgade och skrämmande minnesfragment blir härigenom tillgängliga för klientens inneboende resurser och en fullständig icke-kognitiv, multisensorisk och kognitiv integrering sker.

Den neurologiska bakgrunden till att traumatiska och handikappande minnen kan uppstå är i grunden positiv: snabba kopplingar mellan sinnesorganen och amygdala / limbiska systemet gör det möjligt att prägla minnen som har till funktion att när en farlig situation uppstår igen, aktivera organismens undermedvetna "anfall-, flykt- eller frys-mekanismer", utan att behöva gå omvägen via frontallobernas kognitiva funktioner. Detta gör att reaktionstiden kan bli tiondels sekunder i stället för de kognitiva funktionernas normala tidsfördröjning på minst en sekund och upp till flera sekunder.

Dessa undermedvetna minnespräglingar måste, för att fungera adekvat, ha följande egenskaper: låg detaljeringsgrad, inga nyanser, kraftfull trigger-effekt på neurologi, hormonproduktion, sensorisk aktivitet. Problem med dessa minnen uppstår när de sedan triggas av sinnesintryck som i sig inte representerar en akut risk eller ett hot. Dessa sinnesintryck kan ha förekommit vid traumatillfället, men har ofta i sig inget med själva hotet att göra. Dock har de genom betingning kommit att undermedvetet kopplas till traumat. Denna trigging är inte påverkbar med traditionell terapi typ kognitiv eller psykodynamisk.

Dessutom är det så att vissa av hjärnans naturliga försvarsmekanismer för att minska negativa känslor förhindrar integrationen av upplevelsen. Sådana försvarsmekanismer är till exempel dissociation (att föreställa sig att man inte är där mentalt, bara med sin kropp), förträngning, förnekelse.

1.2 Terapins upplägg, upplevelser under terapin

Vid flera olika traumatiska händelser, behandlas var och en av dem separat med EMI. Undantag från detta kan ske om olika händelser är psykologiskt kopplade till varandra.

Om klienten befinner sig i en pågående livskris som inte alls är relaterad till traumat, bör EMI uppskjutas till denna kris tagits om hand.

EMI-terapin kräver grundlig förberedelse, vilket tar några sessioner à en timme. Själva ögonintegrationsbehandlingen kräver längre sessioner än vid andra typer av psykoterapi, 90 till 120 minuter avsätts. Varje session avslutas med 20 minuters grundning. Mellan EMI-sessioner bör det gå minst tio dagar, högst tjugo dagar.

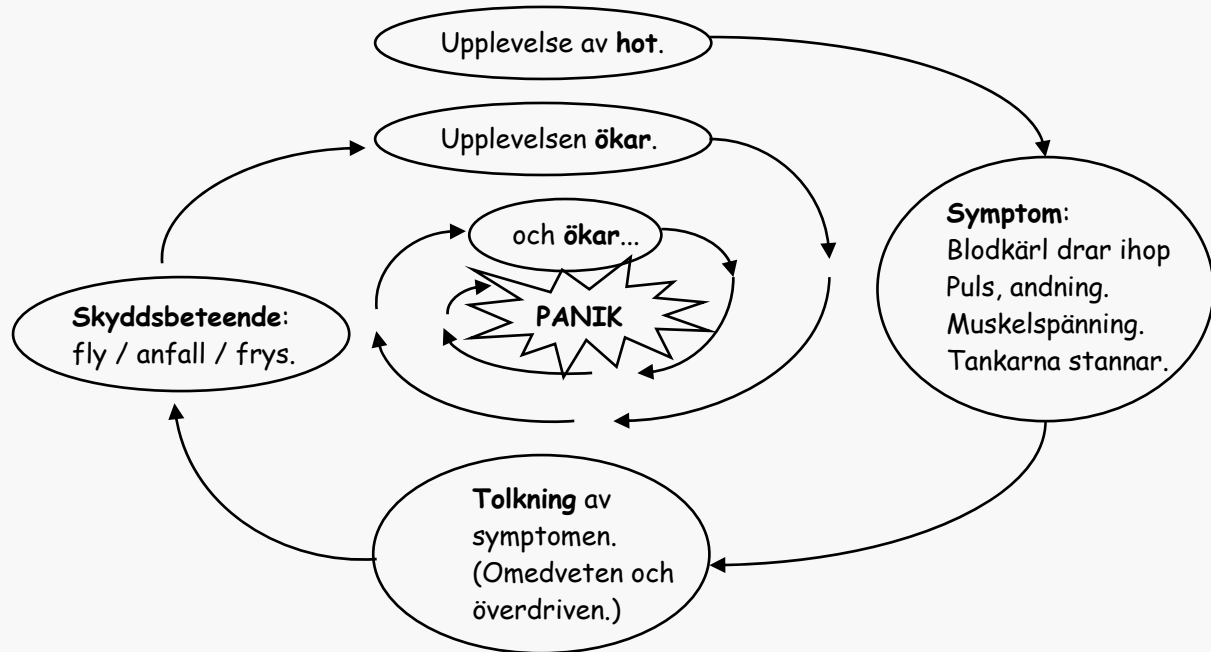
Efter framgångsrik behandling med EMI, grundas och avslutas behandlingen med traditionell kognitiv och psykodynamisk terapi under några sessioner à en timme. Den totala behandlingen för ett traumatiskt minneskomplex omfattar sålunda sex till tio timmar.

Ögonrörelseintegrationen innebär ett återupplevande av traumat och kan aktivera och trigga starka negativa reaktioner. Detta är dock inte åter-traumatiserande, eftersom varaktigheten och intensiteten aktivt kan begränsas av terapeutens interventioner, hela tiden styrt av klientens önskemål. Klienten har dessutom hela tiden tillgång till sina normala försvarsmekanismer, och kan bryta eller göra pauser i processen när som helst.

1.3 Effekter av traumatiska minnen

PTSD - "Post-Traumatic Stress Disorder": Återupplevande ("flashbacks", mardrömmar), hyperaktivitet, neurotiskt undvikande av vissa situationer / platser, allmän domning av känslolivet, överdriven misstänksamhet / vaksamhet, ologiska och plötsliga vredesutbrott, psykosocial isolering.

Panikångest: Ångesten, som ursprungligen aktiverades av själv traumat, försöker klienten dämpa med hjälp av olika skydds beteenden, som undvikande, kontrollbehov, känslodomning, etc. Skydds beteenden kan grovt klassificeras som de biologiskt nedärvda skyddsmekanismerna flykt / attack / frysa. Skydds beteendet i sig är dock den mekanism som *vidmakthåller* ångesten. Ångesten kan verka triggas av vad som helst, även av sådant som inte verkar ha något samband med traumat, men där det ofta finns någon detalj i traumat som via betingning associerats till händelsen, och där denna detalj senare fungerar som en trigger. Kan exempelvis vara en viss typ av plats, en viss färgnyans, en viss lukt, ett visst röstläge, etc. Triggern utlöser sedan en "ångestspiral" som accelererar snabbt (sekunder) tills tankeförmågan och därmed urskillningsförmågan inte längre fungerar och man befinner sig i full panik:



Depression: Den totala hjälplösheten som ofta upplevs under en traumatisk händelse kan leda till ett tillstånd av "inlärdd hjälplöshet", skuld känslor över sin egen oförmåga, över sina misstag som bidrog till händelseutvecklingen (verkliga eller inbillade). Tillsammans med den faktiska oförmågan att själv kunna ta sig ur detta tillstånd, kan detta leda till kronisk depression.

Skuld känslor, skam, negativ självbild: Skuld känslor kan finnas både mot en själv och mot andra som var inblandade. Irrationella skuld känslor över att vara den som överlevt när andra dog. Irrationell övertygelse, exempelvis vid sexuella övergrepp, att ens eget beteende lett till händelsen. Tillsammans med känslan av hjälplöshet och en eventuell angripares känslolöshet, kan skuld känslorna leda till skam, en känsla av att vara värdelös.

Personlighetsstörningar: I de fall starka försvarsmekanismer blir kro finns en risk att det utvecklas till personlighetsstörningar. Exempel: dissociation, att föreställa sig vara någon annan stans, se händelsen drabba en del av sig själv man inte "finns i". Detta kan leda till en dissociativ personlighetsstörning (olika separerade delpersonligheter).

Utvecklingsstörningar: Traumatiserade barn får störningar i sin normala psykologiska och neurologiska utveckling. Trauma under spädbarnstiden kan inte integreras eftersom frontallobernas kognitiva förmåga ännu inte är färdigutvecklad. (EMI kan dock användas på barn, under förutsättning att man väntar tills de är äldre, typiskt minst sex år.)

Grundläggande otrygghet: I fall där det finns en angripare, skapas ibland en ologisk undermedveten föreställning att man varit avsiktligt utvald, som ett hjälplöst villebråd i en värld av rovdjur. Detta kan leda till en grundläggande otrygghet visavi andra, en oförmåga att kunna lita på andra, en undermedveten rädsla att vem som helst - t.o.m. terapeuten - kan utgöra ett hot.

I fall där traumat orsakats av en olycka eller naturkatastrof, kan det leda till en

grundläggande otrygghet mot hela tillvaron, och göra att personen isolerar sig på "säkra" ställen.

Minnesproblem, kognitiva svårigheter: Överdrivet ältande av händelsen, en oförmåga att kunna koppla av och tänka på annat. Stört minne, olika händelser före och efter händelsen känns suddiga, går i varandra, osäkerhet vad som är riktiga minnen och vad som är fantasier. Brist på urskillningsförmåga, att kunna skilja verkliga hot mot inbillade hot. Associationer, triggade känslor, kan verka fullständigt ologiska, även för personen själv.

Hormonstörningar: Genom betingning aktiveras det limbiska systemet vid senare triggers på samma sätt som vid traumat - adrenalin, noradrenalin, kortisol. Hela hormonsystemet sätts i "attack-, flykt- eller frys-beredskap". Om detta inträffar för ofta, hamnar hormonnivåerna på en kroniskt förhöjd nivå, med utbrändhetssymptom som följd.

Immunförsvaret: Forskning har visat att stress under lång tid påverkar immunförsvaret att prioritera kortsiktiga behov (ex.vis produktion av vita blodkroppar) på bekostnad av långsiktiga behov (ex.vis produktion av mördarceller mot cancer). Detta leder till kronisk sänkning av lymfocyt-nivå, antal T-celler, mördarcellaktivitet, interferon-gamma, interleukin-4.

Det är inte bara höga nivåer av trauma-relaterad stress som orsakar detta, utan långvarig exponering för relativt okomplicerad oro och ångest kan få samma effekt. Forskning har visat att även måttligt förhöjda och konstanta stressnivåer höjer benägenheten att smittas av virusinfektioner (förkylningar, herpes). I två grupper som jämfördes ökade nivån från 27 till 47%, d.v.s. nästan en fördubbling.

Hjärt-kärl-systemet: Forskning pekar på en riskökning till det dubbla för att få hjärt-kärl-sjukdomar när negativa känslor dominerar över lång tid. Exempel på sådana känslor är oro, vrede, misstänksamhet, nedstämdhet, fientlighet. Korrelation finns även till andra sjukdomstillstånd som astma och matsmältningsproblem.

Energivå: Kroniskt förhöjda nivåer av adrenalin, sätter muskelsystemet i ständig "öväxkel", vilket förbrukar korttidslager av glukos, mobiliserar långtidslagren (proteinlager, fettlager, glykogenlager). Detta sker utan att musklerna och hjärta-lungor används och därigenom stärks, utan kostar bara energi, med risk för kronisk trötthet som följd.

Relationsproblem: Traumatiserade personer kan ibland, som ett försvar, dissociera från minnena av traumat. Detta tolkas ibland av familj och närstående som tecken på likgiltighet och brist på empati.

Det finns också en risk för att omgivningen kan ha svårt att förstå traumareaktionerna, som ju styrs undermedvetet från amygdala, och därmed utanför medveten kontroll. Den traumatiserade kan då få höra "*nu är det väl dags att komma över det...*" eller "*det är väl bara att ta sig i kragen...*" Detta kan leda till att den traumatiserade drar sig undan och till slut isolerar sig, vilket kan ge svåra sekundära psykologiska effekter, utöver själva traumat.