

Traumefokusert kognitiv ATFERDSTERAPI

AV GRETHE E. JOHNSEN

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi består i hovedsak av psykoedukative teknikker, eksponering, kognitiv restrukturering og angstmestring. Denne type terapi har vist seg å være en effektiv behandling ved posttraumatisk stressforstyrrelse.

Denne artikkelen beskriver kort generelle behandlingsprinsipper ved metoden.

Det er viktig at primærhelsetjenesten og allmennleger besitter kunnskap om diagnostisering og behandling av pasienter som utvikler posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser. Jeg håper at denne artikkelen kan inspirere til videre kursing, fordypning og bruk av traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

15–24 prosent av de som eksponeres for potensielt traumatiske hendelser utvikler PTSD. Imidlertid varierer forekomsten en del etter hvilken type hendelsen man eksponeres for (1).

PTSD kjennetegnes av tre hovedgrupper av symptomer; påtrengende minner og tanker, økt alarmberedskap og unngåelsesreaksjoner. Tilstanden medfører også redusert psykososial fungering, lav livskvalitet, somatiske plager, økt dødelighet og selvmordsatferd. Forskning har vist at tilstanden medfører vid bruk av helsetjenester. Risikoen for alvorlige funksjonstap har medført et sterkt fokus på å finne effektive behandlingsmetoder for PTSD.

Hovedvekten av forskningen på hva som er potensielt traumatiserende hendelser kommer fra USA. Imidlertid er det nylig foretatt en undersøkelse av hvilke hendelser som i størst grad relateres til PTSD i Europa. Resultatet fra denne undersøkelsen viste at voldtekt, barn med alvorlig sykdom, vold i nære relasjoner og forfølgelse var de hendelser som sterkest var assosiert til PTSD (2).



Grethe E. Johnsen

er Ph.D og spesialist i klinisk psykologi. Hun arbeider som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin, der hun driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving rettet mot overgrepsmottak. Hun er også militærpsykolog ved Forsvarets sanitet på Haakonsværn i Bergen.

En rekke terapiformer og manualbaserte behandlingstilnæringer har blitt utviklet for å behandle personer med kronisk PTSD (3–5). Spesifikke behandlingsmetoder for PTSD omtales ofte som traumefokusert psykologisk behandling. De fire mest kjente behandlingsmetodene, som også er de som har vært hyppigst gjenstand for evidensbaserte studier, er kognitiv atferdsterapi, eksponeringsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) og stressmestringstrening.

Etter hvert har feltet også fått metaanalytiske studier som har sammenlignet effekten av ulike behandlingsmetoder. Disse studiene viste at kognitiv atferdsterapi, EMDR og stressmestringstrening var de mest effektive behandlingsmetodene (6, 7). Studiene viste videre at andre behandlingsmetoder som psykodynamiske terapi, hypnoseterapi og støttende rådgivning, ikke hadde signifikant effekt ved PTSD. Det er blitt utviklet internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av tilstanden basert på disse funnene.

En stor del av den tidlige forskningen knyttet til traumefokusert kognitiv atferdsterapi for PTSD, var fokuserte på kvinner utsatt for voldtekt (8, 9). Denne behandlingsformen har siden blitt funnet å være effektiv også for flyktninger (10), militært personell (11), seksuelle overgrep i barn-dom (12) og pasientgrupper med blandede traumer (13).

Hva er traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi har etter hvert blitt benyttet som en felles betegnelse på behandling som enten har en eller flere traumeorienterte teknikker eller terapimetoder inkorporert. Traumefokusert atferdsterapi er en strukturert korttidsintervensjon som tar sikte på å omfatte både de kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomene. Som hovedregel inngår psykoedukative teknikker, kognitiv restrukturering, eksponeringstrening og angsthåndtering. Denne behandlingen anbefales først å settes i gang etter at en har vurdert om pasienten har vedvarende PTSD-symptomer. Ettersom mange ikke utvikler PTSD etter traumatiske hendelser, brukes denne metoden primært etter at det har gått noen uker etter personen ble eksponert. Videre forgår det en rekke tilhelingsprosesser etter eksponering slik at mange av de som i en tidlig fase viser stressymptomer kommer seg uten behandling. Umiddelbare intervensjoner for akutte stressreaksjoner ble omtalt i en tidligere artikkel (14). Sammensatte psykiske vansker etter vedvarende og gjentatte traumatiseringer vil ofte trenge mer omfattende og faseorienterte tilnærminger.

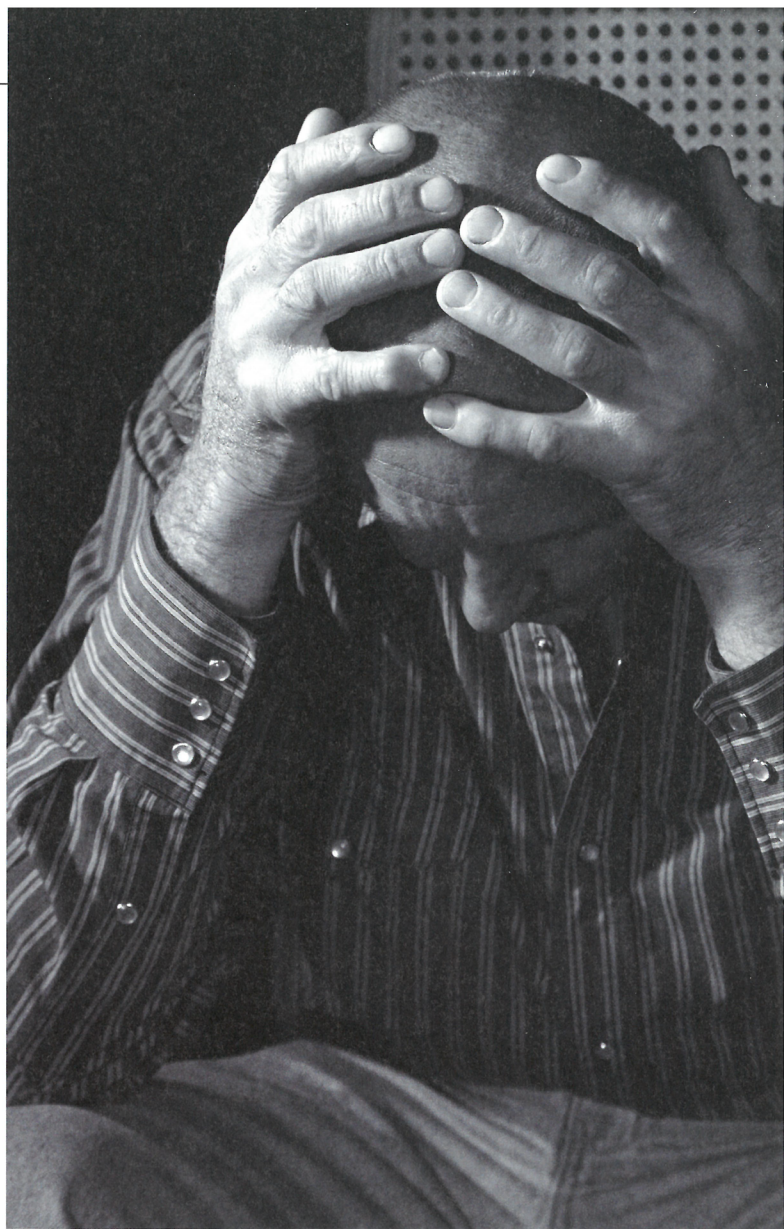
Kognitive behandlingsteknikker fokuserer på pasientens minne om den traumatiske hendelsen og betydningen hendelsen har fått for pasienten. Kognitive forklaringsmodeller fremhever at sammenhengende og uorganisert innkodning av minner under ekstremt stress hemmer naturlig tilhelingsprosesser og kan gi posttraumatiske stressreaksjoner. Uheldige personlig fortolkninger av hendelsen og dens konsekvenser leder ofte til at personen opplever vedvarende trussel. Den private fortolkningen av hendelsen medfører ofte uhensiktsmessig atferd som unngåelse og kognitive strategier som grubling og undertrykking.

– Psykoedukative teknikker

Ved bruk av psykoedukative teknikker gir terapeuten informasjon om vanlige stressreaksjoner. Dette brukes innledningsvis for å forklare pasienten hva som er vanlige stressreaksjoner etter traumatiske hendelser. Teknikkene benyttes for å få frem hvilke reaksjoner en har fokus på å håndtere i behandlingen, samt at slike intervensjoner kan bidra til å hjelpe pasienten til å formulere sine symptomer.

– Kognitiv restrukturering

Gjennom kognitiv restrukturering skal uhensiktsmessige og feilaktige fortolkninger av minner identifiseres og korrigeres. Her fokuserer en på at pasienten skal revurdere den meningen de relaterer til de traumatiske minnene. Metoden tar utgangspunkt i at individets tanker om – og



15–24 prosent av alle personer som eksponeres for potensielt traumatiske hendelser utvikler PTSD. ILLUSTRASJONSFOTO: LUCIAN COMA

fortolkning av den traumatiske hendelsen er viktige faktorer i symptomutviklingen ved PTSD. Ehlers og Clark (15) fremhever at pasienter utvikler vedvarende PTSD-symptomer når de opplever den traumatiske hendelsen og dens konsekvenser som en alvorlig og konstant trussel. Deres teori er at en i behandlingen må identifisere og endre personens uhensiktsmessige fortolkning av traumet.

– Eksponering

Eksponeringsteknikker ble opprinnelig utviklet for voldtektsutsatte pasienter, og bygger på tidligere utviklede behandlingsskipper for atferdsbetinging og fryktekstinksjon. En arbeider med å konfrontere pasienten med sin frykt. Utgangspunktet er at fryktreaksjoner og unngåelsesatferd som er knyttet til den traumatiske hendelsen videreføres til andre situasjoner. Det primære fokus for behandlingen er å ta kontroll over den traumatiske hendelsen ved å gjenfortelle, samtidig som en visuelt forestiller seg hendelsen. Under eksponering skal pasienten forestille seg

traumeopplevelsen for lengre perioder ad gangen. Traumatiske minner er ofte usammenhengende og mangelfulle. Terapeuten hjelper pasienten til å skape en historie av hendelsen med relevante detaljer og følelsesmessige reaksjoner. Pasienten blir bedt om å gjenfortelle hendelsen i presens, snakke i jeg-person og fokusere på de mest ubehagelige opplevelsene. Det skal settes av god tid til denne eksponeringen, det anbefales fra 60 til 90 minutter. Eksponeringen med pasienten kan følges opp med hjemmeoppgaver. I andre varianter av eksponering er fokus at pasienten gjentatte ganger skal skrive ned en detaljert beskrivelse av hendelsen, dette har vist seg å være spesielt effektivt der hva som skjedde og i hvilken rekkefølge de skjedde, er uklart. For de pasienter som har lett for å dissosiere når de snakker om traumat er skriving ofte bedre enn å forestille seg hendelsen. De fleste behandlinger følges opp med in vivo eksponering, som involverer gradvis eksponering for reelle traumerelaterte stimuli og triggere. Da kan man besøke stedet der hendelsen inntraff, og også sette fokus på at hendelsen skjedde i fortid, og fokusere på hva som er forskjellig fra «nå» versus «da».

Eksponeringsterapi har som mål å redusere angstreaksjoner knyttet til den traumatiske hendelsen. Hensikten er å bygge opp en mer organisert og helhetlig traumehistorie.

De mulige virkningsmekanismene bak eksponeringstrening har vært debattert og en antar at eksponering blant annet fremmer habituering og reduserer angst. I tillegg kan den korrigerende antagelsen om at angst fremmes dersom en ikke unngår angstutløsende stimuli. Den fremmer og inkorporerer korrigerende informasjon til traumehistorien. Eksponeringstrening hjelper til å etablere den traumatiske hendelsen som en avgrenset hendelse for å unngå en generalisering av verden som et usikkert sted.

– Angsthåndtering

Trening i angstreduksjon har til hensikt å gi pasienten mestringstrategier for å håndtere og redusere frykt. Pasienten lærer angstreduserende teknikker som blant annet pusteøvelser, avslappingsteknikker, distraksjonsmetoder og positive selvinstruksjoner. De fleste angstmestringsteknikker bygger på «stress inoculation training» (16).

Frafall

Det som karakteriserer pasienter med PTSD er at de unngår stimuli som minner om den traumatiske hendelsen, samt at de responderer på slike påminnere med psykologisk ubehag og fysiologisk aktivering. Ettersom den traumefokuserte psykologiske behandlingen skal få pasientene

til å gjenoppleve hendelsen og bli konfrontert sine unngåelsesstrategier, vil dette i seg selv utgjøre en hovedutfordring for behandlingen. Det har derfor vært viktig å undersøke om det er et stort frafall i denne type behandlinger. I en metaanalyse fant en nylig at 73 prosent fullførte behandling med kognitiv terapi kombinert med eksponering, 79 prosent fullførte eksponeringsterapi og 81 prosent fullførte EMDR (17). Andre studier oppgir at en tredjedel ikke fullfører behandlingen. Det er antatt at noen dropper ut av behandlingen fordi behandlingen oppleves for tøff og for vanskelig å tolerere. Ehlers og Clark (15) hevder at noen behandlere er motvillig til å benytte traumefokusert behandling fordi de tror den vil forverre pasientens symptomer. Dette er imidlertid ikke bekreftet gjennom forskning (18). Noen studier har rapportert om midlertidig forverring i noen undergrupper av pasienter, mens andre studier ikke viste dette. Det er behov for differensierte behandlingstilnæringer. Det utvikles nå differensierte psykologiske behandlingsmetoder som tilpasses pasienter med langvarig og sammensatt traumatisering og de som har sterk symptomøkning eller komorbide lidelser.

Konklusjon

Siden PTSD diagnosen ble inkludert i DSM-III i 1980 har det vært gjort mye for å utvikle effektive behandling for PTSD. En rekke kognitive terapier og kognitive atferdsterapier er nå tilgjengelige. Disse behandlingstilnærningene er stadig i utvikling, men fortsatt trenger metodene å bli mer tilgjengelig for pasientene. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å både ha en forebyggende effekt på utviklingen av PTSD symptomer (19) og en kurativ effekt gjennom å redusere etablerte symptomer. Samlet sett gir behandlingsstudier av PTSD et godt grunnlag for å motivere pasienter for denne type behandling – særlig når det gjelder enkeltstående traumatiske hendelser. Det skjer og utvikling innen behandlingsmetoder for langvarig og sammensatt traumeeksponering.

Referanser

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.
2. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*. 2008; 21(5):455–62.
3. Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(1):138–40.
4. Foa EB. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guildford Press; 1998.

5. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for rape victims: Newbury Park; Sage; 1993.
6. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychology* 2007;190:97–104.
7. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):214–27.
8. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1991; 59(5):715–23.
9. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1992;60(5):748–56.
10. Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(10):1183–97.
11. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2006;74(5):898–907.
12. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2002;70(5):1067–74.
13. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003; 71(4):706–12.
14. Johnsen GE. Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser – hva skal vi gjøre og hva virker? *Utposten*. 2009(5):35–8.
15. Ehlers A, Clark DM. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008;62 Suppl 47:11–8.
16. Meichenbaum D. Self-instructional methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change*: New York: Pergamon Press; 1975. p. 357–91.
17. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16(6):555–62.
18. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2002; 70(4):1022–8.
19. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(11):1780–6.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Grethe.Johnsen@uni.no

Ekstrastipend fra Allmenntmedisinsk forskningsutvalg (AFU)

Det utlyses et stipend på to og en halv måneder med tema: **Evaluering av allmennpraktikerstipendene.**

Den norske legeforening opprettet i 1976 en stipendordning for allmennpraktikere. Ordningen har vært evaluert to ganger, første gang for perioden 1976 frem til 1986 og andre gang fra 1986 frem til 1993.

AFU ønsker igjen å evaluere ordningen i perioden fra 1993 og fram til og med 2009. Målsettingen med stipendordningen er i henhold til statuttene å:

«tildele stipend til allmennleger og leger i samfunnsmedisinsk arbeid som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt, eller medvirke til et undervisningsopplegg og til fagutvikling i allmenntmedisin eller samfunnsmedisin med en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Stipendet er et rekrutteringsstipend, særlig rettet mot nybegynnere i forskning.»

AFU utlyser et AFU-stipend på 2,5 måneder for å evaluere AFU-stipendene i perioden 1993 til 2009. Vi ønsker å få svar på følgende spørsmål:

- hvem har fått tildelt stipend?
- hva har forskningstemaene vært?
- hvilke publikasjoner har stipendet ført til?

AFU søker fortrinnsvis en allmennlege som har noe forskningserfaring fra før, men dette er ingen absolutt forutsetning. Søknad med en kort begrunnelse for interessen for stipendet sammen med et kort CV sendes Allmenntmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariatet innen 30. mai 2010.

Stipendiaten forventes å være tilknyttet ett av instituttene i allmennt/samfunnsmedisin i deler av stipendperioden.

Forskning i allmenntmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning som kan lastes ned fra AFUs nettsider under Norsk forening for allmenntmedisin <http://www.legeforeningen.no/id/150235.0> (forskning og fagutvikling, AFU lenke v.side), eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Det vanlige skjemaet ved søknad om allmennpraktikerstipend skal benyttes. Ved behov for nærmere informasjon, ta kontakt med sekretariatet.

Allmenntmedisinsk forskningsutvalg
 v/ Tove Rutle
 Sjøbergvn. 32
 2050 Jessheim
 TLF: 63973222
 FAX: 63971625
 E-POST: rrrtove@online.no