

Appendix 2 – Traumafokuserad psykoterapi, behandlingsmodeller

Exponeringsterapi – Prolonged Exposure (PE)

Prolonged Exposure (PE) kommer från en lång tradition av exponeringsterapi för ångeststörningar och har sin grund i emotionell bearbetningsteori där fokus ligger på att minnet av den traumatiska händelsen skall bearbetas för att PTSD-symtomen ska kunna lindras. Huvudfokus är att hjälpa personen att konfrontera det som ger upphov till ångesten. Ångesten kan då minska genom principen för habituering som innebär att om man kan vara i kontakt med ett ångestväckande stimuli länge nog så kommer ångesten efterhand att klinga av. Centrala aspekter i behandlingen är att gradvis öka svårighetsgraden i exponeringsuppgiften, att förlänga exponeringen tills ångesten reducerats och att repetera tills minimal ångest väcks.

I PE behandling ingår dels psykoedukation, kontrollerad andning och imaginär exponering - att konfrontera minnet av den traumatiska upplevelsen under trygga och kontrollerade omständigheter. Dessutom in vivo exponering - att konfrontera traumarelaterade undvikanden i verkliga livet, som till exempel situationer och aktiviteter som påminner om händelsen. Att regelbundet återbesöka traumahändelsen hjälper patienterna att bearbeta och organisera minnet. Patienten får en tydligare bild av vad som pågick före, under och efter händelsen och kan upptäcka nya perspektiv på det som hänt. Den återkommande exponeringen visar patienten efter hand att trots att traumat var farligt så är inte minnet det.

Kognitiv psykoterapi för PTSD (CT-PTSD)

Kognitiv terapi för PTSD är en form av KBT där man arbetar med att modifiera traumaminnen och pessimistiska tolkningar för att kunna ändra på de tankemönster och beteenden som har hindrat patientens fungerande i vardagslivet. Vanligtvis ges behandlingen veckovis under tre månader.

Terapeuten arbetar tillsammans med patienten för att identifiera relevanta tolkningar, minnen och triggers som vidmakthåller patientens specifika PTSD-symtom. Arbetet handlar särskilt om att hjälpa patienten förstå meningen bakom traumaminnena, hur minnena uppfattas i nuläget och att överdrivet pessimistiska tolkningar av traumat eller dess efterverkningar kan bidra till den förhöjda känslan av att vara hotad. Genom bland annat Sokratisksk frågeteknik kan patienten nå fram till en annan tolkning av situationen som upplevs mer hjälpsam och mer sannolik. Denna nya och annorlunda tolkning integreras med traumaminnets genom att patienten tänker på eller skriver om den medan hon samtidigt umgås med tanken på traumaminnets. Den nya tolkningen kan även inbäddas i en imaginär återupplevelse av traumahändelsen.

Terapeuten guidar patienten i att konstruera en meningsfull berättelse som börjar innan den traumatiserande händelsen och slutar efter att denne upplever sig vara i säkerhet igen. Detta kan ske på olika sätt, exempelvis genom att skriva en utförlig redogörelse av vad som hände, genom imaginär återupplevelse eller genom att patienten återbesöker platsen för traumahändelsen. Trots en viss likhet med exponeringsterapi är intentionen här istället att identifiera tidpunkter, detaljer och aspekter av minnet som verkar väcka starka reaktioner och i dessa ögonblick använda sig av kognitiv omstrukturering. Möjligheten att utveckla det självbiografiska minnet hjälper även till att minska återupplevande och utmanar det problematiska tänkandet som har blivit associerat med traumat.

Cognitive Processing Therapy (CPT)

Cognitive processing therapy (CPT) är en form av kognitiv terapi som specifikt är utvecklad för PTSD. En behandling består av 12 sessioner som strukturerat och systematiskt riktar in sig på posttraumatiska nyckelteman som trygghet, tillit, egenmakt, kontroll, självkänsla och intimitet. Behandlingen hjälper personen att identifiera problematiska tankar och föreställningar eller så kallade ”stuck points” och därefter utmana och byta ut dem mot mer rationella alternativ. Arbetet att identifiera viktiga teman och svårigheter associerade med traumareaktioner gör behandlingen särskilt lämpad för de komplexa psykiatriska efterverkningar som kommer utav konflikt- och krigssituationer. Exponeringen utgör ett mindre och enklare moment än i vanlig exponeringsterapi vilket möjligen gör behandlingen mer tillgänglig för krigsveteraner och andra som söker alternativ till exponeringsbehandling. I CPT ingår även att associerade problem som depression, skuld och ilska, tas med i behandlingen.

Narrativ exponeringsterapi – Narrative Exposure Therapy (NET)

Narrativ exponeringsterapi är en manualbaserad korttidsvariant av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT), anpassad för personer som överlevt krig och tortyr. Under terapin skapar klienten en detaljerad och kronologisk berättelse om sitt eget liv. Berättelsen dokumenteras skriftligt av terapeuten. Vid inledningen av varje terapisession läser terapeuten upp berättelsen som sedan diskuteras och revideras av klienten. Syftet med den terapeutiska modellen är att reorganisera fragmentariska traumatiska minnen till en sammanhängande berättelse. Klienten konfronterar svåra livshändelser tillsammans med terapeuten och utforskar vilka emotionella, fysiologiska, kognitiva och beteendemässiga reaktioner händelserna har skapat. Vid det sista terapitillfället får klienten den skrivna berättelsen. Behandlingen pågår vanligtvis från tre till tolv tillfällen, å 90 minuter. NET anses ha två verksamma mekanismer, dels exponering av traumarelaterat material och dels genom omskapande av det självbiografiska minnet.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR är en traumafokuserad psykologisk behandling som har sin utgångspunkt i en modell för hur information bearbetas i hjärnans minnessystem. Modellen

integrerar delar från bland annat psykodynamisk teori, beteendeteori, kognitiva teorier och kroppspsykoterapi. Teorin bakom EMDR bygger på att vid en traumatisk upplevelse kan hög känslomässig stress samt dissociativa processer störa hjärnans möjligheter att bearbeta information. Upplevelsen lagras då i minnet i obearbetad eller otillräckligt bearbetad form. EMDR terapi anses kunna stimulera ett naturligt system för informationsbearbetning så att störande minnen som lagrats på ett dysfunktionellt sätt i hjärnans minnesystem, och som medfört förvrängningar i slutsatser om sig själv, kan börja bearbetas.

Behandlingen är indelad i olika faser med anamnes och behandlingsplanering, psykoedukation och övningar i stabilisering som förberedande steg innan bearbetning kan påbörjas. Ett inslag är att under exponeringen för det traumatiska minnet ge klienten i uppgift att samtidigt fokusera på alternerande bilateral visuell, taktil eller auditiv stimulering, vilket innebär en så kallad dubbel uppmärksamhet. Denna process aktiverar minneskomponenterna från tidigare störande livshändelser och underlättar hjärnans förmåga att återuppta en adaptiv informationsbearbetning. Bearbetningsprocessen för varje enskilt minne fortsätter tills det går att tänka på minnet utan obehag och tills en alternativ positiv uppfattning om sig själv är etablerad, trots den traumatiska erfarenheten. Resultatet blir att minnet kan integreras på ett mer adaptivt sätt och att man därmed kan minnas händelsen utan att den upplevs som störande. Antalet sessioner kan variera från några enstaka sessioner till ett större antal, som kan integreras i en mer omfattande behandling och anpassas utifrån komplexiteten i klientens problematik.