

Kristiina Eriksson

Patientens subjektiva upplevelse av förlängd exponeringsbehandling vid Posttraumatisk stress

I vilken mån överensstämmer patientens beskrivning av behandlingen
med behandlingsmål vid traumafokuserad prolonged exposure-behandling.

Patients subjective experience of prolonged exposure therapy at posttraumatic stress

Does the patients description of treatment correspond with treatment goals for
trauma focused prolonged exposure treatment.

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2018-06-04 termin 6
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Anna S Gordh

Sammanfattning

Prolonged exposure terapi, PE, terapi för posttraumatisk stress har utvecklats av Edna Foa, professor i klinisk psykologi vid University of Pennsylvania. Prolonged exposure betyder långvarig exponering och har utvecklats från en lång tradition av exponeringsterapier för ångeststörningar. Patienterna får hjälp att konfrontera situationer som är ofarliga men ångestframkallande med syftet att minska överdriven rädsla och ångest. Förlängd exponering syftar till att genom exponering rätta till felaktiga associationer i rädslostrukturen och på det sättet behandla PTSD symtom.

Det har genomförts väldigt få studier om just patienters upplevelse av PE-behandling. Studiens syfte var att analysera patientens subjektiva upplevelse av PE-behandling för PTSD utifrån följande frågeställningar: Vad upplevde patienterna var mest hjälpsamt i terapin? Vad var mindre bra i terapin? Syftet var också att undersöka i vilken mån patientens beskrivning av vad som var hjälpsamt i behandlingen stämmer överens med Foas behandlingsmål vid traumafokuserad PE-behandling där Foa lyfter fram exponering in vivo och imaginativ exponering, att patienten når därigenom symtomlindring och habituering. Studien utgick ifrån fyra semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Innehållet i intervjuerna analyserades med fenomenologisk forskningsmetod och kategoriserades i meningsbärande enheter som speglade viktiga aspekter av att genomföra en PE-behandling för PTSD.

Resultatet visade att patienternas behandlingsupplevelse var positiv trots att de upplevde själva terapin som tuff. Foas behandlingsmål stämde överens med patienternas beskrivning av vad som var hjälpsamt i behandlingen - att arbeta med traumarelaterade undvikandebeteenden och utsätta sig för den imaginativa exponeringen för att minska PTSD symtom. Deltagarna i denna studie hade genomgått en stabiliseringsfas innan PE behandling. Deltagarna tog upp stabiliseringen som positiv trots att de inte fick några frågor om stabilisering. Resultatet visade vikten av stabilisering inför PE-behandling.

Nyckelord: PTSD, PE-behandling, hjälpsamt, mindre bra, terapeut.

Abstract

Prolonged exposure therapy for posttraumatic stress, PE, has been developed by Edna Foa, professor of clinical psychology at the University of Pennsylvania. Prolonged exposure has evolved from a long tradition of exposure therapies for anxiety disorders. Patients are helped to confront situations that are harmless but that evokes feelings of anxiety with the aim of reducing excessive fear and anxiety. Prolonged exposure is aimed at correcting the erroneous associations in the fear structure and thus treating PTSD symptoms.

Very few studies have been conducted of the patients' subjective experience of PE treatment. The purpose of the study was to analyze the patients subjective experience of PE treatment for PTSD based on the following issues: What the patients experienced were as most helpful in the PE-therapy? What was less good in the PE-therapy? The aim was also to investigate to what extent the patients' description of what was helpful in the treatment was consistent with Foas treatment goals in trauma-focused PE treatment, highlighting exposure in vivo and imaginative exposure and thereby achieving symptom relief and habituation. The study was conducted based on four semi-structured qualitative interviews. The content of the interviews was analysed using by a phenomenological research method and categorized in sentence-bearing units that reflected important aspects of conducting a PE treatment for PTSD.

The result showed that the patients treatment experience was positive even though the participants experienced the actual therapy as tough. Foas treatment objectives were consistent with patients' description of what was helpful in treatment, namely to work with trauma-focused avoidance behaviors and to expose themselves to the imaginative exposure to reduce PTSD symptoms.

Further, the participants in this study had undergone a stabilisation phase before PE-treatment. The participants stated that the stabilization phase was positive even they did not receive any questions about stabilization in the interview. The result showed the importance of stabilization prior before PE treatment.

Keywords: PTSD, PE treatment, helpful, less good, therapist.

Förord

Jag arbetar som psykiatrijuksköterska och KBT-Steg 1terapeut på Öppenvårdsmottagning Björkängen (ÖVMB) Borås, Södra Älvsborgs Sjukhus, (SÄS), Västra Götalandsregion.

ÖVMB är en mottagning inom den specialiserade psykiatriska vården som inriktar sig mot psykossjukdomar. Efter omorganisation inom psykiatrin 2013 på SÄS fick ÖVMB uppdrag att behandla även posttraumatisk stress PTSD.

Våra PTSD patienter har komplexa symtombilder och kräver oftast en långvarig behandlingstid och också en långvarig stabilisering. Tyvärr avbryter en del av patienterna behandlingen.

Eftersom jag arbetar i PTSD teamet med traumafokuserade evidensbaserade behandlingsmetoder för PTSD är jag intresserad av att veta hur patienter har upplevt sin PE-behandling.

Vad var hjälpsamt? Var det något som var mindre bra i behandlingen?

Eftersom jag som terapeut behandlar patienter bland annat med PE-terapi för PTSD så valde jag fokus på Foas behandlingsmanual på förlängd exponering vid PTSD. Överensstämmer behandlingsmålen vid traumafokuserad PE-behandling Foas behandlingsmål där hon lyfter fram exponering in vivo och imaginativ exponering, att patienten därigenom når symtomlindring och habituering.

Tack!

Jag vill tacka mina kollegor, speciellt Nina som hjälpte mig att strukturera uppsatsen. Tack till Anngerd på SÄS bibliotek för hjälpen att söka tidigare forskningresultat. Tack också till mina kollegor som har hjälpt till att rekrytera patienter för studien. Såklart patienterna som ställde upp för studien. Tack även till Anders med sitt tålamod och uppmuntran.

Inledning

Posttraumatiskt stressyndrom är ett tillstånd som medför ett stort psykiskt lidande som är präglad av kraftig rädsla och sänkt funktionsförmåga. Posttraumatiska reaktioner kan uppkomma efter enstaka tydligt avgränsade händelser, multipla trauman, eller efter långvarig interpersonell traumatisering.

Specialistpsykiatrien ansvarar för bedömning och behandling av patienter med PTSD med svåra eller komplexa symtombilder, patienter med låg funktionsförmåga och psykiatrisk samsjuklighet. Det krävs ofta multidisciplinära insatser som samverkan med kommunala insatser och ett längre stabiliserande arbete.

Enligt regional medicinsk riktlinje i Västra Götalandsregionen bör Traumafokuserad psykoterapi övervägas för alla patienter som uppfyller PTSD-diagnos då detta är en effektiv behandling som kan förhindra lidande och utveckling av långdragna besvär (Regionalmedicinskt riktlinje för posttraumatiskt stressyndrom-PTSD Västra Götalandsregionen, 2016).

PTSD- Symtom och Kännetecken

Posttraumatisk stress kan uppkomma efter att personen har exponerats för en eller flera påfrestande livshändelser, så kallade trauman. Detta kan ske genom att personen själv upplever händelsen eller att personen har bevittnat händelsen. Exempel på trauman är krigsupplevelser, naturkatastrof, rån, misshandel, olyckor, våld, tortyr, sexuella övergrepp.

De vanligaste symtomen vid PTSD är att återuppleva traumat i form av återkommande påträngande minnesbilder, så kallade flashbacks, även att känna som om den traumatiska händelsen sker på nytt. Personen har kroppsliga reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

Undvikandebeteende är ett vanligt sätt att hantera traumarelaterad smärta. Personen undviker tankar, känslor, eller samtal som är förknippade med traumat. Undviker dessutom aktiviteter, situationer och platser som påminner om traumat. Personen har minskat intresse för vardagliga tidigare betydelsefulla aktiviteter. Detta leder till känsla av främlingskap och ökad isolering. Överspändhet är även en vanlig reaktion på trauma. Det innebär att personen har svårt att somna eller har orolig sömn, har mardrömmar. Personen är överdrivet vaksam, känner sig lättskrämmd och nervös, har svårt att koncentrera sig. Detta kan leda till otålighet och irritabilitet.

Diagnostiska kriterier för posttraumatisk stress enligt DSM 5

- *A kriteriet:* Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld. Utsatt för en eller flera traumatiska händelser. Personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- *B kriteriet:* Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen. Återkommande mardrömmar kopplat till den traumatiska händelsen. Dissociativa reaktioner (t.ex. flashbacks) där personen upplever eller handlar som om den traumatiska händelsen upprepas på nytt. Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som påminns om den traumatiska händelsen. Kroppsliga reaktioner på inre eller yttre signaler som påminner om den traumatiska händelsen.
- *C kriteriet:* Ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen. Aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat. Undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar traumaminnen.
- *D kriteriet:* Överspändhet. Sömnsvårigheter. Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till den traumatiska händelsen. Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen.
- *E kriteriet:* Markanta förändringar av personers stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat.

F: Varaktigheten av symtomen (kriterierna B, C, D och E) skall vara mer än 1 månad.

G: Symtomen orsakar klinisk signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbetslivet eller inom andra viktiga funktionsområden.

H: Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

PTSD - Prevalens

Det är beräknat att så många som hälften av individerna i den allmänna befolkningen kommer att uppleva ett trauma någon gång i livet (Breslau et al, 1998).

I befolkningsstudier uppger drygt hälften (50 - 70%) av de tillfrågade att de varit med om en eller flera potentiellt traumatiserade händelser i livet. Majoriteten av dessa utvecklar inte PTSD. Av de som utvecklar PTSD-symtom självläker en del inom loppet av ett år (Cusack et al, 2016). Livstidsprevalens för PTSD i en svensk befolkningsstudie uppskattades till 6 % och punktprevalensen till 1 % i allmänbefolkningen i en europeisk studie. Prevalensen kan dock vara betydligt högre, omkring 30%, i grupper med erfarenhet från krig och konfliktområden (Tinghög et al, 2016).

PTSD - Samsjuklighet

För personer med PTSD är det vanligt med samsjuklighet, 80% av individer har ytterligare minst en av följande diagnoser: depression, generaliserad ångestsyndrom, substansmissbrukssyndrom, social fobi, paniksyndrom, traumatisk hjärnskada eller neurokognitiva störningar (Renblad et al, 2012).

Differentialdiagnos till PTSD

Vid differentialdiagnos särskiljes - differentieras - sjukdomar med liknande symptom. Akut stressyndrom - personen har blivit utsatt eller har bevittnat en livshotande händelse där individen varit vettskrämd och känt sig hjälplös. PTSD har samma orsak men diagnosen ställs tidigast fyra veckor efter händelsen.

Anpassningsstörning- emotionella symptom eller beteendeförändringar till följd av identifierbara stressfaktorer, ofta blandad med ångestsymtom, depressiva eller psykosomatiska symptom, utan att fylla diagnoskriterier för dessa. Symtomen har utvecklats inom tre månader efter påfrestningens debut (DSM-5).

PTSD - Diagnostisering

Patienten som har PTSD, söker ofta vård för andra symptom som sömnsvårigheter, för smärta, depression och ångestsymtom eftersom undvikande är ett vanligt symptom vid trauma. Det är viktigt att fråga om patientens traumatiska erfarenheter när personer söker vård. Utredning av PTSD skall innefatta en noggrann klinisk intervju och strukturerad trauma – intervju. Det är viktigt att använda självskattningsformulär vid påfrestande livshändelser.

Självskattningsformulär som används:

- *IES (Impact of Event Scale)* symtomscreeningsskala som mäter i vilken grad personen besvärats av posttraumatiska stressreaktioner de senaste sju dagarna, bör ej användas som ensamt diagnostiskt instrument (Horowitz et al, 1997).
- *PCL-5 (Post Traumatisk Checklist)* personen beskriver kortfattat den värsta traumahändelsen och på vilket sätt personen har besvärats av den under den senaste månaden (Weathers et al, 2013).
- *CAPS, (Clinican Administred PTSD Scale for DSM-5)*. CAPS 5 är en strukturerad klinisk intervju som består av 30 frågor, den täcker bedömningen av den traumatiska händelsen, de 20 PTSD symtomen enligt DSM-5, den täcker symtomens debut och varaktighet, psykiska påfrestningar på grund av PTSD symtomen, den täcker graden av funktionsnedsättning och övergripande svårighetsgraden av PTSD symtom, den innehåller också skattningar av dissociation som är nya i DSM-5 (Frank et al, 2013).
- *DES (Dissociative Experience Scale)* kliniskt screeninginstrument för att identifiera personer med dissociativ psykopatologi (Nilsson & Svedin, 2006).
- *MADRS* självskattningsskala för depression (Montgomery & Åsberg, 1979).
- Viktigt med klinisk Riskbedömning om det föreligger det aktuell hotbild från förövare.

Evidensbaserade behandlingar för PTSD

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, metod för att behandla traumatiska minnen.

Metoden skapades av psykolog Shapiro (1989) i USA. EMDR följer strukturerat behandlingsprotokoll som består av åtta olika faser. Patienten uppmanas att identifiera olika aspekter av det traumatiska minnet som bilder, föreställningar och affekter. Patienten uppmanas sedan att fokusera på den störande bilden, tankar och kroppsliga förnimmelser som är förknippade med minnet. Samtidigt för terapeuten sin hand framför patientens ansikte medan patienten följer rörelsen med ögonen. Efter 30 – 50 ögonrörelse avbryter terapeuten stimuleringen och patienten får berätta om nya tankar, känslor, kroppsliga sensationer och minnen som aktiverats. Processen upprepas till ångestnivån har reducerats maximalt. Målet med behandlingen är att de traumatiska minnesbilderna skall bli integrerade minnen (Royle & Kerr, 2012). Studier gällande EMDR visar att metoden är jämförbar med kognitiv beteendeterapi sett till behandlingseffekter. Den första randomiserade kliniska studien

publicerades 1995 och visade att EMDR jämfört med väntelista var överlägset i behandling av PTSD (Wilson et al, 1995). Nästa forskningsstudie var att jämföra EMDR med KBT. Forskningsresultaten visade att metoderna var i stort sett lika effektiva (Van Etten, 1998).

Kognitiv processing terapi för PTSD, CPT

Metoden har utvecklats av dr Patricia Resick, Monson, Chard för att behandla symtom på PTSD bland klienter som hade upplevt ett sexuellt övergrepp. I en randomiserad studie av kvinnliga våldtäktsoffer med kronisk PTSD fann man att kognitiv bearbetningsterapi överlag är likvärdig med exponeringsterapi, men också att den har vissa fördelar beträffande exponering avseende vissa typer av skuldrelaterande kognitioner (Resick et al, 2002).

CPT grundar sig på tanken att PTSD symtom kommer ifrån en konflikt mellan pre-trauma föreställningar om sig själv och världen före och efter traumat. Konflikterna kallas för ”stuck points” - upplevelser som fastnar i traumat och behandlas genom att patienten skriver om den traumatiska händelsen. Patienten blir ombedd att skriva om sin traumatiska händelse i detalj och sedan instrueras att läsa berättelsen högt upprepade gånger i och utanför sessioner. Terapeuten hjälper patienten identifiera negativa tankar och känslor som patienten fastnat i och arbeta fram terapeutiskt nya färdigheter genom att ifrågasätta och utmana dess negativa tankar och känslor och frammana nya färdigheter. Modellen har sitt ursprung i kognitiv metod. Att man reviderar felaktiga ohjälpsamma antaganden.

Clarks och Ehlers kognitiva modell för PTSD behandling

Ehlers och Clark lyfter i sin kognitiva modell för PTSD fram hur uppfattningen om traumat och dess konsekvenser som ett allvarligt pågående hot bidrar till vidmakthållande av problematiken. I deras teoretiska modell föreslås alltså behandlingsinterventionen vars syfte är att bryta undvikande av traumaminnen för att få till en kognitiv bearbetning. Metoden består av tre huvudkomponenter: Bearbetning och integrering av traumaminnen, modifiering och omstrukturering av negativa tolkningar av traumat, och att minska dysfunktionella beteenden som bidrar till vidmakthållande av symtom. I deras teoretiska modell föreslås alltså behandlingsinterventionen, vars syfte är att bryta undvikande av traumaminnen, för att få till en kognitiv bearbetning, metoden är mera narrativ. Interventionerna som ingår i Clarks och Ehlers behandlingsmodell återfinns också i andra evidensbaserade behandlingar för PTSD. Jämfört med andra behandlingsmodeller lägger den kognitiva modellen större vikt vid att identifiera och modifiera problematiska/negativa tolkningar av traumat och dess följder. Imaginärt återupplevande syftar inte primärt till att främja habituering som i PE utan används

i Ehlers och Clarks modell som ett sätt att identifiera patientens tolkning och förståelse av traumat, samt som en strategi för att införliva den information som tagits fram genom kognitiv omstrukturering i patientens traumaminne (Ehlers & Clark, 2000).

I en brittisk studie (Brady et al, 2015) har man identifierat vissa egenskaper och beteendemönster hos patienter, som bidrar till mindre goda behandlingsresultat vid traumafokuserad KBT. Det handlar om sådant som att patienten har svårt att uttrycka känslor och tankar och/eller perseverativa tendenser hos patienten. Artikelförfattarna rekommenderar att man som kliniker är extra observant på detta i samband med kartläggning och behandlingsplanering, och försöker hitta strategier för att hjälpa patienten utvecklas på dessa områden.

Förlängd exponeringsterapi vid PTSD

Förlängd exponerings terapi, Prolonged exposure therapy, har utvecklats av Edna Foa, professor i klinisk psykologi vid University of Pennsylvania. Foa gjorde sina första studier på PE vid början av 1980-talet. Hon har publicerat mer än 350 artiklar och har skrivit ett tjugotal böcker. PE kommer från en lång tradition av exponeringsterapi för ångeststörningar (McLean & Foa, 2011) och har sin grund i emotionell bearbetningsteori för PTSD där fokus ligger på att minnet av den traumatiska händelsen skall bearbetas för att PTSD symtomen ska kunna lindras (Foa et al, 2013).

Förlängd exponering syftar till att genom exponering rätta till de felaktiga associationerna i rädslonstrukturen och på det sättet behandla PTSD symtom. Först och främst måste rädslonstrukturen aktiveras, annars går det inte att modifiera den. Dessutom måste ny information som är inkompatibel med den felaktiga informationen i rädslonstrukturen göras tillgänglig och föras in i strukturen. När detta sker kommer information som tidigare gav upphov till ångestsymtom inte längre göra det.

Vid bedömning av PTSD har terapeuten genomfört en strukturerad traumaintervju kring den traumatiska händelsen och dess reaktioner - så kallade måltraumat. Minnet av måltraumat kommer att vara fokus vid behandlingen. PE-behandlingen är manualbaserad och skall anpassas till varje patients enskilda problembild. Enligt manualen varierar sessionerna mellan åtta och femton gånger, 90 minuter/session. I behandlingen ingår psykoedukation, kontrollerad andning, exponering in vivo och imaginativ exponering.

Den första sessionen får patienten en behandlingsöversikt av behandlingsprogrammet och behandlaren startar med strukturerad traumaintervju. Sedan handlar sessionen om psykoedukation om hur undvikande vidmakthåller PTSD symtom. Patienten får psykoedukation om kontrollerad andning som ett sätt att minska spänning och obehag.

Session två fortsätter psykoedukativt om vanliga reaktioner vid traumatiska händelser, genomgång av patientens symtom, känslor och beteenden för att tydliggöra patienten beteenden genom funktionella analyser. Exponering in vivo för ofarliga situationer, aktiviteter, platser och föremål som patienten undviker på grund av traumarelaterad ångest introduceras och rangordnas och patienten får i hemuppgift att öva kontrollerad andning, exponering in vivo och läsa om vanliga reaktioner vid trauma.

Session tre ger terapeuten information och går igenom den teoretiska grunden för imaginär exponering. Det är viktigt att patienten får en behandlingsmanual som beskriver vad imaginär exponering betyder och hur exponeringen går till. Terapeuten instruerar patienten att blunda och beskriva traumat i presens ungefär 30, 45 till 60 minuter. Efter den imaginativa exponeringen bearbetas eller processas själva exponeringen, detta hjälper patienten att göra skillnad mellan då och nu och exponeringen förbättrar patientens känslomässiga bearbetning och leder till att minnet av traumat inte skapar längre handikappande ångest.

Terapeuten skall sträva efter att låta patienten tala så fritt som möjligt utan avbrott men frågar om SUDS som är en ångestskattning vart femte minut. Exponeringen spelas in och patienten skall lyssna på inspelningen en gång om dagen och fortsätta med exponering in vivo uppgifter (Foa et al, 2013).

Session fyra till nio eller fler fortskrider på liknande sätt med hemuppgifter, exponering in vivo och imaginär exponering. Patienten uppmuntras att beskriva traumat mera detaljerat och terapeuten för exponeringen till de mest plågsamma detaljerna av traumat så kallade brännpunkter. Under senare sessioner i takt med patientens framsteg, blir den imaginativa exponeringen allt kortare, ner till 30 minuter.

Enligt manualen är Session tio är den avslutande sessionen. Då berättar patienten i cirka 20 minuter om minnet av traumat hur upplevelsen har förändrats under behandlingen. Därefter utförs en detaljerad genomgång av patientens framsteg under behandlingen. Även genomgång av uppgifter som patienten skall fortsätta tillämpa av som den lärt sig under behandlingen. Återfallsprevention genomgås både muntligt och skriftligt, alltså vilka interventioner patienten skall fortsätta att arbeta med efter terapiavslut för att inte trilla i

gamla beteendemönster. Att ha en livsstil som utgår från exponering, förhindra och hantera bakslag. Sedan avslut.

Teorin om emotionell bearbetning utvecklades av Foa och Kozak 1985 – 1986 för att förstå ångeststörningar, traumaproblematik och mekanismerna bakom exponeringsterapi. Utgångspunkten för emotionell bearbetningsteori är tanken att rädsla representeras i minnet som en kognitiv struktur (förutom att den är en biologisk reaktion) för att undkomma fara. Rädslonstrukturen innehåller:

- 1) stimulus man är rädd för t.ex. en björn,
- 2) reaktionen på rädslan t.ex. hjärklappning,
- 3) innebörden som förknippas med stimuluset (björnar är farliga),
- 4) responsen t.ex. hjärklappning - betyder att jag är rädd.

Att minnas ett trauma är smärtsamt och kan leda till undvikande eftersom man tränger bort tankarna och försöker att inte tänka på dem, detta hjälper patienten kortsiktigt men stjälper långsiktigt. Hjärnan kommer inte att bearbeta minnet, vilket kommer att leda till återupplevande, undvikande och fördröjd vaksamhet i patientens vardag. Att återbesöka traumaminnet hjälper patienterna att bearbeta minnet och organisera det. Detta leder till att patienten får en tydligare bild av händelsen samt det som hände efteråt och ta in nya perspektiv på det som hänt. Genom att återbesöka minnet ofta och under en längre stund upptäcker patienten att ångesten går ner genom habituering, vilket innebär att de felaktiga föreställningarna om att ångesten är evig eller bara tar slut om man flyr motbevisas. Exponeringen visar patienten att trots traumat var farligt så är inte minnet det. Undvikandet av traumaminnet eftersom man tränger bort tankarna och försöker att inte tänka på det hjälper patienten kortsiktigt men stjälper långsiktigt. På lång sikt innebär undvikandet att den traumarelaterade rädslan vidmakthålls eftersom den emotionella bearbetningen hindras.

Michelle Craske, professor i klinisk psykologi vid UCLA och verksamhetsansvarig för Anxiety disorders research center vid University of California föreslår istället Inhibitory learning som menar att det gamla rädslominnet aldrig försvinner (som Foas habitueringmodell föreslår) utan att ett nytt minne måste utvecklas som är tillräckligt stark för att kunna konkurrera med det ursprungliga rädslominnet. Man försöker alltså med nyinlärning hämma det gamla minnet (Craske et al, 2014).

Stabilisering, Gruppintervention inför PE-behandling

Utifrån forskning på stabilisering inför PTSD behandling har två psykologer som var verksamma under 2013 på SÄS psykiatriska klinik utvecklat en manual för en behandling, så kallad stabilisering. Stabiliseringen genomförs i grupp eller enskilt för att en stor del av patienter inte klarar exponeringsbehandling på grund av rädsla för att utsätta sig för de känslor som kommer att väckas under PTSD-behandling. Stabilisering omfattar åtta sessioner som är 90 minuter vardera. Behandlingen är baserad på färdighetsträning vid känsloreglering utifrån Dialektiskt beteende terapifärdigheter (Kåver & Nilsson, 2002). Session ett, Introduktion av behandlingen, handlar om vanliga reaktioner vid PTSD. Session två, Att förstå dina känslor, vilka grundläggande känslor finns det och vad kan utlösa en känsla. Session tre, Hantera dina känslor, att hantera ohjälpsamma känslor. Session fyra, Hantera dina känslor – att agera tvärtemot känslan. Session fem, Hantera dina känslor – flashbacks och dissociation. Session sex, Minska din sårbarhet, att förbättra sin vardagsstruktur. Session sju, Hantera dina känslor, att acceptera det svåra. Session åtta, Utvärdering och vidmakthållande.

Stabilisering i grupp eller individuell stabilisering är ingen direkt PTSD-behandling. Stabiliseringen är mera som en skola i PTSD för att lära sig känsloreglering. Patienterna får råd och information om vanliga reaktioner vid traumatiska händelser vid PTSD för att lära sig hantera sina symtom på ett bättre sätt genom psykoedukation och manualbaserade övningar. Syftet är att patienterna lär sig strategier för att öka tolerans för yttre och inre upplevelser, att kunna observera sig själv och omgivningen med minskat ångestpåslag. Det är frivilligt att prata i gruppen men inte om sitt trauma. Samtliga patienter som går gruppbehandlingen har även bokade tider med sin terapeut för att gå igenom hemuppgifter.

Tidigare forskning om patienternas upplevelse av PE behandling vid PTSD

Det har varit närmast omöjligt att hitta någon forskning just om patientens upplevelser av PE-behandling vid PTSD. En studie publicerades 2017 (Hundt et al, 2017). En kvalitativ studie där 23 krigsveteraner som hade avslutat minst åtta sessioner av PE- eller CPT-behandling intervjuades gällande deras upplevelse av behandlingen. Resultatet tydde på att en minoritet av veteraner initialt försämrades. Majoriteten av veteranerna uppgav positiva erfarenheter och kände att trots att de var stressiga, uppgav de att dessa evidensbaserade behandlingar var värda det. I studien framkom vidare att de flesta av veteranerna uppgav att de diskuterade om att avbryta behandlingen i förtid, men uppmuntrades av terapeut och anhöriga att fortsätta terapin. Att diskutera att avbryta terapin var dock vanligare i PE i jämförelse med CPT. Veteranerna upplevde att exponering har varit ett viktigt bidrag till

symtomförbättring, bättre självförståelse och för att ändra deras negativa eller ohjälpsamma övertygelser. Dessa resultat visade veteranernas positiva inställning till PE och CPT och att detta kan hjälpa forskare att utveckla strategier för att öka följsamheten till behandlingsavslut.

Det vanligaste som rapporterades var att terapin var känslomässigt utmanande, men mycket fördelaktig. Som en manlig Vietnamveteran uppgav i studien: ”*Det är ett helvete, men det är värt det i slutet.*” (Hundt et al, 2017).

Både PE- och CPT-behandling innebär hemuppgifter, majoriteten av veteranerna noterade att hemuppgifterna var hjälpsamma, att de på så sätt gjorde snabbare framsteg. Veteranerna frågades om deras uppfattning om interventioner. Även om det fanns vissa skillnader mellan PE och CPT så beskrev de tre områden som hjälpsamma: Större självförståelse, exponering/habituering och att ändra tankar/övertygelser.

Vietnamveteranerna och deras anhöriga beskrev en minskning av veteranernas PTSD symtom. Många uttryckte att de hade kvarvarande symtom men att behandlingen minskade dess frekvens och svårighetsgrad. De upplevde en mängd olika förbättringar i deras livssituation inom familj, relationer, sysselsättning, skola och den allmänna synen på livet. En veteran uttryckte det såhär: ”*Det finns inget som det inte har hjälpt mig med. Som jag sa, det är inte botemedel i allt, dock. Det hjälpte mig att klara.*”

En betydande minoritet (3 % i PE, 25% i CPT) upplevde initial försämring, detta är högre än graden av initial försämring baserat på standardiserade symtom mätt i tidigare studier, definierat som det tillförlitliga förändringsindexet för resultatåtgärder (t.ex. FOA, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Jayawickreme et al., 2014). Detta kan bero på avvikelser mellan subjektiva symtomrapport och mätning på symtom, dessutom upplevde många att behandlingarna var känslomässigt svåra och emellanåt tidskrävande och två veteraner rapporterade ingen förbättring av behandlingen. Trots detta beskrev en majoritet av veteraner i både PE (86%) och CPT (75%) en signifikant symtomförbättring. Det framgick i studien att kliniker som tillhandahåller evidensbaserade behandlingar för PTSD bör vara medvetna om att patienterna kan ha en betydande ambivalens om PE och CPT även efter de deltagit i flera sessioner.

Studiens Syfte -Frågeställning

Studiens syfte var att beskriva patientens subjektiva upplevelse av PE-behandling vid PTSD.

Följande specifika frågeställningar undersöktes:

- 1) Vad upplevde patienten var mest hjälpsamt i terapin?
- 2) Vad var mindre bra i terapin?

Ett ytterligare syfte med studien var att undersöka om patientens beskrivning av behandlingen överensstämde med Foas behandlingsmål vid traumafokuserad PE-behandling där hon lyfter fram exponering in vivo och imaginativ exponering och att patienten därigenom når symtomlindring och habituering.

Metod

Intervjuerna i denna studie gjordes med hjälp av fyra semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Innehållet i intervjuerna analyserades och kategoriserades i meningsbärande enheter som speglar viktiga aspekter av att genomföra en PE-behandling för PTSD (Kvale et al, 2014).

Forskningsansats

Fenomenografi är en kvalitativ forskningsmetod som har utvecklats inom pedagogisk forskning. Med metoden vill man lyfta fram individers olika uppfattningar om ett fenomen. Det främsta syftet är att urskilja olika aspekter av fenomenet. Eftersom begreppet uppfattningar är centralt inom fenomenografien och studien handlar om patienters personliga upplevelse av PE-behandling så har denna forskningsmetod använts i studien (Patel et al, 2011).

Deltagare – Bortfall - Datainsamling

Tillgänglighetsurval för studien, en kvalitativ intervjustudie med fyra patienter som har genomfört en traumafokuserad PE-behandling. Personerna som intervjuades var tre kvinnor och en man i ålder 37 - 66 år. Två av patienterna hade deltagit i stabiliseringsgrupp före PE-behandling, två hade genomfört individuell stabilisering före PE-behandling. Fem patienter frågades av deras terapeuter om de kunde ställa upp för forskningsstudien. Alla fem tackade ja. Patienterna kontaktades av deras terapeuter för förfrågan om de var intresserade av att ställa upp i studien. Deltagarna kontaktades sedan av författaren för tidsbokning och blev då informerade om de tre huvudfrågorna: Vad upplevde du var mest

hjälpfullt i PE-terapi? Vad upplevde du var mindre bra i din PE- terapi? och hur de upplevde terapeutens roll i terapiprocessen. En utav studiedeltagarna svarade aldrig i telefon och inkluderades därför inte i studien. Tid och plats för intervjuerna anpassades efter informanternas önskemål. Informanterna informerades om hur intervjun skulle gå till och de fick återigen information om studiens syfte och de tre huvudfrågorna: Vad upplevde du var mest hjälpfullt i PE-terapi? Vad upplevde du var mindre bra i din PE- terapi? och hur de upplevde terapeutens roll i terapiprocessen. Intervjuerna spelades in med diktafon och pågick i genomsnitt 30 minuter. En utav deltagarna uteslöts från studien efter intervjun eftersom personen ej hade genomfört terapi utifrån Foas modell för PE-behandling med imaginär exponering.

Reliabilitet - Validitet

För att en undersökning skall ha hög reliabilitet det vill säga en hög tillförlitlighet eller pålitlighet, bör detta uppmärksammas under hela undersökningsprocessen. Det som kan påverka reliabiliteten kan vara faktorer som vilka slags frågor intervjuaren ställer och på vilket sätt frågorna ställs. Fler faktorer som kan påverka intervjun är att intervjuaren gör felaktiga analyser. Ett sätt att öka reliabiliteten är att ge exempel på det material som man har använt i undersökningen, till exempel citat från intervjudeltagarna samt att redogöra för de olika stegen i analysprocessen (Kvale, 1997). För att stärka studiens validitet skall man jämföra de egna slutsatserna med andra undersökningar, om dessa överensstämmer så kan säga att validiteten styrkts men det säger dock inget om sanningen i den egna undersökningen (Jacobsen, 2007). Svårigheter i denna studie har varit att hitta tidigare forskning om patienters upplevelse av PE behandling - vad de upplevt positivt och negativt med behandlingen. Intervjudeltagarna har varit få men deltagarna har fått samma frågor och citat har redovisats så noggrant som möjligt utifrån intervjuerna med vissa justeringar för att anpassa texten i skrift, varje deltagares personliga språk har bevarats.

Etiska överväganden

Vårdenhetschefen på öppenvårdsmottagning godkände att patienterna som avslutat PE terapi skulle tillfrågas om studiedeltagande. Deltagarna fick information att uppgifter som samlades i forskningsstudien skulle behandlas med sekretess och att inga enskilda personer kunde identifieras i studieresultat.

Metodbeskrivning för undersökningen

Intervjuerna transkriberades och lästes igenom ett flertal gånger för att bekanta sig med data och etablera ett helhetsintryck. Sedan uppmärksammades likheter och skillnader i utsagorna i intervjuerna. Vidare kategoriserades uppfattningar i beskrivningskategorier och till slut studerades den underliggande strukturen i kategorisystemet. Med innehållsanalys menas att de meningar och uttryck som innehåller relevant information om studiens syfte och frågeställningar analyseras. Innehållsanalys användes för att ta fram meningsbärande enheter. Därefter kodades dessa för att återspegla det centrala budskapet i intervjuerna.

Resultat

Två huvudteman i studien var givna dessutom framkom vid intervjuerna ett tredje huvudtema. Dessa huvudteman indelades var och en i underkategorier utifrån analys av intervju svaren. Nedan redovisas huvudteman och underkategorier.

1. Vad var hjälpsamt i terapin?

1.1 Verktyg

Deltagarna beskrev att terapin hjälpte dem att minska deras PTSD symtom genom att få kunskap om vanliga reaktioner vid trauma och ge verktyg att hantera traumaminnen på ett mera hjälpsamt sätt. En av deltagarna uttryckte det: *”Jag har berättat om mitt trauma så många gånger det har minskat mina svårigheter och att jag har jobbat med mina undvikanden har hjälpt mig att hantera mitt liv igen.”* Deltagarna uppskattade terapimaterial för att kunna gå tillbaka till materialet vid behov efter terapiavslut, att arbeta med traumarelaterad undvikande och säkerhetsbeteenden, att tillämpa exponering in vivo och imaginativ exponering. Flera av deltagarna tyckte att de fått verktyg för att tänka på traumat, prata om det, uppleva påminnelser av det utan att känna skräck och oro och lärt sig skillnaden mellan då och nu. Som en av deltagarna beskrev det: *”Det onda är inte här för att sluka mig, det var där och då, det har hjälpt mig att få bredare syn på livet.”*

För en annan deltagare var andningsövningarna speciellt hjälpsamma:

”Jag fick lära mig om lugn andning, avspänningsövningar jag kommer aldrig glömma andningen.”

Intervjudeltagarna beskrev att hemuppgifterna var hjälpsamma, att de har lärt sig att hantera traumaminnen på ett bättre sätt, som här: *”Hemuppgifter har varit de bästa, att jobba med*

rädslorna. Det händer att jag blir orolig, men då har jag gått tillbaka till mina hemuppgifter och använt mig av dem.”

En deltagare uppskattade att få skriftligt arbetsmaterial både beträffande stabilisering och PE-behandling som hen hade använt sig av efter terapiavslut när hen blivit orolig. Även hemuppgifter med exponering in vivo, att utsätta sig för och konfronteras för tidigare säkerhets- och undvikandebeteenden. Som en utav studiedeltagarna uttryckte det:

” Jag var rädd för att öppna dörrar för det påminde om det jobbiga. Jag förklarade för min man och mina vänner och barn att de inte fick ringa och säga att de kommer utan att de skulle bara ringa på dörren. Det var jättejobbigt i början men inte mera. Jag lärde mig att inget farligt händer”. En annan deltagare beskrev det: ”Jag distanserade mig ifrån det, med nu och då på ett bra sätt. Till slut hade vi bankat och spikat färdigt, det kändes bra att släppa det genom att exponera, det tog bort obehagets styrka.”

1.2 Kunskap

Att arbeta med manualbaserad terapimaterial upplevdes positivt, även att få genomgående skriftlig arbetsmaterial. Studiedeltagarna beskrev att terapin har hjälpt att minska deras PTSD symtom. Som en av deltagarna uttryckte det: *” Jag har gått så många terapier där jag bara pratat, pratat och pratat och min terapeut har nu förklarat var mina rädslor kommer ifrån och vi har jobbat med rädslorna”.*

Förståelse för varför man reagerar starkt på traumatiska upplevelser minskade deltagarnas känslor av rädsla och skam. En deltagare beskrev: *”Jag har aldrig jobbat med det som har varit jobbigt, inte förstått vad mina rädslor har berott på och inte jobbat med problemen”. ” När jag kom till min terapeut så vågade jag inte göra någonting, idag är jag med på föreningen och bakar och ordnar och är dagligen ute”.*

1.3 Stabiliserings-övningar

I huvudtema: Vad var hjälpsamt i terapin, framkom även stabilisering trots att inga frågor ställdes om stabilisering. Stabiliseringen är som en känsl-skola inför PE-behandling för att lära sig känsloreglering. Stabiliseringsövningar genomförs på mottagningen för att en stor del av patienter inte klarar exponeringsbehandling på grund av rädsla för att utsätta sig för de känslor som kommer att väckas under PTSD behandlingen. Det hjälpsamma som studiedeltagarna beskrev var att göra stabiliseringen i grupp, att inte känna sig ensam om sin problembild. Även att bli medveten om känslornas funktion och att lära sig nya strategier för

att hantera känslor. Som en av studiedeltagarna beskrev: *”Jag har lärt mig hantera mina känslor, hur man hanterat rädslor och jag är inte rädd mera”*. En annan deltagare beskrev: *”Stabiliseringen var verkligen hjälpsam, att träffa andra som var i liknande situation som mig, att bli medveten om vad känslor och tankar gör med mig.”*

2. Vad var mindre bra i terapin?

Studiedeltagarna gav uttryck för flera faktorer i behandlingen som de upplevde krävande och ansträngande. Utifrån beskrivning som deltagarna gav av vad som var mindre bra i terapin utformades underkategorierna; stress och terapiundvikande.

2.1 Stress

Att exponera och konfrontera traumaminnen är kortsiktigt stressande, utmanande och krävande men långsiktigt hjälpsamt. Flera av deltagarna beskrev känsla av stress i början av terapin gällande både in vivo och imaginativ exponering. Som en av deltagarna beskrev: *”Jag hatade den riktiga delen av terapin med exponeringen, jag kände mig naken och att jag hade hundratusen strålkastare på mig”*. En annan deltagare uttryckte: *”Ja, vi spelade in och jag fick lyssna på det hemma. Vi spelade in händelsen. Det var hemskt i början, jag grät och jag grät och jag grät men efter några terapier blev jag inte så rädd mera när jag berättade om det. Det kändes inte så verkligt som det var innan”*. En tredje deltagare formulerade: *”Jag fick spela in på mitt hemspråk och terapeuten stoppade mig för jag grät så mycket och där fick berättas det på svenska och vi kom fram till manlig svett. Jag fick exponera, jag reagerar inte mera”*.

2.2 Terapiundvikande

Undvikande är ett vanligt sätt att hantera traumarelaterad smärta. Att undvika hjälper kortsiktigt men stjälper långsiktigt och vidmakthåller problembilden. Det vanligaste undvikandebeteende vid PTSD är att undvika tankar, situationer och platser som påminner om traumat. Två av studiedeltagarna beskrev terapiundvikande. Den första deltagaren beskrev: *”Det var jobbigt att jobba bort säkerhetsbeteenden, alla uppgifter var jobbiga i början. Att spela in var jobbigt, att jobba med rädslorna var jobbigt”*. Den andra deltagaren uttryckte: *”Jag ville och jag hittade på ursäkter för att få terapin ogjord, ville undvika livet och terapin eftersom det påminde så mycket om platser”*.

3. Upplevelse av terapeutens roll i terapiprocessen

3.1 Tillit

Studiedeltagarnas tillit till terapeuten, att våga öppna sitt inre och arbeta terapeutiskt med problembilden visade sig vara väsentlig, också att de blev bemötta med lugn, acceptans och stöd när de berättade sin historia. Som en av deltagarna beskrev: *”Behandlingen har varit tufft men jag har fått stor tillit till terapeuten och fått skala av löken i min takt”*. En annan deltagare sammanfattade det såhär: *”Det var som att ha en väldigt stark lök och skala av löken, det blev lättare och lättare varje gång jag träffade terapeuten”*.

3.2 Tidsaspekt

Patienter som behandlas på specialpsykiatrisk nivå för PTSD har ofta komplex långvarig problembild. Problembilden kan kräva samverkan med olika myndigheter även en långvarig behandling upp till två till tre år. Studiedeltagarna beskrev att de upplevde positivt att kunna genomföra terapin i deras fart, att terapeuterna anpassade terapin efter deras omständigheter. Som en av deltagarna formulerade: *” Det tog säkert tjugo gånger för mig att gå igenom stabiliseringen men det var hjälpsamt”*. En annan av deltagarna uttryckte: *”Jag har fått skala av löken i min takt.”*

Diskussion

Det finns få tidigare studier om patienters upplevelse av PE-behandling. Deltagarna i denna studie har varit få men deltagarna har beskrivit med egna ord vad de upplevde var mest hjälpsamt och mindre bra i deras PE-terapi, även hur terapeutens roll och terapimetoden upplevdes.

Syftet med studien var att undersöka patienters upplevelse av PE-behandling och undersöka om patientens beskrivning av behandlingen överensstämde med Foas behandlingsmål vid traumafokuserad PE-behandling där hon lyfter fram exponering in vivo och imaginativ exponering och att patienten därigenom når symtomlindring och habituering.

Samtliga deltagare beskrev positiva och negativa delar av behandlingen. Det övergripande var att de upplevde att terapin hjälpte dem att minska deras PTSD symtom. Deltagarna upplevde som viktigt att få kunskap om vanliga reaktioner vid trauma och få verktyg att hantera traumaminnen på ett mera hjälpsamt sätt. Studien har ökat ytterligare

förståelse av vikten om psykoedukation gällande traumarelaterat undvikande. Studien har också ökat förståelsen för att det är viktigt att patienterna får grundlig skriftlig terapimaterial på grund av koncentrationssvårigheter och för att patienterna skall ha tillgång till materialet efter terapiavslut för att hantera eventuella återfall. Studiedeltagarna upplevde hemuppgifterna hjälpsamma. Detta resultat framkom även vid forskningsstudien från USA (Hundt et al, 2017).

PE blockerar negativ förstärkning av kognitiv och beteendemässigt undvikande genom att man konfronterar minnen av traumat eller det som påminner om traumat, på så sätt reduceras faktorerna bakom PTSD. Patienterna lär sig också att de kan stå ut med symtomen, att symtomen inte betyder att de håller på och blir galna eller tappa kontrollen. Genom att återbesöka minnet ofta och under en längre stund upptäckte studiedeltagarna att ångesten gick ner genom habituering, vilket innebar att de felaktiga föreställningarna om att ångesten är evig eller bara tar slut om man flyr motbevisades. Detta överensstämmer med Foas behandlingsmål (Foa et al, 2001).

Studiedeltagarna hade genom psykoedukation fått förståelse om vanliga reaktioner vid trauma och varför personer med PTSD reagerar så starkt på traumatiska minnen och triggers. Deltagarna hade fått verktyg att arbeta med undvikande och tidigare säkerhetsbeteenden. Förståelse för kroppsminnen och automatiska reaktioner lyftes också fram av studiedeltagarna som viktig kunskap.

Studiedeltagarna hade lärt sig att det inte är farligt att bli påmind om den traumatiska händelsen, att oron och ångesten som de upplevde i början av konfrontationen av minnesbilderna minskade med tiden och deltagarna kom över rädslan och undvikandet.

Studiedeltagarna hade fått kunskap om att undvikandet av traumaminnet eftersom man tränger bort tankarna och försöker att inte tänka på det hjälpte kortsiktigt men stjälpde långsiktigt. På lång sikt innebär undvikandet att den traumarelaterade rädslan vidmakthålls eftersom den emotionella bearbetningen hindras vilket överensstämmer med Foas behandlingsmål (Foa et al, 2001).

Studiedeltagarnas upplevelse av PE-behandling överensstämde med Foas behandlingsmål vid traumafokuserad PE-behandling där hon lyfter fram exponering in vivo och imaginativ exponering för att därigenom ge patienten symtomlindring och habituering (Foa et al, 2001).

Studiedeltagarna hade genomgått en stabiliseringsfas innan PE behandling. Studiedeltagarna tog upp stabiliseringsfasen som en viktig behandlingsdel trots att de inte fick några frågor om stabilisering. Deltagarna lärde sig nya strategier för att öka tolerans för yttre och inre upplevelser. Studien har visat vikten av fortsatt individuell stabilisering eller gruppbehandling för att patienterna skall uppnå terapimålen.

Det negativa som deltagarna tog upp var exponering in vivo och att konfrontera traumaminnen genom imaginär exponering. Studiedeltagarna beskrev terapiundvikande. Upplevde exponering stressande, utmanande och krävande specifikt i början av terapin, men att detta var kärnan i terapin, långsiktigt hjälpsamt för att minska deras PTSD symtom.

Enligt studien av krigsveteranernas upplevelse av PE behandling kom forskarna fram till att klinikerna bör förvänta rädsla och terapitvekan i både PE och CPT. Ur terapeutperspektiv är det viktigt att motivera och uppmuntra patienterna till fortsatt behandling trots deras motvilja. Deltagarna beskrev en positiv upplevelse med att få genomföra terapin i sin takt. Vad som framkom i studien från USA var vikten att motivera, uppmuntra, ge beröm för att patienterna skall fortsätta och slutföra behandlingen. Veteranerna beskrev också vikten av att ha stark allians med terapeuten (Hunt et al, 2017).

Därför är det viktigt att skapa gemensamt ramverk för terapin. Skapa gemensam målsättning för terapin för att patienten skall nå terapimålen men också för att skapa förtroende för terapeuten och terapimetoden.

Det är viktigt att komma fram till gemensamma överenskommelser vid terapistart. Informera om eventuell tillfällig försämring är vanligt förekommande när man börjar att arbeta med exponering. På grund av terapi undvikande är viktigt att komma fram till överenskommelse om hur göra vid eventuella avbokningar, och vid uteblivande från sessioner. Uppmuntra och motivera patienterna för att de skall fortsätta fullfölja sin terapi. Detta är också alliansskapande och ger ramverket för själva terapin.

Det framkom i studien att det är viktigt att skapa behandlingsallians och att bekräfta patientens mod att genomföra terapin. Det är viktigt att terapeuten har flexibilitet i förhållande till behandlingsmanualen, att utgå utifrån patientens specifika behov relaterat till hur snabbt behandlingen skall framskrida.

Studien har ökat ytterligare förståelsen av patienters känsla av utsatthet, specifikt i början av PE. Personen som uteslöts från denna studie klarade ej av den imaginära

exponeringen utifrån Foas behandlingsmodell men genomförde en annan form av traumafokuserad terapi med goda resultat. Därav framkom terapeutens flexibilitet och förmåga att byta terapimodell i behandlingen som väsentlig.

Förslag på framtida forskning

Patienter som behandlas på specialistpsykiatrisk nivå för PTSD har ofta komplex långvarig problembild. Problembilden kan kräva samverkan med olika myndigheter även en långvarig behandling upp till tre år. Studiedeltagarna beskrev att de upplevde positivt att kunna genomföra terapin i deras fart, att terapeuterna anpassade terapin efter deras omständigheter. Väntar sig terapeuterna alltför snabba behandlingsresultat? Är det högre frekvens på avhopp i behandlingsmodellen inom primärvården på grund av begränsade terapier? Dessa frågor kan enbart besvaras genom nya studier.

Referenser

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, V A, American Psychiatric Association, 2013
- American Psychiatric Assisiation (översättning till svenska av Jörgen Herlofsson): MINI-D, (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press
- Brady, F., Warnock-Parkes, E., Barker, C. and Ehlers, A. (2015). Early in-session predictors of response to trauma-focused cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 40-47.
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). *Maximim exposure therapy: An inhibitory learning approach*.
- Cusak, K., Jonas, D.E.,Forneris, C.A., Wines, C., Middleton, J.C., Gaynes, B.n., (2016) Psychological Treatments for adults with Posttraumatic Stress Disorder: *A Systematic Review and Meta-analysis*, *Clinical Psychology Review*,(43, 128-141).
- Ehlers, A. & Clark, D., M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Reasearch and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D., M., Hackmann, A., McManus, F. and Fenbell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Frank W. Weathers, Dudley D. Blake, Paula P. Schurr, Danny G. Kaloupek, Brian P. Marx, &Terence M.Keane. National Center for Posttraumatic Stress Disorder CAPS, Clinician-Administred PTSD Scale for DSM-5. 2013. Svensk version 2015.
- Foa, E,B., Hembree, E,A., Rothbaum, B (2007), *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of traumatic Experiences - Therapist guide*, Oxford University Press, Inc.
- Foa, E,B., Hembree, E,A., Rothbaum, B (2007),*Reclaiming Your Life From Traumatic Experience – Workbook*, , Oxford University Press, Inc. Hackmann, A., Bennett-Levy, J. &

- Holmes, E., A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218. Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press
- Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. Lund Studentlitteratur.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. Huges, M., & Nelson C.B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kvale, S, Brinkman, S (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur Lund.
- Kåver, A, Nilssonne, Å. (2002). *Dialektiskt beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning*
- Malteryd K. (2014) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur Lund
- Montgomery SA, Åsberg MADRS, Depression rating Scale-Self Rating, (1979)
- Nilsson, D., & Svedin, C-G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma. An evaluation of the Swedish version of Adolescent Dissociative Experience Scale. *The Journal of Nervous and mental Diseases*, 194, 684–689.
- Renblad P., et al (2012), psykiatristöd, Stockholms Läns Landsting.
- Resick P,A, Monson, C,M, Chard, K,A. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: comprehensive manual/ Resick P,A, Monson, C,M, Chard, K,A. description: New York, NY : Guilford Press, (2017)*
- Regional medicinsk riktlinje för Posttraumatiskt stressyndrom – PTSD (vuxna) Västra Götalandsregionen. (Regionalt vårdprogram för upptäckt, diagnostik och behandling av PTSD. (2016) Västra Götalandsregionen, giltig till januari 2019.
- Royle, L. & Kerr,C. (2012). *EMDR i klinisk praktik*. (1. Uppl.) Lund:Studentlitteratur.
- Shapiro, F (1989) *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*. *Journal of Traumatic stress*, 2, 199 - 223.

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., Sabonchi, F. Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda korsets Höskolas rapportserie (2016:1).

Van Etten M,S,T *Comparative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder:a meta analysis.* Clin Psychoter, (1998)

Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. (1995). *Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals*, J Consult Clin Psychol

Weathers, F.W., Litz, B.T., Kerane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. Svensk översättning: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. Arnberg, Berg Johansson, Michell, 2014.

Öst, L-G. (2013) *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

”Its Worth it in the End”: Veterans Experiences in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy av Natalie E. Hundt and Terri L. Barerra, VA HSR&D Houston Center of Excellence, Michael E. DeBakey VA Medical Center; Baylor College of Medicine; VA South Central Mental Illnes Research, Education and Clinical Center. Jennifer Arney, University of Houston Clear Lake and Baylor of Medicine Melinda A. Stanley, VA HRS&D Houston Center of Excellence, Michael E. DeBakey VA Medical Center; and Baylor of Medicine; VA South Central Mental Illness Research, Education and Clinical Center (2017).

Bilaga

Informationsbrev till studiedeltagare

Jag heter Kristiina Eriksson, arbetar på öppenvårdsmottagning Björkängen Södra Älvsborgs sjukhus och studerar på Psykoterapeutprogrammet vid Högskolan Evidens.

Jag är i slutfasen av utbildningen och på sista terminen ingår det att bedriva en forskningsstudie. Eftersom jag arbetar på mottagningen med traumafokuserad PE behandling så har jag ett stort intresse av att veta hur du upplevde din behandling, vad var mest hjälpsamt i din terapi.

Intervjun kommer att spelas in på ljudband och kommer att ta ungefär 30 till 45 minuter. Jag kommer sedan att skriva ner intervjun ord för ord men alla känsliga uppgifter som namn, platser och andra uppgifter som kan härledas till dig kommer att aidentifieras. Ljudbanden kommer att raderas efter bearbetning. Vid ett uppföljningsmöte med mig som intervjuare kommer du att få ta del av texten och kunna kommentera. Viktigt att veta är också att deltagandet är frivilligt och att du kan när som helst avbryta intervjun. Fokus på intervjun kommer inte att handla om de traumatiska händelserna. Fokus kommer att handla om vad du upplevde var mest hjälpsamt i din terapi. Din medverkan bidrar till ökad kunskap om våra behandlingsmetoder.

Du har informerats muntligt av din behandlare om studien och godkänt att jag kontaktar dig.

Jag kommer att kontakta dig för tidsbokning.

Med vänlig hälsning

Kristiina Eriksson

Öppenvårdsmottagning Björkängen

Telefon 033-6162160