

Hjelper terapi for traumatiserte mennesker?

Av psykolog, dr. philos Atle Dyregrov, Senter for Krisepsykologi, Bergen

Traumatiske situasjoner medfører høye kostnader

Forekomsten av posttraumatiske stresslidelser (PTSD) etter traumatiske hendelser varierer stort mellom ulike typer hendelser. Av de som undersøkes med henblikk på PTSD mellom en og seks måneder etter å ha fått en fysisk skade i ulykker eller på annen måte varierer forekomsten av PTSD mellom 17.5 og 42 %, og etter trafikkulykker er forekomsten av PTSD etter et år funnet å være mellom 30 og 40 %. Etter voldssituasjoner er situasjonen enda mer alvorlig og mer enn halvparten av de som opplever voldtekt og tortur utvikler PTSD. I en undersøkelse vi foretok ved Senter for Krisepsykologi blant alle foreldre som mistet barn ved selvmord, barneulykker eller plutselig spedbarnsdød i en 1 ½ års periode i Norge fant vi at mer enn halvparten utviklet alvorlige posttraumatiske vansker og komplisert sorg som tilsa psykologisk oppfølging. PTSD er også påvist både blant en del av dem som utvikler alvorlig sykdom som kreft, hjerteinfarkt m.m., og blant mange foreldre til barn med kreft og andre pårørende til personer med alvorlige sykdommer. Større ulykker, katastrofer og krig medfører hvert år at mange utvikler PTSD, samt andre problemer som angst og depresjon.

De som utvikler PTSD har større problemer i yrkesliv, skole, fritid og i sitt samspill med familie og venner enn de uten PTSD. PTSD er også forbundet med en klar nedgang i fysisk helse, kroniske helseproblemer og begrensninger i fysisk fungering. I løpet av livet vil rundt 10 % av den norske befolkning slite med en posttraumatisk stresslidelse.

Mot denne bakgrunn er det viktig å spørre seg om de behandlingsmetoder som er utviklet for å møte slike tilstander har den ønskede effekt? I denne kronikken omtales virkningen av traumeterapeutisk behandling.

Har traumeterapi effekt?

Grovt sett kan de ulike behandlingsmetodene deles inn i det som kan kalles for kognitiv atferdsterapi, og det som omfattes av innsiktsterapi/psykodynamisk terapi. Det er uten tvil den første gruppen behandlingsmetoder som er mest undersøkt på traumeområdet. Disse har delvis vært undersøkt hver for seg, men ofte i kombinasjon

eller sammenlignet med hverandre. En metodensom er grundig undersøkt er såkalt *eksponeringsterapi*. Her må klienten konfrontere sin frykt ut fra en teori om at frykt og unngåelse læres når nøytrale stimuli som er tilstede samtidig med en traumatisk hendelse ved assosiasjon kan bli angstproduserende. Unngåelsesreaksjoner utvikles for å minske angsten som utløses av de assosierte stimuli. I det kliniske arbeidet brukes gjentatt eller utvidet eksponering for enten reelle situasjoner eller ved at klienten forestiller seg det de frykter i fantasien. I en serie undersøkelser har denne metoden vist seg svært effektiv i å redusere påtrengende minnesmateriale, som er en utbredt plage etter traumatiske hendelser. Spesielt har en gruppe rundt den amerikanske psykologen Edna Foa gjort banebrytende arbeid på dette området og vist hvordan eksponering kan hjelpe kvinner etter voldtekt eller ikke-seksuelle angrep. Undersøkelsene viser at gjennom bruk av eksponeringsmetoder kan et klart flertall av de som gjennomgår behandlingen bli kvitt sine plager slik at de ikke lenger har PTSD ved behandlingsslutt.

Også ulike *angsthåndteringsprogrammer* er utviklet for å hjelpe traumatiserte mennesker, men disse har vanligvis ikke vist seg så effektive som eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi. Utgangspunktet her er å lære klientene håndteringsferdigheter eller et handlingsrepertoar som kan nyttes mot angst. Strategiene som er i bruk omfatter avslapningstrening, positive selvutsagn, pusteøvelser, biofeedback, trening i sosiale ferdigheter og distraksjonsmetoder. Elementer av disse terapimetodene er imidlertid med i mange varianter av kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi finnes i mange varianter og inkluderer vanligvis både eksponering og bruk av tankestrategier som skal motvirke den negative tenkning som mange traumatiserte sliter med i ettertid. Psykologen Patricia Resick og hennes medarbeidere har utviklet det som kalles for kognitiv prosesseringsterapi for voldtektsofre. Klientene eksponeres for sitt opplevde traume gjennom å skrive detaljert ned hva som skjedde med dem og senere lese dette gjentatte ganger. De må også arbeide med å endre feilaktige forestillinger som har utviklet seg knyttet til tema som nærhet, sikkerhet, tillit, makt og selvaktelse (kognitiv terapi). I en av undersøkelsene Resicks gruppe gjennomførte viste de at blant de 96 % som før behandlingen tilfredstilte kriteriene for en PTSD-diagnose, var 88 % uten en slik diagnose etter behandling. Andre, som psykologen Edward Blanchard og medarbeidere, har nyttet kognitiv atferdsterapi for dem som utvikler PTSD eller alvorlige

posttraumatiske problemer etter trafikkulykker og har sammenlignet med personer som fikk støttende psykoterapi eller var i en venteliste-gruppe. Av de som hadde PTSD før behandlingstart var det 76 % som ikke tilfredstilte de diagnostiske kriteriene for denne lidelsen etter behandling, mens resultatene var 48 % for støttende psykoterapi, og 24 % i ventelistegruppen.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en annen omdiskutert metode som inneholder elementer av psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi, personsentrert terapi, og kroppsbasert terapi. Det vil føre for langt å beskrive metoden i detalj her, men klienten bes om å fokusere på sider ved den traumatiske situasjonen og de tanker, følelser og kroppslige reaksjoner den ledsages av, samtidig som de bes om å følge terapeutens hånd med øynene mens hånden føres frem og tilbake i synsfeltet. Det antas at den bilaterale stimuleringen som da skjer kan indusere en optimal tilstand for bearbeidelse av traumet. Uansett teoretisk forklaring er det klart at metoden kan vise til meget gode resultater, helt på høyde med de som er beskrevet for eksponeringsterapi og kognitiv terapi. Fordi denne metoden tar kortere tid for å oppnå virkning, og den er til mindre belastning for klienten, er det mange som foretrekker denne. Etter hvert er det mange psykologer og psykiatere i Norge som har fått opplæring i og anvender denne metoden.

For nytten av mer tradisjonell behandling, som *psykodynamisk terapi* som er svært utbredt i Norge, finnes det lite dokumentasjon, selv om psykiateren Danny Brom og medarbeidere tilbake på 1980-tallet viste at den kunne oppnå resultater på linje med hypnoterapi og desensitiveringsterapi.

Konklusjon

Det finnes effektive behandlingsmetoder for de som opplever traumatiske etterreaksjoner og PTSD. I en rekke undersøkelser er det vist at et klart flertall av de som har PTSD før behandling ikke lenger har PTSD etter behandling, og at denne bedringen holder seg over tid. Det skal også nevnes at flere undersøkelser har funnet at virkningen som oppnås ikke er avhengig av hvor lenge en har hatt problemene. De terapimetoder som er funnet spesielt virksomme er eksponeringsterapi, kognitiv atferdsterapi og EMDR. Når disse metoder benyttes, kan en stor majoritet av dem som har PTSD bli kvitt sine plager. Det er

altså all grunn til å anbefale at mennesker som sliter med posttraumatiske problemer og PTSD gis tilbud om behandling.

I mange undersøkelser har en nyttet såkalt støttende rådgivning som en av intervensjonsmetodene. Dette består i hovedtrekk av å bare samtale med klientene om problemene de opplever og gi dem uforbeholden støtte i tilværelsen. Denne støtteterapien har vist seg lite effektiv i å redusere posttraumatiske plager. Dette tilsier at personer som opplever posttraumatiske plager som ikke går over i løpet av den første måneden etter den traumatiske hendelsen bør henvises til fagfolk som kan gi dem spesifikk hjelp i form av de traumeterapeutiske metoder som er omtalt. Det nytter lite å bare fortsette å prate om problemene.