

Bruk av barnemmanual for traumefokusert kognitiv terapi for voksen pasient med kompleks PTSD

Silje Elisabeth Hasmo Eilertsen
Haugaland DPS, Helse Fonna
oeie@helse-fonna.no

Camilla Jansen
Haugaland DPS, Helse Fonna

For voksne med kompleks PTSD kan det være vanskelig å formidle tanker og følelser i kognitiv terapi for PTSD. I denne kasuistikken ble en kvinne i 30-årene ved Haugaland DPS behandlet med barnemmanual for PTSD og resultatene var gode. En av de anbefalte behandlingene for voksne og barn med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er traumespesifikk kognitiv atferdsterapi (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Det å bearbeide traumeopplevelser er en av de viktigste intervensjonene i behandlingsmanualene for både voksne og barn, men barnemmanualen legger mer vekt på innledende ferdighetstrening før bearbeidingsfasen, og implementering av ferdigheter i dagliglivet i etterkant (Medical University of South Carolina, 2017). I møte med en voksen pasient («Tone») med komplekse traumer vurderte terapeuten at pasienten hadde behov for grunnleggende verktøy for emosjonsregulering, kognitiv bearbeidning og emosjonell kommunikasjon før en kunne starte å bearbeide traumatiske minner, og terapeuten valgte å teste ut barnemmanualen. Tone ga tilbakemelding om at terapien var svært nyttig, og at hun har hatt langvarig effekt av tiltakene. Noe av det viktigste for henne var trygghet og kjemi i møte med behandleren, konkrete verktøy hun kunne bruke for å mestre hverdagen, og god nok tid i behandling til å jobbe seg gjennom ulike problemstillinger knyttet til arbeid, familie og relasjoner.

I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvordan vi kan gi et bedre og mer sammensatt behandlingstilbud til pasienter med omfattende traumehistorikk og komplekse traumesymptomer. I tillegg vil vi diskutere hvordan en kan jobbe for å tilpasse en barnemmanual til arbeid med voksne pasienter. Artikkelen er et samarbeidsprosjekt, hvor psykologstudent Jansen har intervjuet Tone om hennes opplevelse av terapien, mens Eilertsen har skrevet om behandlingen.

Tone – aktuell problemstilling ved oppstart

«Det var helt jævlig, men nødvendig.» Slik beskriver Tone hvordan det var å jobbe seg gjennom sine verste barndomsminner. Tone er en kvinne i 30-årene. Hennes virkelige navn er et annet, men vi har valgt å anonymisere henne av hensyn til familien hennes. Hun har hatt en utfordrende og tøff barndom, som var preget av fysisk, psykisk og seksuell vold fra omsorgspersoner. Tone flyttet mye i oppveksten og hadde få trygge voksne rundt seg. Over en periode på nærmere tre år fikk Tone behandling på DPS av psykolog (Eilertsen).

Da Tone ble henvist fra fastlege til DPS, presenterte hun plager i form av flashbacks, mareritt, fysisk ubehag og engstelse relatert til traumer og overgrep i barndommen. Hun opplevde at symptomene ble verre etter at hun selv fikk barn, og syntes det var vanskelig med grensesetting overfor partneren. Tone forteller at hun var så psykisk nedkjørt at hun de siste to ukene før hun ble henvist, lå

store deler av døgnet i sengen og gråt. Hun gikk på dette tidspunktet på arbeidsavklaringspenger fra NAV, fungerte dårlig i hverdagen og slet med suicidale tanker.

Tone snakker varmt om psykologen som tok imot henne da hun var på sitt dårligste. Hun forteller at åpenhet, fleksibilitet og en ikke-dømmende atmosfære var noe av det viktigste for henne, fordi det gjorde at hun klarte å slappe av. «Ingenting du sier i dette rommet, er dumt» var noe av det første hun fikk beskjed om, og dette fikk henne til å føle seg trygg i situasjonen.

Diagnose

Utredningen strakk seg over fire timer. Diagnostisk vurdering ble gjennomført ved bruk av MINI Plus, standardiserte kartleggingsskjema (PHQ-9, GAD-7 og Bergen Insomnia Scale og samtaler med Tone om hennes vansker. Tone fikk diagnosen PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Dersom en på dette tidspunktet hadde benyttet ICD-11 for diagnostisering, ville nok Tone ha tilfredsstilt kriteriene for en kompleks PTSD, ettersom hun, i tillegg til de klassiske PTSD-symptomene som flashbacks og mareritt, presenterte vansker med emosjonsregulering, en rekke nedsettende tanker om seg selv, sterk skyldfølelse og skam samt vansker i relasjon med nære andre. Da Tone ble informert om diagnosen, fortalte hun at brikkene falt på plass. Hun hadde i lang tid trodd at hun var «gal», eller at det var noe feil med henne, og uttrykker at hun ble lettet da hun forsto at lidelsen hennes hadde et navn, og at hun ikke var alene om å ha det slik.

Vurderinger og behandlingsplan

Behandlingsmetoden vi valgte i terapiforløpet med Tone, var traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Dette er en behandlingsmanual som er utviklet for å behandle barn. Ettersom terapeuten som behandlet henne kom rett fra praksis i barnefeltet til DPS, var hun vant til å benytte barnemanualen for TF-CBT fra Medical University of South Carolina (for mer informasjon, se Medical University of South Carolina, 2017).

For pasienter som er vant med mye uforutsigbarhet og utrygghet i livet, kan en tydelig ramme gi trygghet

I begynnelsen av forløpet fremsto Tone med svært høyt lidelsestrykk og hadde samtidig store vansker med emosjonsregulering og i relasjon med nære andre. I klassisk kognitiv terapi for voksne med PTSD (CT-PTSD) er det vanlig at terapeuten går rett på sak og begynner raskt med bearbeidingen av de traumatiske minnene til pasienten (OXCADAT, u.å.). Tone hadde i begynnelsen av terapiforløpet ikke noe særlig kunnskap om PTSD og traumer. Hun hadde lite språk for egne følelser, store vansker med å slappe av og regulere seg selv samt dårlig innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Ettersom Tone strevde med emosjonsregulering, relasjoner og sterke negative følelser, valgte behandleren å bruke barnemanualen, som vektlegger psykoedukasjon. Pasienten ble introdusert for avspenningsteknikker, teknikker for emosjonsregulering og kognitiv mestring før de begynte på bearbeidingsfasen. TF-CBT er svært lik CT-PTSD foruten denne rekkefølgen i intervensjoner, men CT-PTSD-manualen gir mer fleksibilitet med hensyn til hvilken intervensjon en skal bruke når.

Terapeuten vurderte at en av de store fordelene med å velge TF-CBT var den gitte rekkefølgen på modulene. Fra første time kan en formidle til pasienten hva som kommer til å skje fra time til

time. For pasienter som er vant med mye uforutsigbarhet og utrygghet i livet, kan en tydelig ramme gi trygghet. Pasienten får også noen behandlingstimer på seg til å bli godt kjent med terapeuten før en begynner med bearbeidingen, som er den mest krevende delen av behandlingen for de fleste pasienter. En mulig ulempe med denne tilnærmingen kan være at man indirekte forteller pasienten at bearbeiding er «farlig», og at vi derfor må utsette dette til pasienten er «klar for det». Terapeuten var derfor nøye med å fortelle Tone at det å snakke om traumeerfaringer ikke er farlig, og åpnet også for tematisering av egne erfaringer tidlig i forløpet.

Vi argumenterer for at bruk av TF-CBT kan være en hensiktsmessig måte å jobbe med voksne pasienter med komplekse traumeerfaringer på

Tone selv forteller at hun satte pris på forutsigbarheten i TF-CBT. Hun sier at hun gjennom terapien ble godt informert om hva som var agendaen for neste time, samt hva både hensikten og formålet var med de ulike hjemmeoppgavene. Tone har tatt vare på viktige dokumenter fra timene i en perm. Dette setter hun i dag stor pris på, særlig ettersom hun i begynnelsen av terapien var så langt nede at hun ikke klarte å få med seg alt som skjedde i timene.

Intervensjon

I TF-CBT bruker man PRACTICE-modellen, som er moduler som benyttes i behandlingen av PTSD. PRACTICE er et engelsk akronym for psykoedukasjon (Psychoeducation), avspenning (Relaxation), emosjonsregulering (Affect Identification & Regulation), kognitiv mestring (Cognitive Coping), prosessering av traumenarrativ (Trauma Narration and Processing), mestring i dagliglivet (In Vivo Mastery), felles timer med pårørende (Conjoint sessions), samt å sikre videre trygghet og utvikling (Enhancing Safety and Future Development).

Psykoedukasjon

Under psykoedukasjonsmodulen drøftet vi forskjellige temaer som er typiske for voksne med kompleks PTSD, inkludert hva fysisk, psykisk, verbal og seksuell vold er og vanlige reaksjoner. Tone fikk også en introduksjon til behandling og typiske behandlingsresultater, og vi snakket om selvivaretagelse og trygghet. Her ble barnemanualen tilpasset ved å ta inn elementer som er mer typisk for voksne med PTSD, for eksempel nåværende seksualitet og samliv. Tone fremsto svært lettet etter denne timen, og optimistisk med tanke på videre behandling.

Avspenning

I avspenningsmodulen benyttet vi blant annet grounding-øvelser og progressiv avspenning. I stedet for de lekne øvelsene i barnemanualen hentet vi øvelser fra voksne avspenningsmanualer. Tone forteller at dette er noen av verktøyene som hun bruker mest i dag, selv om hun til å begynne med syntes det var «litt teit». Det å kunne ta frem ulike verktøy i stressende situasjoner og ha evnen til å takle dem er noe hun trekker frem som uvurderlig.

Emosjonsregulering

Under affektmodulen gikk vi gjennom grunnfølelsene sinne, glede, tristhet, frykt, avsky, skyld og skam, og Tone ble introdusert for SUDS-skala (subjective units of discomfort). Denne modulen la vi

ganske tett opptil den originale beskrivelsen i TF-CBT-manualen, ettersom Tone hadde et begrenset språk for egne følelser.

Kognitiv mestring

I den kognitive modulen gikk vi gjennom grunnleggende prinsipper fra kognitiv terapi, som sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd, tankefeller og korrigerende av negative automatiske tanker. Også her ble modulen tilpasset den voksne pasienten ved å legge inn elementer fra Håndbok i kognitiv terapi (Berge & Repål, 2015). Tone selv trekker frem det å kunne forholde seg til realitetene og «sortere tanker og følelser i rett skuff» som noe av det viktigste hun lærte i terapien. Hun sier i etterkant av terapien at dette ga henne en stor boost i selvtilliten som gjør at hun nå klarer å dele sin kunnskap med andre, både på hjemmebane og i sitt frivillige arbeid.

Prosessering av traumenarrativ

Under den narrative bearbeidingsfasen benyttet vi tidslinje samt visuell og kognitiv bearbeiding av traumeminner. Her ble tilpasningen av behandlingen til den voksne pasienten hentet fra Stenmark (2015). Dette er fasen Tone selv omtaler som «helt jævlige, men nødvendig». Tone beskriver tidslinjen som en viktig prosess, der hun fikk utløp for sine tanker og følelser rundt hendelser i barndommen, og ble klar over hvordan disse påvirker henne i dag. Det ble jobbet mye med å korrigere kognitive antagelser om henne selv, som igjen ble knyttet til traumeminnene. Tone forteller at hun er «en visuell tenker», og det viste seg at det var særlig nyttig å jobbe med visuell bearbeiding.

Selve behandlingen med TF-CBT strakk seg over en periode på seks måneder. Behandlingen i denne perioden besto av 13 timer på kontoret og to telefonkonsultasjoner. De første sju behandlingstimer ble brukt til den innledende delen (PRAC). Deretter fulgte fire dobbelttimer med narrativ bearbeiding. Disse timene ble ikke gjennomført direkte etter hverandre, men avbrutt av et par timer med kognitiv atferdsterapi for aktuelle problemstillinger som dukket opp i Tones hverdag. Deretter gikk terapien gradvis over til modulene «mestring i dagliglivet» og «trygghet og utvikling». Til slutt fikk Tone en lavfrekvent oppfølging på DPS. Ved å bruke rammeverket i kognitiv atferdsterapi jobbet hun her med andre relevante problemstillinger, som relasjonelle utfordringer, sitt forhold til mat og kropp, forebygging av tilbakefall samt det å komme tilbake i arbeidslivet.

Behandlingseffekt

Ved slutten av terapiforløpet formidlet Tone at hun var svært fornøyd med behandlingen, og at hun hadde lært mye av den. Terapeuten vurderte også at Tone hadde betydelig utbytte av behandlingen. Ved avslutning ble diagnosen PTSD vurdert å være i remisjon.

Tabell 1

Tones resultater før behandling, rett etter behandling med TF-CBT og ved avslutning.

Skjema	Skår ved oppstart	Skår etter seks måneders behandling	Skår ved avslutning, ca. tre år etter oppstart
PHQ-9	13	5	2
GAD-7	16	6	4
Bergen Insomnia Scale	30	6	6

Skjema	Skår ved oppstart	Skår etter seks måneders behandling	Skår ved avslutning, ca. tre år etter oppstart
<i>Merknad.</i> PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9. GAD-7 = General Anxiety Disorder-7.			

Tones refleksjoner etter avsluttet behandling

Tone har et ønske om å formidle til oss fagpersoner at det er svært viktig å ta seg god tid med pasienter og tilrettelegge for lengre forløp når dette er hensiktsmessig. Selv hadde Tone et forløp som strakk seg over tre år. Hun forteller at hun noen ganger ble utålmodig, men at det å ha hjelpen lett tilgjengelig under de første nedturene har vært essensielt, og hun føler at hun i dag er bedre rustet for fremtiden. I tillegg til tid ønsker Tone å trekke frem hvor viktig relasjonen mellom pasient og behandler er. Hun erfarte selv at når det er «full klaff» mellom pasient og terapeut, har det mye å si for fremgangen i behandlingen (og vice versa – når effekten er god, blir også relasjonen bedre).

Tone forteller at noe av det hun likte best med TF-CBT, var at hun måtte jobbe aktivt selv, både i timene og med hjemmeoppgaver. Hun har tidligere gått i terapi hvor hun følte at hun bare har blitt snakket til og ikke med. Hun sier at hun i tidligere terapiforløp opplevde timen som hjelpsom der og da, men at effekten forsvant når hun gikk ut døren. I TF-CBT ble hun presentert for konkrete verktøy som hun kunne bruke mellom timene, og også etter terapiforløpet. Tone har hatt noen nedturer etter avsluttet behandling, men hun har lært å overkomme nedturene ved å ta i bruk det hun har lært. Hun tror at hun aldri kommer til å ende der hun var før hun begynte i behandling. I dag jobber Tone hundre prosent i en fast stilling. Hun har utdanning innen helsefag og har lært hvor viktig det er å ta vare på seg selv i arbeid med andre mennesker. Hun forteller at hun på sikt drømmer om å ta en videreutdanning innen administrasjon og ledelse. Tone ser optimistisk på fremtiden og sier hun har «blitt sin egen terapeut» – et uttalt mål innenfor kognitiv terapi.

Diskusjon og etiske vurderinger

Denne kasespresentasjonen viser hvordan en kan bruke barnemanualen TF-CBT i møte med voksne pasienter med kompleks PTSD. Foreløpig forskning på voksne med PTSD har vært gjort på tilnærminger hvor man setter raskt i gang med narrativ bearbeiding (for eksempel CT-PTSD). I TF-CBT, derimot, bruker man omtrent fire behandlingstimer på å gå gjennom PRAC-elementene som beskrevet over, før man starter med bearbeidingen. Dette kan være en fordel for pasienter med kompleks PTSD, da disse pasientene gjerne har alvorlige negative relasjonelle erfaringer som gjør det utfordrende å stole på terapeuten. De fire innledende sesjonene gjør at pasienten får bli godt kjent med terapeuten. Terapeuten får normalisert pasientens erfaringer og tilbyr pasienten konkrete mestringsverktøy for emosjonsregulering før de går i gang med bearbeidingen. Imidlertid er det som nevnt viktig å ikke formidle til pasienten at det er «farlig» å gå inn i traumeerfaringene, på samme måte som at det ikke er anbefalt å vente for lenge med eksponeringsoppgaver for pasienter med andre angstlidelser. Dette kan sende signaler til pasienten om at det er skummelt å snakke om traumene, og kan i verste fall virke mot sin hensikt. Vi anbefaler derfor at terapeuter tenker gjennom hvordan innholdet formidles til pasienten, slik at pasienten får en nyansert fremstilling av rasjonalet for tiltakene.

Vi argumenterer for at bruk av TF-CBT kan være en hensiktsmessig måte å jobbe med voksne pasienter med komplekse traumeerfaringer på. Det gjenstår å få god forskning på hvorvidt

effekten kan generaliseres til andre pasienter og behandlingsformater (for eksempel gruppe vs. individuell behandling). I den daglige kliniske praksisen er det ofte en utfordring å kombinere behandlingsmanualer med erfaringen som klinikeren har og pasientens preferanser. Det må være en balanse mellom skreddersøm til pasienten og behandlingsmanualene dersom en skal sikre at det som tilbys, fortsatt er evidensbasert behandling. Behandlingsmetoden CT-PTSD legger opp til et ganske fleksibelt forløp (OXCADAT, 2021). I Tones behandling ble det benyttet kjente prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, selv om rekkefølgen på elementene er hentet fra barnemanualen. Vi argumenterer derfor for at behandlingen som ble gitt, er innenfor rammen av evidensbasert behandling. En skal dog alltid være oppmerksom på mulige fallgruver når man velger å tilby behandling til andre pasientgrupper enn det manualen er utviklet for. For eksempel kan innhold i barnemanualer fremstå som barnslig eller irrelevant for voksne pasienter, og motsatt; innholdet i voksenmanualer kan fremstå som vanskelig å forstå for barn og unge. En bør også være observant ved eventuell manglende effekt av behandlingen. I Tones tilfelle vurderte vi at fordelene ved å utruste pasienten med verktøy for å mestre tanker og følelser med høy sannsynlighet ville veie opp for disse eventuelle ulempene. Terapeuten spurte også Tone i hver time hvordan hun hadde hatt det siden forrige samtale, for å fange opp eventuell forverring underveis.

En skal dog alltid være oppmerksom på mulige fallgruver når man velger å tilby behandling til andre pasientgrupper enn det manualen er utviklet for

Formelt sett kunne behandlingen vært avsluttet etter de første seks månedene. Likevel valgte vi å fortsette behandlingen med lavfrekvent oppfølging i ytterligere to år, der Tone jobbet med relasjoner til egne barn og nær familie og med det å gå tilbake i arbeid. Dette er i tråd med satsingsområdet arbeid og utdanning til Norsk psykologforening fra Landsmøtet 2019. (Norsk psykologforening, 2019). Vi argumenterer for at lengden på behandlingen bidro til suksessen, ettersom Tone fikk gjort et grundig arbeid som la grunnlaget for videre fungering i livet. Ett år senere har Tone fortsatt ikke hatt tilbakefall. Med dagens press på tid og kapasitet i DPS-ene er det viktig å spørre seg hvor langvarig oppfølgingen bør være for pasienter med komplekse tilstander. Vi argumenterer for at det er behov for mer forskning på behandlingens lengde, i tråd med en nylig omfattende artikkel om spesialisthelsetjenesten. Der blir det pekt på at pasienter med komplekse tilstander ikke alltid får tilstrekkelig behandling før sakene avsluttes (Grisvold et al., 2021).

Avslutningsvis ønsker vi å understreke hvor viktig det er at det finnes god og oppdatert kompetanse på traumebehandling i DPS-ene. Behandling med kognitiv atferdsterapi for PTSD har god støtte i forskning og er i tråd med aktuelle retningslinjer for behandling av PTSD (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Watkins et al., 2018). Vi heier på implementeringen av evidensbasert behandling for PTSD som pågår i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (u.å.), og håper vi i fremtiden også får se nye forskningsprosjekter på behandling av kompleks PTSD i Norge.

Merknad

«Tone» har gitt samtykke til å publisere denne artikkelen, og har lest og godkjent innholdet.

Referanser

- Berge, T. & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 19–38). Gyldendal Akademisk.
- Grisvold, S. E., Røe, O. D. & Wyller, T. B. (2021). Er vi på vei mot et SENDELØST, HJERTELØST og TODELT HELSEVESEN? *Samfunn & økonomi*. Hentet fra <http://www.samfunnogokonomi.no/2021/03/er-vi-pa-vei-mot-et-sengelost-hjertelost-og-todelt-helsevesen/> 02.04.21
- Medical University of South Carolina. (2017). *TF-CBT Web*. Hentet fra <https://tfcbt2.musc.edu/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder NICE guideline* [NG116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne (ITV)*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/>
- Norsk psykologforening. (2019). *Nytt hovedsatsningsområde*. Landsmøtet 2019. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/nytt-hovedsatsningsomraade>
- OXCADAT. (u.å.). *PTSD Training Manual*. Hentet fra <https://oxcadatresources.com/manual/>
- Stenmark, H. (2015). Posttraumatisk stressforstyrrelse. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 17–185). Gyldendal Akademisk.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R. & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>