

Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer?

Eksponeringsbaserte tilnærminger har den beste dokumentasjonen i traumebehandling. Men i noen tilfeller er eksponering ikke tilrådelig. Hvilke kriterier bør gjelde for å hjelpe pasienter til å konfrontere traumer?

TEKST

Marit Hokland

PUBLISERT 27. oktober 2006

ABSTRACT:

Can exposure to traumatic memories harm patients?

A number of articles contend that exposure to traumatic memories is vital for the recovery of traumatized patients. However, this is seldom applied to clinical practice. Authors argue that exposure can be harmful in certain cases. Clinicians need guidelines explaining when and how trauma should be confronted. Furthermore, it is important to know which patients would not benefit from exposure to traumatic memories. This article review current literature dealing with this subject. The author concludes that certain patients with serious "affect modulation" problems and patients suffering from "complex PTSD" should not be exposed to trauma memories. In these cases therapy should concentrate on stabilization, affect modulation skills and the patient's social relations.

Key words: clinical psychology, posttraumatic stress disorder, exposure therapy, treatment outcome, assessment

Innledning

Som terapeut kan det være vanskelig å vurdere hvordan en skal forholde seg til pasientens traumehistorie, som vold, seksuelle overgrep og ulykker. I psykisk helsevern møter vi ofte personer som søker hjelp for psykiske problemer, og som viser seg å ha opplevd traumer tidligere, ofte i form av seksuelle overgrep. Skal terapeuten anbefale pasienten å konfrontere traumet, for eksempel ved å gå detaljert igjennom det som har skjedd?

Det finnes mye dokumentasjon om at eksponering for minner om traumet er effektiv traumebehandling (Boudewyns, Hyer, Woods, Harrison & McCranie, 1990; Dyregrov, 2004; Foa, Rotbaum, Riggs & Murdock 1991; Roth & Fonagy, 1996, 2005). Rådende behandlingstilnærminger innebærer at klienter snakker om traumet i detalj og dermed

eksponeres for traumatiske minner (Herman, 1992a; Pennebaker, 1992; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). En antar at bedringsprosessen stagnerer dersom traumet ikke blir konfrontert i terapien.

Noen forfattere har imidlertid konkludert med at eksponering for minner om traumer i mange tilfeller ikke er tilrådelig (Johnson et al., 1996; Solomon, 1992). Kinzie og Boehnlein (1993) hevder at psykoterapi hvor det kreves at pasienter snakker om traumet og gjenopplever følelsene, for enkelte kan ha skadelige effekter. De mener at det ikke er noe som tyder på at bare det å snakke om traumet i seg selv er terapeutisk. McNulty og Wardle (1994) konkluderer med at for noen voksne kan avdekking av seksuelle overgrep fra barndommen være direkte årsak til sårbarhet for psykiske lidelser.

Uenigheten i fagfeltet viser at det er behov for kriterier for når det er riktig å hjelpe pasienter til å konfrontere traumer, og om det er tilfeller hvor dette ikke er riktig. Dette er temaet for denne artikkelen.

I en undersøkelse blant amerikanske psykologer fant en at de eksponeringsteknikkene som er funnet effektive for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), likevel i liten grad blir brukt av klinikere (Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Dette til tross for at eksponeringsterapi i kombinasjon med kognitiv terapi er «the treatment of choice» ifølge Roth og Fonagys (1996, 2005) oversikt over forskning på psykoterapieffekter ved PTSD. Det ser med andre ord ut til å være uoverenstemmelse mellom majoriteten av klinikerne og forskerne på feltet.

Ifølge Frueh, Turner og Beidel (1995) er det uklart hvorfor oppfatningen av eksponeringsterapi som en risikofylt behandling fortsetter, til tross for data om det motsatte. Trygghet ved intensiv eksponering avhenger av forståelsen av teorien, at en har mottatt veiledning og har erfaring i bruken av den. Pasienter bør være grundig kartlagt før behandling, for å sikre at de ikke har en tilstand hvor eksponering er kontraindisert. Det er liten risiko ved å bruke metoden når forhåndsregler er tatt. Det påpekes at det er klokt å utføre eksponering lenge nok til at ekstinksjon av angst kan skje. Frueh et al. påpeker også at det ikke eksisterer undersøkelser av hva som karakteriserer pasienter som eventuelt kunne respondere negativt på eksponeringsbehandling for PTSD.

Rogers (1998) argumenterer på lignende måte når hun forklarer negativ effekt av eksponering i Koach-prosjektet (Solomon, 1992) med at eksponeringen ikke var langvarig nok. Rogers sier at det er mulig at det finnes undergrupper av PTSD-pasienter som har mer nytte av behandling som ikke er traumefokusert, men det er ikke forsket på dette.

Fagpersoner er uenige eller usikre når det gjelder spørsmålet om traumer skal konfronteres, og pasienten og terapeuten kan også ha ulik holdning til dette. Det kan være slik at terapeuten vurderer at det er riktig å snakke om traumet, mens pasienten er vegrende. Unngåelse av traumerelaterte temaer er i seg selv en del av PTSD. Unngåelse bør forstås som et legitimt valg for pasienten, men også som en form for tilpasning med

potensielt negative konsekvenser på sikt (Turner, McFarlane & van der Kolk, 1996). Klienter er ofte motvillige til å avdekke seksuelle overgrep, selv innenfor rammen av psykologisk behandling (McNulty & Wardle, 1994). Motsatt kan pasienten ønske å snakke om traumet, mens terapeuten vurderer dette som terapeutisk uheldig. Pasienters ønske om å snakke om traumet kan være motivert ut fra egne behov eller en forestilling om at dette må til for å bli frisk («få det ut»). Frenken og Van Stolk (1990) fant at pasientene verdsatte terapeuter som viste interesse for traumehistorien deres, mens ignorans for traumet ble negativt vurdert. Dersom terapeuten har kunnskap om faktorer i valg av tema, sannsynliggjør dette at han eller hun er i stand til å hjelpe klienten til å ta et informert valg.

Mange traumatiserte pasienter faller fra i behandling (Brom, Kleber & Defares, 1989; McFarlane, 1994; van der Kolk et al., 1996). Det har vært påstått at frafall kan skyldes uheldig bruk av eksponeringsteknikker (Kubany & Manke, 1995; Pitman et al., 1991). Noen konkluderer med at bruk av eksponering ikke er årsak til at klienter faller fra i behandling (Frueh, Turner & Beidel, 1995; Hembree, Foa, Dorfman, Street, Kowalski & Tu, 2003; van Minnen, Arntz & Keijsers, 2002). Det er likevel nærliggende å spørre om det kan være slik at noen pasienter faller fra i behandling på grunn av uheldig anvendt konfrontering, og andre på grunn av manglende konfrontering av traumer (i tillegg til alle andre grunner til frafall).

McFarlane (1994) foreslår at terapeuter, uansett hvilken tilnærming de bruker, alltid må balansere behovet for å bearbeide de traumatiske minnene med risikoen for at en for sterk oppmerksomhet på traumehistorien kan forverre pasientens tilstand. Dersom konfrontering skjer prematurt, kan det i verste fall føre til retraumatisering (Courtois, 1997; Herman, 1992a). Med retraumatisering menes at samtale om, eller tanker på, minner om traumer aktiverer sterke emosjonelle reaksjoner eller destruktive mestringsforsøk, uten at pasienten har metoder for å regulere disse.

For å forhindre retraumatisering er det viktig å vite hva det er som bestemmer om pasienten er moden for konfrontering. Det finnes ikke mye forskning som kan bidra til å avklare dette spørsmålet. Det meste av forskningen på psykoterapi ved traumer er gjort av forskere som har teoretisk ståsted innenfor kognitiv atferdsterapi (Roth & Fonagy, 1996, 2005). Undersøkelser av hvilken effekt avdekkende psykodynamisk terapi har ved traumer, mangler. Ifølge psykodynamisk orientert litteratur om *psykoterapi generelt* vil pasienter være forskjellige når det gjelder grader av ressurser til å tåle ulike terapeutiske intervensjoner (Killingmo 1988; Malan, 1979). Det finnes kriterier for å vurdere grad av ressurser hos klientene, og ut fra dette kan en vurdere hvilke terapeutiske intervensjoner som er hensiktsmessige. Denne kunnskapen ser i liten grad ut til å være anvendt når det gjelder forskning på eksponering i terapi med traumatiserte.

Det kan diskuteres hvilke likhetstrekk det er mellom konfrontering eller utforskning av traumet og eksponeringsteknikk. Eksponering er et begrep som er mye brukt i teori om atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi inkluderer eksponeringsbasert tilnærming (systematisk desensitivering eller «in vivo», forlenget eksponering), angst-trening,

«stressinokulasjontrening» og kombinasjoner av disse teknikkene (Roth & Fonagy, 2005). Eksponering kan være i form av nøyaktig og langvarig gjennomgåelse av den traumatiske hendelsen, systematisk skriving, EMDR («eye-movement desensitisation and reprocessing»), forestillingsmetoder, å oppsøke hendelsessted og mindre systematisk gjenfortelling. Både samtale om traumatiske opplevelser i detalj, for eksempel i psykodynamisk terapi, og atferdsteknikker som innebærer eksponering for minner om traumer, kan beskrives som traumefokuserte tilnærminger. Begge intervensjoner inviterer til gjenkalling av affekter og minner om traumer. Samtidig er metodene forskjellige, og anvendelsen av begrepet eksponering i forhold til så ulike tilnærminger kan være for generell. Eksponering i atferdsterapi er en teknikk som skal føre til avlæring av uhensiktsmessige emosjoner og atferd, gjennom habituering og ekstinksjon. Psykodynamisk terapi og eklektisk terapi med traumatiserte kan ha et annet fokus enn avlæring av reaksjoner, for eksempel integrering av fragmentert minne, økt innsikt, personlighetsmessig modning, bedret selvavgrensning og selvregulering ved hjelp av relasjonen til terapeuten. I denne artikkelen er den generelle betydningen av eksponering likevel brukt. Dette for å understreke at ulike traumefokuserte tilnærminger i sin konsekvens kan ha en felles egenskap, nemlig et potensial for aktivering av sterke emosjonelle reaksjoner og eventuelt retraumatisering.

Det er mulig at noen pasienter ikke vil tåle detaljert og aktiv eksponering for minnene og følelsene, mens de vil tåle andre former for utforskning. Bradley og Follingstad (2001) konkluderer med at noen typer avdekking, konfrontering og eksponering sannsynligvis er mer effektive for spesielle symptomer eller kombinasjoner av symptomer. Det er mulig at noen pasienter vil tåle kontrollert utforskning av traumet, men ikke eksponeringsteknikk. Dette spørsmålet blir ikke drøftet videre i denne artikkelen. Artikkelenes tema er ikke hva som er optimal behandling for de fleste traumatiserte pasienter. Problemstillingen er om det i noen tilfeller er slik at eksponering eller annen konfrontering av minner om traumer, *i alle former*, er uheldig eller skadelig; og hvilke traumatiserte dette gjelder.

Hva er det som skades ved traumer?

Traumatiserte har ofte tapt forestillingen om at verden er forutsigbar og trygg (Horowitz, 1986). Under den traumatiske hendelsen kan personen være ute av stand til å integrere inntrykk og følelser i eksisterende skjemaer. Følelsene som oppstår, kan da ikke assimileres, og kaos oppstår (Pennebaker, 1990). Mangel på integrering på skjema-nivå kan føre til at opplevelsen blir lagret som avspaltede affekttilstander eller som kroppslige sansninger av traumet som aktiveres av «påminnere». Fysiske sensasjoner som panikkanfall, visuelle bilder som flashback og mareritt, tvangsmessig grubling eller å agere ut traumet er vanlige responsmønstre (van der Kolk, McFarlane & van der Hart, 1996).

Det er denne typen traumereaksjoner eksponeringsbasert terapi retter seg mot. Diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD, American Psychiatric Association, 1994) betraktes som en angstdiagnose, og den anbefalte behandlingen er eksponeringsterapi i

kombinasjon med kognitiv restrukturering (Roth & Fonagy, 1996, 2005). PTSD kan imidlertid være en utilstrekkelig eller misvisende diagnose som fanger opp bare en liten del av det som karakteriserer ulike traumatiserte personer (Courtois, 1997; Ehrenreich, 2003; Ford & Kidd, 1998; Friedman, 1996; Herman, 1992b; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997).

Skader ved langvarige eller gjentatte mellommenneskelige traumer som skjedde da pasienten var barn, kan være annerledes enn skader hos voksne, ressurssterke ofre. Gjentatte traumer skaper en forventning om gjentakelse. Dette kan sette i gang massive forsøk på beskyttelse som benekting, nummenhet, selvhypnose, dissosiering og raseri (Terr, 1991). Carlson og Cicchetti (1989, ref. i van der Kolk, 2002) fant at mange traumatiserte barn utvikler seg på en annen måte enn andre barn, og at 80 % i deres utvalg på 22 barn hadde disorganiserte tilknytningsmønstre. Manglende evne til å tåle og regulere sterke følelser kan være mer uttalt blant pasienter som har opplevd overgrep over lang tid, mer alvorlig misbruk, misbruk fra foreldrefigur, eller overgrep tidlig i livet (Romans, Martin, Anderson, O'Shea & Mullen, 1995; Waller & Smith, 1994). Det kan tenkes at store problemer med affektregulering og manglende tillit i relasjoner vil komplisere de typiske angstbaserte PTSD-reaksjonene. Evne til affektregulering kan til en viss grad være genetisk bestemt, og noen barn er mer sårbare for omsorgssvikt (Porges et al., 1998, ref. i van der Kolk, 2002). De vil dermed være mer sårbare for kompliserte traumereaksjoner. Slike traumereaksjoner kan være annerledes enn de som fanges opp av diagnosen PTSD. Dette kan ha implikasjon for terapeutiske intervensjoner.

Begrepet «kompleks PTSD» er utviklet i forbindelse med diskusjonen om hvorvidt diagnosen PTSD fanger opp de reaksjonsmønstrene som mange traumatiserte har. Kompleks PTSD finnes ikke i diagnosemanualer, men symptommer og implikasjoner for psykoterapi er beskrevet i litteraturen (Ford, 1999; Herman, 1992b; Pelcovitz, 1997; van der Kolk, 2002). Kompleks PTSD brukes synonymt med «Disorders of Extreme Stress Not Otherwise specified» (DESNOS). I ICD-10 finnes diagnosen «personlighetsendring etter katastrofeopplevelse» (World Health Organization, 1992). Denne diagnosen er imidlertid ikke det samme som kompleks PTSD.

Kompleks PTSD er forbundet med tidlige mellommenneskelige traumer, og er kjennetegnet ved:

1. forandringer i regulering av affektive impulser, inklusive vansker med modulering av sinne og selvdestruktivitet
2. endringer i oppmerksomhet og bevissthet som fører til amnesi, dissosiative episoder og depersonalisering
3. forandringer i persepsjon av selv, som kronisk følelse av skyld, ansvar og skam
4. forandringer i relasjoner til andre, som problemer med tillit, manglende evne til nærhet
5. somatisering; kroppslige symptomer uten at noen medisinsk forklaring blir funnet

6. forandring i meningssystemer, som tap av grunnleggende tillit, håpløshetsfølelse og desperasjon (Pelkovitz et al., 1997).

Hva er hensikten med å konfrontere traumer?

Ved eksponering til det traumatiske materialet i trygge omgivelser kan det skje en avbetinging av angst og andre negative affekter assosiert med minnet om hendelsen (Foa et al., 1995). Foa og hennes medarbeidere foreslår at hvis behandling for angst skal lykkes, må den korrigere patologiske elementer i en *fryktstruktur* (begrep fra Lang 1977, ref. i Foa et al., 1995). Fryktstrukturen i hukommelsen inkluderer representasjoner av fryktede stimuli, angstresponser og betydningen av disse. De foreslår videre at to betingelser er nødvendig for at en slik korrigerende skal skje: Behandlingen må 1) aktivere fryktminne og 2) introdusere ny informasjon som ikke er forenelig med de patologiske elementene i strukturen.

Pennebaker (1992) har gjennom en rekke studier vist at det å gi uttrykk for den traumatiske opplevelsen, enten dette skjer i muntlig eller skriftlig form, bidrar til en bedret fysisk og psykisk helse. Så lenge kognitive skjemaer om at verden er forutsigbar og trygg, ikke stemmer overens med realiteten under traumet, trengs akkomodasjon for å kunne assimilere erfaringen. Traumet og affektene må konfronteres for å oppnå mulighet for assimilering. Noe av hensikten med konfronteringen er å restrukturere eller å skape nye skjemaer for å minske konflikten mellom traumet og skjemaer som eksisterte før traumet (Harber & Pennebaker, 1992).

Herman (1992a) vektlegger relasjonen mellom terapeut og pasient. Hun sier at det fundamentale premisset for det psykoterapeutiske arbeidet er troen på den gjenoppbyggende kraften i å fortelle traumehistorien i en *trygg relasjon*. Avdekking av traumehistorien kan minske skam og selvnedvurderende tanker og følelser, ved at pasienten er i en relasjon hvor terapeuten ikke er dømmende, men aksepterende.

Et integrert minne om traumet skal ikke lenger utløse betingede patologiske responser som mareritt og flashbacks (van der Hart & Op den Velde, 1991, ref. i van der Kolk et al., 1996). Hvis slike ufrivillige emosjonelle, perseptuelle og atferdsmessige intrusjoner fortsetter å forstyrre personens fungering, kan kontrollert og forutsigbar eksponering hjelpe, slik at personen mestrer livet sitt igjen. Terapeuten skal bistå i integreringsprosessen ved å være til stede med pasienten gjennom smerten og holde frem perspektivet om at lidelsen er meningsfull og tolererbar. Terapeuten hjelper pasienten til å mestre traumet ved å sette erfaringen inn i symbolsk kommuniserbar form, dvs. sette ord på persepsjoner og sansninger (van der Kolk et al., 1996).

Ehlers og Clark (2000) har beskrevet en kognitiv modell for PTSD. Her er begrunnelsen for gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen at det fremmer bearbeiding og kontekstualisering av minnet om traumet. I tillegg kan «hot spots» under gjenopplevelsen oppdages og diskuteres, for å identifisere idiosynkratisk oppfatning av traumet. De pasientene som tror de vil bli gale, miste kontrollen, gå i stykker eller dø når de tenker på traumet i detalj, får testet ut dette. Brewin (2001) presenterer en kognitiv nevrobiologisk forklaringsmodell. Han forklarer hvordan en detaljert

rekonstruksjon av en narrativ om traumet er viktig for å gjøre pasienten i stand til å hemme impulser fra amygdala i det limbiske system. Brewin skiller mellom to hukommelsessystemer som han kaller verbalt tilgjengelige minner og situasjonelt tilgjengelige minner. De *situasjonelt* tilgjengelige minnene er spesifikke, traumerelaterte drømmer og gjenopplevelser. De er oppnådd ved lavere nivå av perseptuell bearbeiding og er knyttet til personens kroppslige (autonome og motoriske) responser. Disse minnene er detaljerte, affektladete, kan ikke kommuniseres og er vanskelig å kontrollere. De aktiveres av syn, lyder og lukter. De innebærer aktivisering av amygdala som kan utløse betinget frykt via raske, subkortikale baner. *Verbalt* tilgjengelige minner kan gjenkalles automatisk eller ved å bruke frivillige strategiske prosesser. Prosessen hvor traumer integreres, innebærer at de situasjonelt tilgjengelige minnene blir verbalt tilgjengelig, og dermed del av autobiografiske minner. Det blir konstruert fleksible, bevisste minner via mer sofistisert informasjonsbearbeiding, som da kan utøve hemmende kontroll over responser aktivert via amygdala. Forfatterne over har til dels ulike forklaringer på hvorfor traumet skal konfronteres. Det har imidlertid stort sett vært enighet i faglitteraturen om at konfrontering av de traumatiske minnene i de fleste tilfeller er påkrevet for at pasienten skal bli bra. Alle teoriene over er her fremstilt forkortet og forenklet.

Forutsetninger for at konfrontering av traumer kan være egnet som terapeutisk intervensjon

Det er mange som påpeker at *noen* traumatiserte pasienter ikke bør utsettes for eksponering i terapi (Foa et al., 1995; Ford & Kidd, 1998; van der Kolk, 2002). Det kreves visse psykiske ressurser dersom konfrontering av traumet skal føre til integrering av avspaltede emosjonelle elementer og ikke retraumatisering (Adshead, 2000; Courtois, 1997; Ford & Kidd, 1998; Friedman 1996).

Traumatiserte personer, med og uten PTSD, er svært ulike når det gjelder psykiske ressurser og hvilke terapeutiske intervensjoner som vil være helende. Det er mye som tyder på at metoden, og kanskje målet med terapien, må bli annerledes hos pasienter som ikke tåler eksponering og direkte konfrontering. Dette synet er forenelig med retningslinjer innen psykodynamisk orientert litteratur som gjelder terapi generelt. Killingmo (1988) beskriver hvordan mennesker er forskjellige med hensyn til basale psykologiske egenskaper (ego-funksjoner). For eksempel vil toleranse for dysforisk affekt og evne til å inngå i mellommenneskelige relasjoner være nødvendige ressurser i en konfronterende og avdekkende terapi. Hvis disse ressursene er dårlig utbygd, argumenteres det for heller å understøtte og bygge opp disse funksjonene. Når det gjelder terapi med traumatiserte, hevder noen forfattere at personer med ustabil personlighetsfungering ikke bør konfrontere traumer i terapi (Courtois, 1997; Friedman, 1996; van der Kolk, 2002). Disse pasientene har atferdsvansker som impulsivitet, seksuell eller aggressiv utagering, spiseforstyrrelse, rusmisbruk og selvdestruktiv atferd. De er affektlabile og har kognitive problemer som fragmentert tenkning, dissosiasjon og amnesi. Dette kan være pasienter som mangler stabil identitet,

observerende ego, objektkonstans, relasjonell stabilitet og evne til å tåle og regulere affektiv tilstand (Courtois, 1997).

Relasjon

En forutsetning for vellykket konfrontasjon av traumatisk materiale er en trygg relasjon mellom pasient og terapeut (Herman, 1992a; Turner et al., 1996). Dersom evnen til objekttilknytning er skadet (ett av kriteriene i såkalt kompleks PTSD), vil pasienten være ekstra sårbar i den terapeutiske relasjonen. Det er alltid en krevende utfordring å danne og beholde en terapeutisk relasjon, og spesielt når pasientene er blitt ydmyket, såret og forrådt av personer de stolte på (Turner et al., 1996). Noen pasienter inviterer til destruktive samspill og rollemønstre i terapi og spiller ut dominans eller underkastelse (Herman, 1992a). Relasjonen kan dermed også bli utfordrende og krevende for terapeuten. I noen tilfeller kan det ta mange år å utvikle en trygg behandlingsallianse.

Pasientens livssituasjon

Pasienten bør være i en trygg situasjon for at det skal være hensiktsmessig å konfrontere traumat. Det viser seg å være stor enighet i faglitteraturen om at pågående vold fra andre personer utelukker eksponering for traumehistorier (Foa, Dancu, Hembree et al., 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). Pågående fysisk aggresjon blir et hinder for eksponering, fordi årvåkenhet og aktivering kan være adaptive reaksjoner på reell fare.

I krise er noen pasienter for sårbare til å tåle eksponering og trenger å bli stabilisert før eksponering kan gjennomføres (Dutton, 1992; Resick & Mechanic, 1995). Daglig bruk av alkohol eller benzodiazepiner er også forbundet med dårlig effekt av eksponering og frafall fra terapien (Litz, Blake, Geraldi, & Keane, 1990; van Minnen et al., 2002).

Herman (1992a) advarer mot prematurt å starte eksplorerende arbeid uten tilstrekkelig oppmerksomhet om oppgaven med å etablere sikkerhet, trygghet og terapeutisk allianse. Programmer som promoterer rask avdekking av traumatiske minner uten å tilby adekvat kontekst for integrering, er terapeutisk uforsvarlige og potensielt farlige. Pasienten risikerer å bli sittende igjen uten ressurser til å mestre minnene som er avdekket. Utfordringen er integreringen av minnene, ikke avdekkingen i seg selv. Vurdering av grad av ytre struktur er nødvendig for å sikre trygghet.

Hvem har ikke nytte av eksponeringsteknikk?

Ehlers et al. (1998) fant at pasienter som opplevde «mental overgivelse», at de var permanent forandret og følte seg helt *fremmedgjorte*, ikke hadde nytte av eksponeringsteknikk. De fant at eksponering kan være virksomt når pasientens reaksjoner er *angstbaserte* og reaksjonen ligner på den typen angst man tradisjonelt har behandlet med eksponeringsterapi. Når reaksjonene var preget av negativ selvaktelse, fungerte ikke eksponering. Wolpe (1978, ref. i Foa et al., 1995) foreslo at de som ikke hadde nytte av systematisk desensitivering, så ut til å være ute av stand til å oppleve angst mens de tenkte på den fryktede situasjonen. Empiriske studier der

forsøkspersonene hadde fobisk angst, støtter hypotesen om at aktivering av frykt er positivt forbundet med effektiviteten av behandling for angst (Foa et al., 1995).

Foa, Riggs, Massie og Yarczower (1995) fant at personer med kraftig *sinne* ikke hadde samme utbytte av eksponeringsteknikk som andre. Foa et al. foreslår at de som viste mer sinne enn angst ved eksponering til traumet, hadde problemer med å engasjere seg emosjonelt i de traumatiske minnene. De tror at sinne reflekterer en unnvikende mestringsstil. Når emosjonell smerte ikke kan unngås, er sinne en måte å regulere ubehag på. Sinnet sammenlignes med dissosiasjon eller nummenhet ved eksponering (Foa et al., 1995). For at eksponering skulle ha bedre effekt, ble personene under eksponeringen oppfordret til å konsentrere seg om andre følelser knyttet til traumet, særlig den intense angsten for å være i livsfare og den forferdelige følelsen av total hjelpeløshet som lå under hos mange av disse pasientene.

Resick og Schnicke (1992) oppsummerer forskning som viser at reaksjoner etter traume kan bestå av mye mer enn angstvekkende minner. Krigsveteraner og ofre for kriminalitet reagerer ofte med *sinne, avsky, ydmykelse, avsondring, forvirring og skyld*. Slike følelser og tanker må behandles på andre måter enn ved eksponering for traumatiske minner. Pitman et al. (1991) fant også at eksponering ikke hjelper traumatiserte som har reaksjoner dominert av skam, skyld og sinne.

Adshead (2000) konkluderer også med at traumatiserte med hovedsakelig *angstbaserte reaksjoner* kan trenge terapier som involverer eksponeringsteknikker i ulike kombinasjoner med for eksempel avslappingsteknikker, trening på angstmestring, kognitiv restrukturering eller EMDR. Pasienter som har *skambaserte reaksjoner*, vil trenge psykoterapi rettet mot kognitive representasjoner av selvet og relasjoner til andre.

Van Minnen et al. (2002) konkluderer imidlertid sin studie med at følelse av sinne, skyld og skam ikke er knyttet til dårligere behandlingsresultat eller frafall ved eksponeringsterapi. Van Minnen et al. hevder at deres funn avkrefter synet om at disse faktorene er kontraindikasjoner for eksponeringsterapi. Kubany et al. (2004) gjorde en studie hvor mishandlede kvinner med skyldfølelse ble behandlet med kognitiv terapi. Terapien innebar blant annet kognitiv behandling rettet mot skyldfølelse, utforskning av traumehistorien og eksponering for påminnere om misbruk og overgrep. Terapien reduserte depresjon og skyld og bedret pasientenes selvfølelse.

Bradley og Follingstad (2001) foreslår at eksponeringsteknikk og avdekking av minner ikke passer for pasienter som mangler *evne til å tåle sterke følelser*. Terapien må derfor rettes mot å utvikle disse evnene. For å få maksimal nytte av eksponeringsterapi må pasientene være i stand til å utsette seg for traumatiske stimuli i doser de kan tolerere (Paunovic, 1997).

Flere forfattere foreslår altså at angstbaserte reaksjoner skiller seg ut fra andre reaksjoner på traume når det gjelder nytteverdien av eksponering til traumatiske minner. Funnene er motstridende når det gjelder spørsmålet om pasienters følelse av skyld, skam og sinne i seg selv utelukker eksponering som effektiv metode. Noen

konkluderer med at personer som har store problemer med affektregulering og toleranse for ubehagelige følelser, ikke har effekt av eksponering.

Behandling ved kompleks PTSD

Noen av pasientene som ikke hadde nytte av konvensjonell PTSD-behandling i litteraturen over (Ehlers et al., 1998; Foa et al., 1995; Pitman et al., 1991; Resick & Schnicke, 1992), kan kanskje sorteres inn under det Herman (1992b) kalte kompleks PTSD. Tallene er ukjente når det gjelder forekomst av kompleks PTSD. Personer med kompleks PTSD er antakelig i mindretall blant personer som har opplevd traumer. I psykisk helsevern, hvor vi møter de som har de alvorligste psykiske lidelsene, er det sannsynligvis en større andel av traumatiserte med fungering som tilsvarende kompleks PTSD.

Roth et al. (1997) fant at kompleks PTSD er forbundet med mange og langvarige traumer og ung alder ved første gangs traume. Kompleks PTSD er også forbundet med langvarige mellommenneskelige overgrep som tortur og overgrep mot barn. Kompleks PTSD har fellestrekk med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, som også er en lidelse som ofte, men ikke alltid er knyttet til misbruk og omsorgssvikt i barndommen (Zanarini et al., 1997). Forskjellen er at det må foreligge en historie med gjentatt traumatisering ved kompleks PTSD, men ikke ved borderline personlighetsforstyrrelse.

Flere forfattere hevder at pasienter med kompleks PTSD ikke responderer på konvensjonell traumebehandling (Courtois, 1997; Ford, 1999; Friedman, 1996; van der Kolk, 2002). McDonagh-Coyle et al. (1999) konkluderte med at disse pasientene i mange tilfeller tar skade av slik behandling. Ford og Kidd (1998) fant at traumefokusert behandling ved kompleks PTSD kan føre til overveldelse og utløse dissosiativ unnvikelse. Dermed kan en sette i gang retraumatisering i stedet for å fremme habituering eller mellommenneskelig gjennomarbeiding.

Van Minnen et al. (2002) gjorde en terapieffektstudie hvor forsøkspersonene hadde kronisk PTSD. Undersøkelsen viste at det ikke er empirisk grunn til å ekskludere barndomstraumer eller multiple traumer fra eksponeringsterapi. Klienter med slike traumer hadde ikke dårligere effekt av terapien. Forklaringen på de tilsynelatende motstridende funnene kan kanskje være at ikke alle med barndomstraumer eller multiple traumer har den fungeringen som kvalifiserer for kompleks PTSD. Det er kanskje ikke typen traume som bør vurderes, men typen psykologisk forsvar og personlighetsfungering.

Van Minnen et al. (2002) konkluderte med at det er vanskelig å predikere behandlingsresultat og frafall ut fra pasientkarakteristikker. Karakteristikker av pasienter bør derfor ikke være eksklusjonskriterier fra eksponeringsterapi, hevder de. Van Minnen et al. undersøkte ikke om noen av pasientene hadde kompleks PTSD, og man vet ikke om det var personer med denne fungeringen i utvalget.

Foa et al. (2002) ville undersøke om eksponeringsterapi forverrer PTSD-symptomer. De konkluderte med at dette ikke er tilfellet. Noen klienter hadde midlertidig symptomforverring i løpet av terapien, men dette var ikke forbundet med resultatet etter behandlingen. Pasientene ble bedre av behandlingen. Denne studien var ikke rettet spesielt mot personer med de egenskapene som kompleks PTSD innebærer. Vi vet heller ikke i denne studien om det var noen med denne typen fungering i utvalget. Konklusjonen fra undersøkelsen bør derfor ikke generaliseres til å gjelde alle traumatiserte, i den grad en kan generalisere ut fra en enkeltstående studie.

Ford og Kidd (1998) gjorde en undersøkelse av behandlingseffekt hos krigsveteraner med kronisk PTSD. Utvalget bestod av 74 menn som var krigstraumatiserte som voksen. De ville finne ut om barndomstraumer (54 % av utvalget) og kompleks PTSD (57 % av utvalget) kunne predikere behandlingseffekt av traumefokusert behandling. De fant at barndomstraumer ikke predikerte resultatet av terapien, mens kompleks PTSD gjorde det. Dette til tross for at variablene barndomstraumer og kompleks PTSD korrelerte. Kompleks PTSD predikerte minsket sannsynlighet for klinisk meningsfull endring. De som ikke hadde kompleks PTSD, fikk bedre livskvalitet og mindre angst. Forfatterene foreslår at de med diagnosen kompleks PTSD heller får terapi som minsker blant annet ekstrem nummenhet, overvaksomhet, overveldende impulser og destruktive mellommenneskelige væremåter. Ford og Kidd (1998) diskuterer denne studiens begrensninger og har forslag til fremtidig forskning.

Van der Kolk skrev i 1996 at eksponering er nødvendig for et vellykket resultat av terapi med traumatiserte (Turner et al., 1996). I 2002 skrev van der Kolk at kapasiteten for å modulere affekt må vurderes, og at behandling ved kompleks PTSD bør unngå reaktivering av smerten, dissosiering og hjelpeløshet knyttet til traumer. Behandling bør i slike tilfeller heller hjelpe pasientene til å bli fullstendig til stede her og nå, uten dissosiering eller overaktivering.

Van der Kolk (2002) sier at det, blant annet på grunn av problemer med affektregulering, kan være vanskelig for pasienten å skille mellom reaksjoner på aktuelle hendelser og traumer i fortiden. Dermed vil eksponering lett skape retraumatisering når intense affekter overvelder pasienten slik de gjorde det under den traumatiske hendelsen. Så lenge pasientene dissosierer når de føler seg opprørt, vil de dessuten være ute av stand til å ta styring over livet eller å bearbeide den traumatiske opplevelsen. Traumatiserte med kompleks PTSD er sårbare for å ty til patologisk trøstende atferd, som rusmisbruk, overspising, selvskading eller å klamre seg til potensielt farlige partnere, når de føler seg ute av kontroll og ute av stand til å modulere ubehag.

Brewin (2001) har forslag til hvordan traumefokusert behandling kan gjennomføres hos traumatiserte med kompleks PTSD eller langvarige traumer. Han foreslår blant annet at aktiveringsnivået må styres under en gradvis tilnærming ved gjenhenting av minner om traumer. Hvis aktiveringen blir for høy, vil verbalt tilgjengelige minnesystemer bli hemmet, og personen vil gjenoppleve traumet uten at det skjer integrering av minner. Flere episoder med gjenkalling av minner kan være nødvendig, og at prosessen blir

avsluttet hver gang personen dissosierer i en slik grad at han eller hun ikke er i stand til å reflektere bevisst på materialet som huskes. For å fullføre integreringen kan det være nødvendig å dele traumatiske episoder i mindre deler og lage et hierarki over grader av plagsomme øyeblikk.

Brewins løsning er å gå forsiktig frem i stedet for å la være å eksponere ved kompleks PTSD. Vanskeligheter med integrering hos denne kategorien pasienter er forsøkt ivaretatt på denne måten. Denne typen samarbeid er svært krevende med pasienter som fungerer uten stabil identitet, uten observerende ego, uten objektkonstans, uten relasjonell stabilitet og uten evne til å tåle og regulere affektiv tilstand. Det vil sannsynligvis kreves et omfattende og langvarig forarbeid i relasjonen før en setter i gang eksponeringen. En av forutsetningene må være at pasienten har lært hva dissosiativ fungering er, og kan identifisere dette. Noen terapeutiske relasjoner blir kanskje ikke trygge nok til å danne utgangspunkt for direkte konfrontasjon med traumeopplevelser. Courtois (1997) mener at det kan være noen pasienter med ustabil personlighetsfungering som trenger år med stabilisering, ferdighetsbygging og alliansebygging, og som ikke kommer videre til traumefokusert behandling.

Van der Kolk (2002) beskriver noen av utfordringene i slike relasjoner. Ekstra sårbarhet eller dysfunksjon i mellommenneskelige relasjoner gjør at pasientene vil være spesielt sensitive for temaer som regler, grenser, kontakt og gjensidig ansvar. Pasienter med kompleks PTSD tolker ofte mindre frustrasjoner som om tidligere alvorlige krenkelser skjedde igjen. Det er derfor fare for at traumer blir repetert i terapien. De har en tendens til å oppleve små irritasjoner som nødssituasjoner og skyld på personer i omgivelsene for måten de føler seg på. De opplever mindre frustrasjoner i den terapeutiske relasjonen som krenkelser, mens de er numne eller dissosierer ved virkelige krenkelser. Som en konsekvens risikerer disse pasientene å føle seg misbrukt av terapeuter og å bli opplevd som utakknemlige og manipulerende (van der Kolk, 2002).

Har vi noe alternativ til eksponeringsbasert eller traumefokusert terapi?

Noen få forskningsresultater tyder på at behandling av traumatiserte kan være nyttig også uten konfrontering av traumet. Det er forsket lite på slik behandling av traumatiserte. McDonagh-Coyle et al. (1999) fant at terapi uten eksponering reduserte PTSD og andre symptomer. Behandlingen var rettet mot problemer med selvregulering og ikke mot direkte eksponering. Zlotnick et al. (1997) sammenlignet en affektmestringsgruppe med ventelistekontroll for kvinner med PTSD som hadde vært utsatt for seksuelt overgrep i barndommen. De fant at deltakerene i affektmestringsgruppen rapporterte lavere nivå av PTSD-symptomer og lavere nivå av dissosiasjon enn kontrollgruppen. Courtois (1997) har beskrevet behandlingsopplegg for traumatiserte med ustabil personlighetsfungering eller «kompleks PTSD». Behandlingen har inkludert dialektisk atferdsterapi for personer med borderline personlighetsforstyrrelse som Marsha Linehan (1993) har gjort effektstudier på. Roth og Fonagy (2005) skriver at dialektisk atferdsterapi har vist seg å være virksom for kontroll av impulsiv atferd forbundet med borderline personlighetsforstyrrelse. Det er

imidlertid ikke vist at den har innvirkning på andre symptomer eller trekk ved lidelsen. Det bør undersøkes om terapi som har vist seg å fungere ved borderline personlighetsforstyrrelse, har effekt ved «kompleks PTSD» eller traumatiserte med tilsvarende personlighetsfungering.

Konklusjon

Dersom konfrontering av traumet skal føre til integrering av avspaltede emosjonelle elementer og ikke retraumatisering, bør visse egenskaper ved pasienten og situasjonen pasienten er i, være til stede. Pasientens problemer med affektregulering og utrygghet i relasjoner kan være så store at konfrontering av traumer er uhensiktsmessig eller skadelig. For slike klienter må en først arbeide med affektregulering og det å skape en trygg relasjon, før en kan konfrontere traumer som klienten har vært utsatt for.

Konfrontering av traumer krever riktig «timing» i en trygg relasjon. Pasienten skal ikke være i en pågående traumatiserende situasjon. Eksponering er heller ikke riktig ved daglig rusmisbruk.

Traumatiserte som ikke hadde nytte av eksponeringsterapi, hadde reaksjoner som bestod av fremmedgjorthet og manglende evne til å tåle sterke følelser. Når det gjelder spørsmålet om pasienters følelse av skyld, skam og sinne er faktorer som i seg selv utelukker eksponering som effektiv metode, er funnene motstridende. Det finnes lite forskning på om personer med «kompleks PTSD» eller tilsvarende fungering kan ha nytte av eksponeringsbasert terapi, og om de kan ta skade av slik terapi. Foreløpige undersøkelser tyder på at pasienter med store problemer med affektregulering, blant annet pasienter med kompleks PTSD, ikke skal konfrontere traume i terapi før disse evnene eventuelt er utviklet. Behandling uten konfrontering av traumer kan i disse tilfellene være virksom. Terapien vil i disse tilfellene måtte ha et videre fokus og omfatte mer grunnleggende ferdigheter og funksjoner.

Marit Hokland

Solli Sykehus, Poliklinikken

Osveien 15

5227 Nesttun

Tlf 55 11 82 02

E-post marit.hokland@solli.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 11, 2006, side 1150-1158

TEKST

Marit Hokland

+ **Vis referanser**

Referanser

- Adshad, G. (2000). Psychological therapies for traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bleich, A., Shalev, A., Schoham, S., Solomon, Z., & Kotler, M. (1992). PTSD: Theoretical and practical considerations as reflected through Koach - An innovative treatment project. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 265-272.
- Boudewyns, P. A., Hyer, L., Woods, M. G., Harrison, W. R., & McCranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 359-368.
- Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2001). Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 1-32.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Courtois, C. A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered-memory issues. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 464-494.
- Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder among battered women. I D. W. Foy (Ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies* (ss. 69-98). New York: Guilford Press.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczover, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E. B., Rotbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. B. (1991). The treatment of PTSD in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.
- Ford, J. D., & Kidd, T. P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.

- Frenken, J., & van Stolk, B. (1990). Incest victims: Inadequate help by professionals. *Child Abuse & Neglect, 14*, 253-263.
- Friedman, M. J. (1996). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal, 32*, 173-189.
- Frueh, B. C., Mirabella, R. F., & Johnson, R. H. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: Some practical considerations regarding patient exclusion. *The Behavior Therapist, 18*, 190-191.
- Frueh, B. C., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: A critical review. *Clinical Psychology Review, 15*, 799-817.
- Harber, K. D., & Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. I S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (ss. 359-389). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*, 555-562.
- Herman, J. (1992a). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. (revidert utgave 1997).
- Herman, J. (1992b). Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.) Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Johnson, D. R., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin, H., Charny., & Southwick, S. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 771-777.
- Kelly, A. E., & McKilltop, K. J. (1996). Consequences of revealing personal secrets. *Psychological Bulletin, 120*, 450-465.
- Killingmo, B. (1988). *Rorschachmetode og psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinzie, D. J., & Boehnlein, J. K. (1993). Psychotherapy of the victims of massive violence: Countertransference and ethical issues. *American Journal of Psychotherapy, 47*, 90-102.
- Kubany, E. S., & Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 27-61.
- Kubany, E. S., Owens, J. A., McCraig, M. A., Hill, E. E., Iannice-Spencer, C., Tremayne, K., J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CCT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 3-18.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Litz, B. T., Blake, D. D., Gerald, R. G., & Keane, T. M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 13*, 91-93.
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Cambridge: University Press.
- McDonagh-Coyle, A., McHugo, G., Ford, J., Mueser, K., Demment, C., & Descamps, M. (1999). *Cognitive behavioural treatment for childhood sexual abuse survivors with PTSD*. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, Florida.
- McFarlane, A. C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 17*, 393-408.
- McNulty, C., & Siegel, D. L. (1994). Adult disclosure of sexual abuse: A primary cause of psychological distress? *Child Abuse and Neglect, 18*, 549-555.
- Paunovic, N. (1997). Exposure therapy for post-traumatic stress disorder: Its relative efficacy, limitations and optimal application. *Skandinavian Journal of Behaviour Therapy, 26*, 54-69.
- Pelkovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDESNOS). *Journal of*

Traumatic Stress, 10, 3-16.

Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up. The healing power of confiding in others*. New York: The Guilford Press.

Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poiré, R. E., & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 17-20

Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1995). Brief cognitive therapies for rape victims. I A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment* (ss. 91-126). Thousand Oaks: Sage Publications.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.

Rogers, S. (1998). An alternative interpretation of «intensive» PTSD treatment failures. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 769-775.

Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O'Shea, M. L., & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult outcome. *Psychological Medicine*, 152, 1336-1342.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd. ed.). New York: The Guilford Press.

Roth, S., Newman, E., Pelkovitz, D., van der Kolk, B. A., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-556.

Solomon, Z. (1992). The Koach Project. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 173-272.

Terr, L. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. American Psychiatric Association, San Francisco (presented as the Samuel G. Hebbbs Lecure at the 140th annual meeting).

Turner, S. W., McFarlane, A. C., & van der Kolk, B. A. (1996). The therapeutic environment and new explorations in the treatment of posttraumatic stress disorder. I B. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (ss. 537-558). New York: The Guilford Press.

Van der Kolk, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. I R. Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD* (ss. 127-157). New York: American Psychiatric Press.

Van der Kolk, B., McFarlane, A. C., & van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. I B. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (ss. 417-440). New York: The Guilford Press.

Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.

Vaughan, K., & Tarrier, N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.

Waller, G., & Smith, R. (1994). Sexual abuse and psychological disorders: The role of cognitive processes. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 299-314.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1101-1106.

Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, M., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect management group for women with post traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 423-436.