



# Prolonged exposure

## – en effektiv metod vid PTSD och samsjuklighet

Prolonged exposure är en KBT-metod med god evidens för behandling av PTSD, och visar också effekt på samsjuklighet såsom depression, alkoholmissbruk och ångest. Eftersom metoden är relativt lätt att lära sig kan även icke-experter tidigt få bra behandlingsresultat. Det skriver psykolog **Maria Bragesjö** som är certifierad behandlare i prolonged exposure.

**T**raumafokuserad psykologisk behandling bör vara förstahandsval vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Det finns närmare 45 randomiserade kontrollerade studier (RCT) som visar på effekt av exponeringsbaserad behandling för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp, hos personer som varit misshandlade som barn och personer av båda könen som utsatts för en rad

olika traumatiska händelser såsom trafikolyckor, tortyr, trakasserier och krig [1]. Denna artikel syftar till att ge en överblick över det vanligaste exponeringsbaserade protokollet inom KBT-paraplyet som används för behandling av PTSD, nämligen prolonged exposure (sv: förlängd exponering).

Prolonged exposure har utvecklats av Edna Foa, professor i klinisk psykologi vid University of Pennsylvania. Hon kan sägas vara en pionjär inom

ångestområdet och hennes tankegångar har betydligt oerhört mycket för förståelse av och behandling av framförallt PTSD, men även OCD. År 1979 startade hon *Center for the study and treatment of anxiety* i Philadelphia, USA, som hon fortfarande är chef för. Där gjorde hon sina första studier på prolonged exposure i början av 1980-talet. Edna Foa har publicerat mer än 350 artiklar och bokkapitel samt ett tjugotal böcker. Hon var också ansvarig för arbetsgruppen som tog fram PTSD-kriterierna i DSM-IV. Jag har själv genomgått utbildning i prolonged exposure i Philadelphia, assisterat Edna Foa vid utbildningar och är idag som ensam svensk certifierad behandlare och handledare i prolonged exposure.

### Bygger på emotionell bearbetningsteori

Idéerna till prolonged exposure föddes då PTSD togs in som en ångeststörning i DSM-III 1980. Varianter av exponeringsbaserad terapi visade då lovande resultat för behandling av andra ångeststörningar och Edna Foa utvecklade dessa för att passa PTSD-gruppen. Ursprunget till teorin var att utveckla en större förståelse för ångeststörningar och mekanismerna bakom exponeringsterapi [2, 3]. Prolonged exposure kommer således från en lång tradition av exponeringsterapi för ångeststörningar och har samtidigt sin grund i emotionell bearbetningsteori för PTSD [4]. Emotionell bearbetningsteori utgår ifrån att ångest, inklusive PTSD, reflekterar patologiska rädslorukturer där associationer mellan olika element inte korrekt avspelar verkligheten [2].

Den teoretiska utgångspunkten är att rädsla representeras i minnet som en kognitiv struktur för att undkomma fara. Rädslorukturer innehåller representationer av de stimuli som personen är rädd för (exempelvis en björn), reaktionerna på rädslan (exempelvis hjärtklappning), innebörden som förknippas med stimuli (exempelvis björnar är farliga), och responser (exempelvis hjärtklappning betyder att jag är rädd). Rädslorukturer är tänkt att utgöra en mall för det mest effektiva beteendet vid hot [4].

Rädslorukturer blir patologisk när delar av stimuli kopplas samman på ett sätt som inte återspeglar världen korrekt. Fysiologiska reaktioner och flykt- eller undvikandebeteende utlöses av harmlösa impulser, överdrivna och lättutlösta responser stör det adaptiva beteendet och harmlösa stimuli och responser förknippas felaktigt med betydelsen rädsla [2]. För att en modifiering ska kunna ske måste hela rädslorukturer aktiveras och ny information som är inkompatibel med den felaktiga informationen i rädslorukturer göras

tillgänglig. Exponering uppfyller båda dessa villkor.

Teorin om emotionell bearbetning har vidare utvecklats på olika sätt sedan 1986. En influens har varit modern inlärningsteori, i vilken utsläckning ses som skapande av nya associationer snarare än modifiering av gamla [3]. Exponeringsterapi anses inte ändra i den existerande patologiska strukturen, utan skapar en ny konkurrerande icke patologisk struktur [5]. Framgångsrik behandling sker med detta synsätt då den nya emotionella strukturen är lättare att plocka fram när det finns element som är gemensamma för bägge strukturerna. Om den gamla patologiska strukturen aktiveras blir det ett återfall [3].

### Korrigerar felaktiga associationer

Prolonged exposure syftar till att genom exponering korrigerar de felaktiga associationerna i rädslorukturer och på det sättet behandla PTSD-symtom. Behandlingen är manualbaserad, där principstyrda anpassningar kan komma att behöva göras beroende på den enskilda patientens problematik. Antalet sessioner varierar vanligtvis mellan åtta och femton med en längd på 90 minuter. I behandlingen ingår psykoedukation, kontrollerad andning, exponering in vivo, imaginativ exponering och vidmakthållandeprogram.

Psykoedukationen påbörjas egentligen redan under session 1 genom en övergripande presentation av behandlingsprogrammet. Patienten ges information om att behandlingen bygger på att undvika, samt felaktiga föreställningar om sig själv och världen, vidmakthåller PTSD-symtom och traumarelaterat obehag, och att behandlingen syftar till att bryta detta. Vid session 1 administreras även en strukturerad traumaintervju kring den traumatiska händelsen och reaktioner på denna, där det så kallade måltraumat (det minne som kommer att vara fokus i behandlingen) väljs ut. Kontrollerad andning introduceras sedan som ett sätt att minska spänning och obehag i vardagen.

Session 2 fortsätter med psykoedukation kring vanliga reaktioner kring trauma, med målsättningen att få fram patientens egna reaktioner på traumat och att normalisera detta. En tanke med detta är också att förmedla hopp till patienten om att alla de svårigheter som patienter upplever efter traumat kommer att adresseras i behandlingen. Under denna session ges också en fördjupad redogörelse för exponering in vivo, och en lista upprättas över ofarliga situationer som undviks eller uthärdas med starkt obehag på grund av traumat. Även aktiviteter som kan fungera som beteendeaktivering kan finnas med på denna lis-

► ta. Dessa rangordnas sedan utifrån grad av obehag. Exponering in vivo består av att patienten stegvis och systematiskt får närma sig dessa situationer, platser och personer. Att upprepat närma sig dessa stimuli ger möjlighet till korrigerande information kring de orealistiska förväntningarna av fara, och ger en minskning i det associerade rädslolopslaget.

Vid session 3 introduceras imaginativ exponering. Den innebär att patienten får återbesöka minnet genom att återberätta det för terapeuten som om det hände nu, i presens i uppemot 45 minuter. Detta spelas in och patienten kommer att få som hemuppgift att lyssna på bandinspelningarna dagligen. Efter den imaginativa exponeringen bearbetas eller processas själva exponeringen. Arbetssättet förbättrar patientens emotionella bearbetning och leder till att minnet av traumat inte längre skapar intensiv handikappande ångest.

## ”PTSD-symtomen minskade med 40 procent efter prolonged exposure”

Det hjälper också patienten att skilja mellan då och nu, och förstå att ”minnas

minnet” inte är samma sak som att det händer igen. Även felaktiga kognitioner kring ”det som hände var mitt fel” korrigeras genom detta. Traumatiske minnen kännetecknas av att de är fragmentariska och oorganiserade [6], och upprepad imaginativ exponering hjälper patienten att få en mer sammanhållen bild samt att organisera traumaminnet och göra det mer begripligt [7].

Följande sessioner fortskrider på samma sätt med en tyngdpunkt på en 45 minuter lång imaginativ exponering. I takt med att behandlingen fortskrider uppmuntras klienten att beskriva traumat mer detaljerat vid den imaginära exponeringen, och runt session 6 rekommenderas den imaginativa exponeringen ske genom att patienten får koncentrera sig på de mest plågsamma aspekterna av traumat, så kallade *brännpunkter*. Patienten arbetar fortsatt parallellt med hemuppgifter kring exponering in vivo. Det rekommenderas också att samtliga hela sessioner spelas in och att patienten lyssnar på inspelningen mellan sessionstillfällena.

Under den avslutande sessionen (session 10 enligt manualen) återgår den imaginativa exponeringen till att innefatta en genomgång av hela minnet i 20-30 minuter. Diskussionen efteråt har fokus på hur patientens upplevelse har förändrats under behandlingens gång, och det görs en detaljerad genomgång av klientens framsteg under

behandlingen. Fokus läggs också på hur patienten fortsatt ska tillämpa det som den lärt sig under behandlingen, återfallsprevention och avslutning av behandlingen. [4]

### Effekten har stöd i 25 RCT-studier

Åtminstone 25 randomiserade kontrollerade studier finns som indikerar att prolonged exposure är effektivt i att minska en rad PTSD-symtom, och associerad problematik så som depression och ångest. Metoden har bland annat testats mot stresskontrollträning, EMDR, stödterapi, ”treatment as usual”, kognitiv processterapi och läkemedelsbehandling, med patienter med olika typer av trauma med effektstorlekar på medel till stora [8]. Behandlingsresultaten kvarstår vid uppföljningar ett år efter avslutad behandling och ungefär 80-90 procent av patienterna kommer inte längre att uppfylla diagnoskriterierna för PTSD [9, 4]. Återfallsfrekvensen i PTSD-symtom var vid en femårsuppföljning 6 procent av de patienter som genomgått prolonged exposure [10]. Det kan jämföras med en återfallsfrekvens på 20 procent i den grupp som i samma RCT-studie fått kognitiv processterapi. År 2001 utsågs metoden som modellbehandling för nationell spridning i USA, utifrån den omfattande forskning som stöder dess effektivitet [4].

Den första RCT-studien genomfördes 1984. PTSD-symtomen minskade med 40 procent för de kvinnor som fått behandling med prolonged exposure, och vid en ettårsuppföljning var symtomminskningen 60 procent [11]. Därefter har studier tittat på om tillägg av SIT eller kognitiv omstrukturering skulle öka effekten av behandlingen. Effektstorleken är dock betydligt större med enbart prolonged exposure och inga tillägg rekommenderas därför [12, 9, 13].

Det finns också stöd för att behandlingen fungerar lika bra i vanliga vårdsammanhang som på Center for the treatment and study of anxiety (CTSA). Studier på kriscentret Women Organized Against Rape visar att deras behandlingsresultat inte skiljer sig signifikant från resultaten av behandlare som är experter på prolonged exposure på CTSA [14]. Liknande resultat ses inom den amerikanska försvarsmakten [15].

Det har uttryckts farhågor om att exponeringsbaserade behandlingar för PTSD skulle vara skadliga för vissa patienter genom fokuseringen på att återbesöka traumaminnet [6]. Det finns inga sådana tecken på psykologiska biverkningar eller att behandlingen är förknippad med symtomökning [16]. Eventuella biverkningar i form av emotionellt obehag uppstår inledningsvis vid behandlingen men är övergående [4]. Ett inledande emo-

tionellt obehag korrelerar inte heller med sämre utfall av behandlingen [16].

En genomgång av 25 studier av exponeringsbaserad behandling vid PTSD visar att det inte heller är en högre frekvens av avhopp från behandling än vid annan form av psykologisk behandling, såsom kognitiv terapi, stresskontrollträning eller EMDR [17]. Dessutom accepteras prolonged exposure mer av patienter med PTSD än farmakologisk behandling [18].

Vidare har kritik framförts mot prolonged exposure att personer som har svårt att tolerera obehag inte heller skulle klara av de känslomässiga kraven i behandlingen och därigenom inte kunna dra nytta av den [19]. Dessa patienter har tydliga svårigheter med känsloreglering, impulsivitet, självskadebeteende och svårigheter att hantera relationer, och har en hög symtombelastning och samsjuklighet. Ofta rör det sig om personer som varit utsatta för tortyr, långvariga trauman eller sexuella övergrepp i barndomen [20].

### Modifierad behandlingsform ibland mer effektiv

Även om stödet är starkt för att också patienter som varit utsatta för upprepade sexuella övergrepp i barndomen kan tillgodogöra sig exponeringsbaserad behandling [3, 21], finns det flera exempel på försök att mer effektivt behandla denna patientgrupp. För att kompensera för de svårigheter dessa patienter uppvisar i känsloreglering har till exempel ett program (STAIR) utvecklats, i vilket patienterna får lära sig namnge känslor, hantera känslor mer effektivt och lära sig både kris- och relationsfärdigheter. Två randomiserade studier har visat att denna modifierade form är effektiv för att behandla dessa patienter och mer effektivt än standardförfarandet [22, 23].

Prolonged exposure kan även användas i kombination med dialektisk beteendeterapi (DBT) för patienter med borderline personlighetsstörning och PTSD [24, 25]. Även i denna modell lär sig pa-

tienten färdigheter i form av medveten närvaro, känsloreglering, stå ut i kris och att hantera relationer.

I en pilotstudie utvecklades en modell kallad *DBT PE-protokollet* som innehåller samtliga behandlingskomponenter i prolonged exposure [24]. Ett av kriterierna för valet att påbörja prolonged exposure var att patienten inte skadat sig själv på två månader, att jämföra med hur det traditionellt har beskrivits i DBT då kriteriet är att det krävs ett års stabilisering. Pilotstudien fann inga tecken på en ökning av symtom eller avhopp i behandlingen hos patienterna. Tvärtom sågs liknande behandlingseffekter som i andra studier av prolonged exposure. Slutsatsen var att behandlingen var säker att administrera [25]. En mindre RCT-studie genomfördes sedan där patienterna randomiserades till DBT enligt standardmodellen eller till DBT PE-protokollet. Patienterna som fullföljde DBT PE-protokollet var 2,4 gånger mindre sannolika att försöka ta sitt liv och 1,5 gånger mindre sannolika att skada sig själv jämfört med de som fick standard-DBT. Andra utfallsmått gällande dissociation, traumarelaterad skuld, skam, ångest och övergripande funktionsnivå visade effektstorlekar från medel till stora [26].

Sammanfattningsvis har prolonged exposure god evidens för behandling av PTSD med alla typer av trauman och i många kulturer [12]. Behandlingen visar också effekt på samsjuklighet såsom depression, alkoholmissbruk, ångest och självskadebeteende, och är säker att ge patienter även med komplex symtombild [8, 26, 12, 25]. Icke-expertter kan lära sig behandlingen snabbt och med handledning få samma behandlingsresultat som experter [14, 15]. ●



**MARIA BRAGESJÖ**

Psykolog och psykoterapeut på Behandlingsenheten City, Stockholm, samt Psykologkliniken, Karolinska universitetssjukhuset.

Fullständig referenslista finns på [www.psykologtidningen.se](http://www.psykologtidningen.se)

### REFERENSER

1. Cahill S P, Foa E B, Hembree A et al. (2006). Dissemination of Exposure Therapy in the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 597-610.
2. Foa E B & Kozak M J (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bull, 99*, 20-35.
3. Foa E B (2011). The Cutting Edge. Prolonged Exposure Therapy: Past, Present, and Future. *Depression And Anxiety, 28*, 1043-1047.
4. Foa E B, Hembree E A, Rothbaum B O (2013a). *Emotionell bearbetning vid PTSD. Terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur & Kultur.
5. Foa E B & McNally R J (1996). Mechanism of change in exposure therapy. I Rapee R M (red). *Current Controversies in the Anxiety Disorders* (sid. 329-343). New York: Guilford Press.
6. Kilpatrick D G & Best C L (1984). Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. *Behavior Therapy, 15*, 421-423.
7. Foa E B, Molnar C & Cashman L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 675-690.
8. McLean C P & Foa E B (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Rev. Neurother, 11*, 1151-1163.
8. Foa E B, Hembree E A, Cahill S P et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953-964.
10. Resick P A, Williams L F, Suvak M K et al. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 201-210.