

Det Europæiske Netværk for Post- traumatisk Stress

Træning & Praksis



www.tentsproject.eu

Kognitiv terapi og behandling af PTSD og ASD

Chris Freeman MD

Indholdsfortegnelse

- ▣ Hvad er kognitiv adfærdsterapi (KAT/CBT)
 - ▣ Generelle principper for psykologisk behandling
 - ▣ Et typisk behandlingsforløb
 - ▣ Evidensgrundlag for KAT i forhold til PTSD
 - ▣ Evidensgrundlag for KAT i forhold til Akut Stressforstyrrelse
 - ▣ KAT sammenlignet med andre psykologiske behandlinger og medikamenter
-

Hvad er KAT?

- Der findes forskellige KAT-modeller, men de deler alle en række fællestræk
 - Selv EMDR indeholder nogle KAT-principper, men vil blive afdækket på separate slides
 - Brief Eclectic Therapy (BEP) indeholder nogle KAT-teknikker, men er en separat psykoterapi, selvom NICE (National Institute of Clinical Excellence UK) har grupperet BEP under KAT.
-

Generelle principper ved psykologisk behandling

- Vurdering og formulering er afgørende
 - Begge bør udføres før behandlingen af PTSD og ASD
-

KAT/CBT i behandlingen af PTSD: Eksisterende evidens

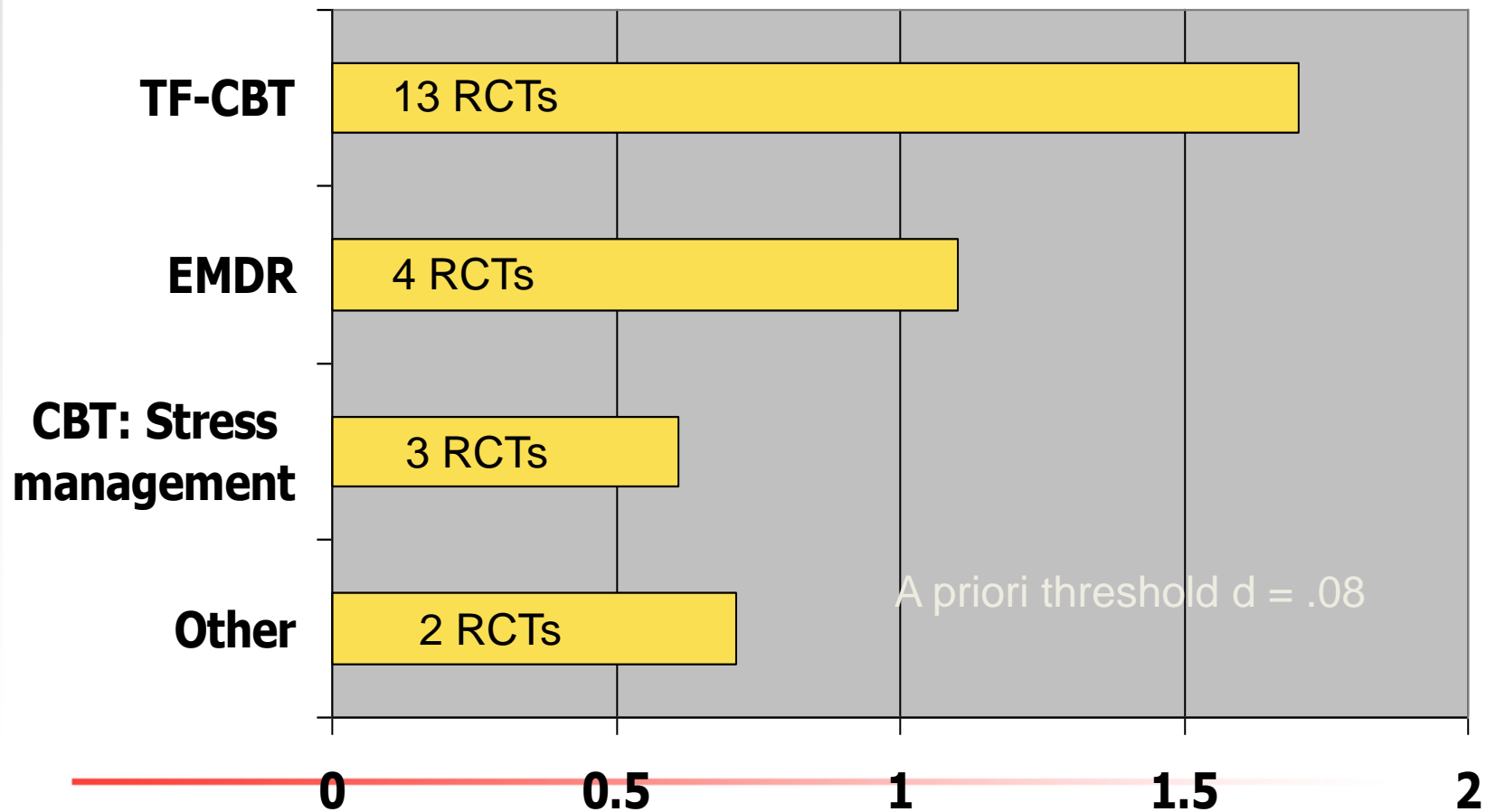
Måder at ændre traume-erindringer på: Forskellige KAT-modeller

- Forlænget eksponering overfor traume-erindringer (Foa: imaginær genoplevelse; Resick: traumenarrativer)
 - Opdatering af de værste øjeblikke i hukommelsen (Ehlers & Clark)
 - Kort eksponering for billeder med hurtige øjenbevægelser eller anden bilateral stimulering (Shapiro)
 - In vivo eksponering
 - Skelnen mellem triggere (Ehlers & Clark)
-

Evidensgrundlag sammenfattet af NICE

- EMDR: **11 studier** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
 - KAT: **16 studier** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
 - Forstærket KAT (ECBT): **16 studier** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
 - Stresshåndtering (SM): **7 studies** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
 - Gruppe-KAT (GCBT): **4 studier** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
 - Andre: **6 studier** sammenligner med venteliste-kontrol eller andre psykologiske interventioner
-

NICE Guidelines 2005:
Systematisk Review af psykoterapi for PTSD
– Effektstørrelser sammenlignet med venteliste



Psykologiske interventioner

- **Eksponeringsbaseret KAT** har fået påvist klinisk bedre effekt i forhold til selvrapporterede PTSD-symptomer og PTSD-diagnose end **venteliste-kontrol**.
- Der er begrænset evidens for, at PTSD-, depressions- og angstsymptomer rapporteret af en kliniker er bedre end selvrapportering.
- Eksponeringsbaseret KAT er ikke påvist at være bedre end stresshåndtering eller andre behandlingsformer, og udfaldet af behandlingen varierer væsentligt.

Psykologiske interventioner

- Der er fundet støtte for **EMDR** men ikke så stærk som for **traumefokuseret KAT**
 - Der er fundet klinisk relevante forbedringer på symptomer vurderet af klinikere men ikke på selvrapporterede symptomer.
 - Begrænset evidens for effekt på angst og depression.
 - **EMDR** var bedre end støttende/klientcentreret terapi men ikke bedre end stresshåndtering.
-

Evidensgrundlag siden NICE

- Der er adskillige nye studier, hvor konklusionerne afviger fra de føromtalte.
 - 4 yderligere studier sammenligner traumafokuseret KAT med venteliste-kontrol
 - I en anden undersøgelse sammenlignes traumafokuseret KAT med anden behandling
-

Anbefalinger på baggrund af evidensgrundlag: 1

- Alle PTSD-ofre bør tilbydes et forløb med traumefokuseret psykologisk terapi på et individuelt, ambulans grundlag (A)
 - Traumefokuserede psykologiske interventioner bør tilbydes uanset hvor lang tid, der er gået siden traumet (B)
-

Anbefalinger på baggrund af evidensgrundlag : 2

- KAT bør tilbydes, selv hvis det er længe siden, det primære traume fandt sted
 - Individuel ansigt-til-ansigt-terapi er førstevalg
 - Behandlingsforløbet for et enkelt traume er 8-12 sessioner à 60 minutter.
 - Behandlingen skal være fleksibel med længere sessioner, hvis traumehistorikken gør det relevant.
-

Anbefalinger på baggrund af evidensgrundlag : 3

- Traumefokuserede psykologiske interventioner bør strække sig over 8-12 sessioner, når PTSD er udviklet på baggrund af en enkeltstående begivenhed. (B)
 - Hvis den traumatiske begivenhed diskuteres, bør sessionerne være af længere varighed (90 min.), tilbydes regelmæssigt og ofte (ugentligt) med den samme terapeut. (B)
-

Anbefalinger på baggrund af evidensgrundlag : 4

- I tilfælde med multiple traumer, traumatiske tab, kronisk sygdom på baggrund af traumet, omfattende komorbiditet eller sociale problemer, bør behandlingens varighed overvejes (>12 sessioner). (C)
 - Behandlingen bør gives af kompetente individer med passende træning og supervision (C)
-

Akut stressforstyrrelse (ASD)

- Evidensen er for nyligt blevet opsamlet af Roberts (2009)
 - Evidensen understøtter effektiviteten af traumefokuseret KAT sammenlignet med en kontrolgruppe.
 - Selvhjælpsbøger er ikke bedre end kontrolbetingelser (Ehlers, 2003)
 - Studier viser, at korte behandlinger (5 sessioner) behandler ASD- og PTSD-symptomer, men ikke depression og angst.
 - Der er behov for længere behandlinger (+12 timer) for at behandle bredere symptomer.
-

ASD

- Studier har primært undersøgt patienter behandlet i løbet af de første tre måneder, hvilket vil sige, at fokus er en kombination af ASD og akut PTSD.
 - Evidensgrundlaget minder meget om PTSD's grundlag, men der er færre studier.
-

ASD

- Sessionerne bør vare 90 min., hvis der anvendes billedlig imaginær eksponering
 - Kombinationsbehandlinger bør ikke anvendes.
 - Behandling bør være individuel og ikke på gruppe-basis.
 - Behandling bør først påbegyndes 2 uger efter traumet.
-

Træning af terapeuter

- Man plejede at antage, at terapeuter burde lære generel KAT først og derefter trænes til traumefokuseret KAT
 - Studier fra Nordirland viser, at dette muligvis ikke er nødvendigt
-

Medicinsk behandling sammenlignet med psykoterapi

- Der findes ingen direkte sammenlignelige studier, så det er nødvendigt at vurdere evidensen for medikamenter og sammenligne med den kliniske evidens
-

Hvad er de centrale ingredienser

- Traumefokuseret
 - Retter sig mod traumeerindringer
 - Retter sig mod traume-antagelser og -betydninger
 - Benytter eksponering
 - Giver et sikkert, trygt miljø
-

Frafaldsrater: Sammenligning af forskellige KAT-modeller

- Forskellige psykologiske behandlinger er muligvis ikke så forskellige i forhold til reduktion af symptomer
 - De er dog meget forskellige i forhold til hvor acceptable, patienterne finder dem
-

Generelle pointer vedr. effekten af KAT (effektivitet versus virkekraft)

- 67% af de patienter, som fuldfører behandlingen, møder ikke længere kriterierne for PTSD
 - Men: præ- og post-symptom scores er negativt korrelerede med frafaldsrater, hvilket indikerer at de, som ikke oplever forbedring, muligvis er dem, som falder fra
 - Effektstudier ekskluderer ca. 30% af de henviste patienter, hvilket er lavere end for andre diagnoser, fx depression
 - Krigsrelateret PTSD er generelt forbundet med dårligere outcome.
-