**En kognitiv forståelse av PTSD**

Rumeet Kaur: 20115193 10. Semester, Psykologi

Antall tegn med mellomrom: 160 791 Speciale

Tilsvarende normalsider: 70

Aalborg Universitet

Veileder: Mette Thuesen 11. September 2016

Abstract

PTSD is a psychological disorder caused by traumatic events. The condition is associated with symptoms such as anxiety, flashbacks or nightmares related to the traumatic incident, and avoidance of any fright inducing stimuli that can be linked to the event. People who suffer from PTSD also show hypervigilance, which is seen as an increased level of arousal and sensorial sensitivity to any potential threats. By which mechanisms do these response patterns take form? How does PTSD affect cognition, and how is the trauma processed during both suffering and healing? Questions as these led to wondering about how mechanisms of PTSD can be understood. The thesis is seeking to explore the mechanisms by which PTSD is developed, maintained and treated. To enlighten the issue, different cognitive theories has been chosen in order to show different accounts. How PTSD is formed by principles of learning theory, are among the mechanisms discussed. Other cognitive processes are presented by the theories of Mardi Horowitz, Anke Ehlers and David Clark, and lastly by the emotional processing theory by Edna B. Foa. From a cognitive psychological perspective, the theories have a common ground for their understanding of PTSD. However, they are still based on different concepts and ascribe different meaning to many of the same underlying processes. How the various theories differ from one another in their understanding of the disorder is centrally discussed in the thesis. Different conceptualizations of what causes and maintains the disorder will also lead to different perspectives on treatment. How different mechanisms of treatment can be linked to variations in treatment outcome will also be discussed.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning 4

1.1 Problemformulering 4

1.2 Emnebegrunnelse 4

1.3 Forklaring av lidelsen og sentrale begreper 5

1.3.1 Diagnosekriterier for PTSD i ICD 10 5

1.3.2 Utdypet symptomforklaring 7

1.4 Metode 11

1.4.1 Det empiriske og det analytiske objekt 11

1.4.2 Teorivalg og behandling over det empiriske objekt 12

1.4.3 Metateoretisk refleksjon og behandling av empiri 13

1.4.4 Litteratursøkingsprosessen 14

1. 5 Fokusområder og avgrensning 15

1.6 Oppgavens disposisjon 16

2. PTSD forstått ut ifra læringsprinsipper 17

2.1 Assosiativ læring og PTSD 17

2.1.1 Medvirkende assosiative prosesser 18

2.2 Prinsipper for ikke-assosiativ læring, og PTSD 20

2.3 Henvisning til den empiriske støtte 21

3. Kognitive teorier i forståelsen av PTSD 21

3.1 Horowitz sin skjemabaserte teori 22

3.1.1 Peritraumatisk assosiasjon og traumeminner 22

3.1.2 Inkongruens i kognitive skjemaer 23

3.1.3 Et kontrollsystem 23

3.2 Ehlers og Clark sin kognitive teori for PTSD 25

3.2.1 Kognitive vurderinger og tolkninger knyttet til traumet 25

3.2.2 Innkoding og prosessering av traumerelatert informasjon 29

3.2.3 Minnenes struktur i assosiasjonsnettverket 30

3.2.4 Fragmenterte minner og mangelfull frivillig gjenkallelse 30

3.2.5 Trigging av gjenopplevelse 31

3.3 Emosjonsprosesseringsteorien for PTSD 33

3.3.1 Fryktnettverket og trigging av fryktresponser 33

3.3.2 Et ødelagt sikkerhetskonsept 34

3.3.3 Skillet mellom varme og kalde minner 35

3.3.4 Empirisk støtte 36

4. Teoridiskusjon 37

4.1 Refleksjoner rundt Grillon og Lissek sin læringsbaserte forståelse av PTSD 38

4.1.1 Symptomer og håndteringsmetoder 39

4.1.2 Manglende forbindelse mellom læring og andre kognitive prosesser 40

4.2 Horowitz sin skjemabaserte teori i forståelsen av PTSD 41

4.2.1 Symptomforståelse 42

4.2.2 Individuelle forskjeller og sårbarhet 43

4.2.3 En diffus fremstilling av kontrollsystemet 44

4.3 Ehlers Og Clark sin kognitive teori for PTSD 45

4.3.1 Sammenhengen mellom minner og symptomer 45

4.3.2 Tolkning påvirker utvikling og opprettholdelse av PTSD 47

4.4 Emosjonsprosesseringsteorien 48

4.4.1 Samspill mellom komponentene i fryktnettverket 49

4.4.2 Kognitive evalueringer som prediktor i sårbarhet 50

4.4.3 Symptomforståelse i emosjonsprosesseringsteorien 50

4.4.4 Når fryktnettverket forstørres 51

4.5 Oppsamlende delkonklusjon 53

5. Kognitive behandlingsmetoder for PTSD 55

5.1 Kognitiv prosesseringsterapi 55

5.1.1 Rekonstruering av oppfatninger og kognitive skjemaer 55

5.2 Eksponeringsterapi 57

5.2.1 Emosjonsprosesseringsteorien og eksponeringsterapi 58

5.2.2 Emosjonsprosessering og ekstinksjon av fryktassosiasjoner 58

5.2.3 Innsikt i egne fryktresponser underveis i terapiløpet 60

5.2.4 Faktorer som påvirker behandlingen 61

5.3 Eksponeringsterapi i kombinasjonsform 63

5.3.1 Narrativ eksponeringsterapi 64

5.4 Behandlingsmetodenes effektivitet 67

5.4.1 Richard A. Bryant og assosiertes undersøkelse av eksponeringsterapi kombinert med kognitiv rekonstruering 69

5.4.2 Resultater og refleksjon 72

6. Konklusjon 77

7. Referanseliste 79

# 1. Innledning

Overfall, tortur, voldtekt, kidnapping, bilkollisjoner, og deltagelse eller påkjenninger i krig er eksempler på hendelser av meget alvorlig karakter. De vil oppfattes som svært belastende for rammede mennesker, og hos profesjonelle behandlere oppstår det gjerne en interesse for de konsekvensene ofrene opplever som følge av traumatiske hendelser, påstår Regel og Joseph (2010, p. 18). De mener at i et normalt forløp vil den rammede, etter en traumatisk hendelse, gradvis tilpasse seg sin tilværelse og kunne vende tilbake til sine profesjonelle og private sfærer. I noen tilfeller derimot, vil rammede individer utvikle langvarige forstyrrelser. Posttraumatisk stresslidelse, herved brukt i sin forkortelse PTSD, er blant de psykotraumatologiske lidelser som kan forårsakes av en sådan traumatisk påkjenning (ibid.).

## Problemformulering

Avhandlingen søker en teoretisk forståelse av PTSD med utgangspunkt i kognitive teorier. Den søker å diskutere de kognitive mekanismer, som lidelsen kan forstås og behandles på grunnlag av. Det siktes på å belyse styrker og svakheter ved den forståelsen utvalgte teorier fremsetter, og sammenligne deres kjernepunkter og forklaringskraft. Det siktes også mot å drøfte aktuelle intervensjonsformer og hvordan disse kan relateres til behandlingsmekanismer som fremgår av det teoretiske grunnlaget. Oppgavens formål munner ut i følgende problemformulering:

*”Hvordan skiller kognitive teorier seg fra hverandre i sin forståelse av PTSD, og hvilke konsekvenser har det i behandlingssammenheng?”*

## 1.2 Emnebegrunnelse

I emnevalgprosessen for avhandlingen virket det nødvendig å velge et tema basert på interesse, samtidig som emnet til en viss grad skulle være ukjent og dermed skape muligheter for læring og en gradvis utviklet forståelse for fenomenet. I samtid er flyktningkrisen opplevd som hyppig dekket i medieoppslag. Med psykologi som hovedfag, oppstod det en interesse for å lese artikler i både media og faglige tidsskrifter som omhandlet mental helse hos flyktninger. PTSD fremstod tydelig som en lidelse knyttet til flyktningers psykiske helse, noe som la grunnlaget for å undersøke det teoretiske og faglige grunnlaget rundt dette emnet nærmere.

Det oppstod først en faglig nysgjerrighet rundt de tanker, følelser og mekanismer som kan være knyttet til lidelsen. I startfasen ble det ervervet et overfladisk overblikk over ulike teoretiske perspektiver som kan benyttes i forståelsen av PTSD. Det kognitive perspektivet ble først valgt med utgangspunkt i subjektiv favorisering, da de kognitive teorier traff på mange av de emner som hadde vekket nysgjerrighet rundt lidelsen; som tenking, følelsesliv og kognitive prosesser relatert til PTSD. Det ble forsøkt å sette opp en sammenligning mellom et kognitivt perspektiv og et psykodynamisk perspektiv i forståelsen av PTSD. Begge områdene ble opplevd som omfattende å gå i dybden på i henhold til oppgavens omfang. En avgrensning måtte foretages, og teorier innenfor det kognitive perspektiv er dermed valgt som grunnlag for diskusjon av forståelsen for lidelsen i avhandlingen.

## 1.3 Forklaring av lidelsen og sentrale begreper

I forbindelse med begrepsforklaring, vil det fokuseres på hva PTSD innebærer. Diagnosekriterier bidrar til å belyse viktige aspekter ved lidelsen. Målet med kommende avsnitt er å skape innsikt i symptomer som er sentrale ved PTSD. Som det vil ses i oppgavens hoveddel, vil disse symptomene være sentrale i den teoretiske forståelsen fremsatt og diskutert i oppgaven.

### 1.3.1 Diagnosekriterier for PTSD i ICD 10

Ved diagnostisk utredning for PTSD vil det ofte foretas intervjuer som er semi-strukturerte. En åpen samtale og vurdering av individets atferd, reaksjoner og samtalestil er alle innslag som tas med i vurderingen, i følge Simonsen og Møhl (2010, p. 413f). Noen bestemte formelle diagnostiske kriterier må oppfylles ved diagnostisering, i forklaring av disse tas det utgangspunkt nevnte forfatteres opplisting fra diagnoseverktøyet ICD 10. Det er spesielt tre symptomgrupper i hovedfokus. Følgende redegjøres det for disse.

Den traumatiske hendelsen er sentral. Hendelsen skal ha vært av svært alvorlig karakter og truende for den rammedes sikkerhet eller liv. I følge ICD-10 kriterium A, skal den rammede ha vært utsatt for ”eksepsjonelt svær belastning”, skriver Simonsen og Møhl (ibid., p. 414). Alvorlige trusler og tortur, deltagelse i krig, voldtekt eller overfall er eksempler på slike hendelser. Derutover kan ulykker som fører til skade, naturkatastrofer eller å være vitne til disse hendelsene gi grobunn for utvikling av PTSD, i følge forfatternes eksempel (ibid.). De påpeker at menneskeskapte traumer og lidelse vil ha en spesielt sterk påvirkning, og handlinger som fører til skade av personlig integritet vil også falle under kriteriene. I vurderingen av traumets alvorlighetsgrad, vil subjektiv skjønn ligge til grunn. Simonsen og Møhl presiserer dog at PTSD ikke vil omfavne stressorer i hverdagen eller triste hendelser som dødsfall eller samlivsbrudd, for eksempel (ibid.).

Kriterium B opplister påtrengende erindringer som flashbacks, tilbakevendende gjenopplevelser av den traumatiske hendelsen, eller mareritt. Gjenopplevelsesaspektet vil utdypes nærmere i avsnitt 1.3.2.1. Simonsen og Møhl viser til at i forlengelse av gjenopplevelse og gjenkallelse av traumet, skal den rammede føle sterkt ubehag (ibid., p. 415). Kriterium C viser til unngåelse av situasjoner, steder, objekter og aktiviteter som minner om den traumatiske hendelsen (ibid.). Som en fellesbetegnelse for disse elementer, vil begrepet *traumerelaterte stimuli* benyttes i oppgaven.

Kriterium D er delt inn i flere ledd, hvor amnesi eller delvis forglemmelse av en traumatiske hendelsen inngår (ibid.). Den rammede må også vise en form for overfølsomhet eller økt alarmberedskap gjennom oppfyllelsen av minst to kriterier innenfor dette området. Det er for eksempel søvnvansker, sinneutbrudd eller irritabilitet, konsentrasjonsvansker og hypervigilans etter forfatternes beskrivelse. Dessuten må symptomene vise seg innenfor seks måneder etter den traumatiske hendelsen i følge kriteriene (ibid.).

### 1.3.2 Utdypet symptomforklaring

Det er flere tilstander som kan forbindes med symptomene beskrevet i avsnittet over. Nedenstående presenteres en beskrivelse av disse, samt relaterte tilstander, i en mer utdypende form. Innsikt i disse tilstandene er viktig som grunnlag for å hvilke elementer de kognitive teoriene skal kunne forklare senere i oppgaven. Begreper som er relevante å forstå i oppgaven senere, vil også presenteres herunder.

#### 1.3.2.1 Gjenopplevelse og følelsesmessige tilstander ved PTSD

Påtrengende erindringer i form av minner, kan være tanker og mentale bilder som individet ikke lykkes med å holde ut av hodet. Disse vil også refereres til som *traumeminner* i oppgaven. Rubin og assosierte hevder at traumeminnene ofte er intrusive fordi det kan oppleves som disse ”kommer ut av det blå”, eller de kan være fremkalt av traumerelatert stimuli som individet assosieres med traumet (2008, p. 591). Det tenkes for eksempel at lyder, lukt, gjenstander eller innhold i media kan fungere som triggere. Gjenopplevelses-tendensen er i følge Rubin og assosierte et sentralt kjennetegn forbundet med PTSD. Det kan være snakk om mentale *flashbacks* i form av spontane og ubehagelige gjenopplevelser i våken tilstand (ibid.). De beskriver det som en mental fremstilling av den traumatiske hendelsen som om den gjentar seg. Flashbacks trigges gjerne i spesifikke situasjoner og kan føre til panikk eller engstelighet (ibid.).

Gjentagende opplevelser av traumet skaper både psykiske og fysiske påvirkninger, i følge Rubin og assosierte. De påpeker at det vekker en bekymring for at selve hendelsen, eller noe lignende, skal gjenta seg og frata individet kontrollen (ibid., p. 560). Ettersom traumatiske minner er av negativ karakter, vekker de *emosjonelle responser*. Med det menes for eksempel følelsen av vrede, frykt, tristhet, frustrasjon, panikk og skam. Kroppen kan også vise fysiologiske reaksjoner som økning i respirasjon, overfladisk og tung pusting, anspennelse og smerter i nakkemuskler, svetting, hjertebank og svimmelhet. Utmattelse og kvalme kan også forekomme som et resultat av gjenopplevelsen, i følge forfatterne (ibid.).

Økt frustrasjon og irritabilitet er også vanlig å se hos ofre, hevder Rubin og assosierte. Det mener det kan være rettet mot selve hendelsen, eller de som utførte den. Sinne over følelsen av urettferdighet, ønsket om rettferdighet og at noen skal ta skyld eller ansvar for hendelsen er rapport i mange kliniske sammenheng (ibid., p. 560f). Opplevelsen av skam og skyldfølelse kan også være sterk for noen individer med PTSD. De oppgir at det er dokumentert i veteraner som sliter med skyldfølelse over sin egen overlevelse og tapet på sine soldater i krig, og at skam og skyld ofte er sentrale elementer ved PTSD etter overfall og voldtekt (ibid., p. 561).

Mens sterke emosjonelle reaksjoner vil prege noen individer, vil andre føle en form for følelsesmessig nummenhet, skriver Rubin og assosierte (ibid., p. 563). De mener det kan knyttes til ønsket om å unngå å føle de emosjonene som trigges av vonde minner. Det er tilfeller hvor pasienter melder om en generell nummenhet, både ovenfor glade og triste følelser, hevder de. Følelser når ikke lenger et dypt eller sterkt nivå. Det er en likegyldighet som også har en innvirkning på relasjoner med andre mennesker og evnen til å glede seg over livet (ibid.).

#### 1.3.2.2 Unngåelsesatferd

Som følge av flashbacks og erindringer av traumet, er det i følge de nevnte forfattere normalt at individet utviser *unngåelsesatferd* (ibid., p. 564). Det er for eksempel unngåelse av de aktiviteter som vekker minner og tanker om traumet. Det kan være snakk om unngåelse av å kjøre bil, dra på ferie, fester, spesifikke steder eller møte andre mennesker. I den sammenheng foreligger det en risiko for generalisering av frykt og unngåelsesatferd, i følge Rubin og assosierte. Aktiviteter som ligner eller skaper lignende sensasjoner som den traumatiske hendelsen, vil vekke ønsket om å unngå lignende hendelser også (ibid.). Dersom noen tidligere har blitt overfalt på en fest, for eksempel, kan de i etterkant forsøke å unngå alle former for større samlinger, som marked og konserter.

Det er også en viss sårbarhet individet kan føle for frykten følger i forbindelse med gjenopplevelse, påpeker Rubin og assosierte. De hevder at individet enkelte ganger vil være klar over kilden som trigger gjenopplevelse. I andre sammenhenger vil det være et komplekst forhold mellom fryktresponser og de stimuli som trigger reaksjoner. Forfatterne rapporterer om et klinisk eksempel der en kvinne som var redd for å dusje i sitt eget hjem etter voldtekt, til tross for at hendelsen ikke tok sted i hennes bolig. Først i terapi fremkom det tanker om at hun følte seg sårbar mens hun dusjet fordi hun var naken, alene og følte ikke at hun kunne flykte lett nok. Nedsatt hørsel og syn bidro ytterligere til sårbarhetsfølelsen (ibid., p. 567).

Det er ikke kun atferd i form av spesifikke aktiviteter som kan være gjenstand for unngåelse. Forfatterne beskriver at mental unngåelse innebærer unngåelse av de tanker som er relatert til traumet. Det er gjerne tanker som oppleves som stressende, triste og frustrerende. På lenger sikt mener de at dette kan være uheldig fordi det hindrer individet i å prosessere tanker og skape en forståelse eller mening av opplevelsen (ibid.).

#### 1.3.2.3 Hypervigilans

*Hypervigilans*, eller anspenthet og økt alarmberedskap, er som tidligere nevnt en overdreven vaktsomhet ovenfor stimuli i individets miljø. Rubin og assosierte mener at tilstanden kan knyttes til gjenopplevde erindringer som flashbacks og frykten for at den traumatiske hendelsen skal gjenta seg (ibid., p. 603). De skriver at individet typisk vil foreta en perseptuell søking for truende hint i miljøet og muligvis tillegge truende attribusjoner som tidligere ikke ville blitt vurdert som farlige. Forfatterne påpeker at hypervigilans er forbundet med frykten for manglende kontroll over truende stimuli, kan også innebære å vise en form for overdreven beskyttelse ovenfor familie, venner eller seg selv (ibid., p. 603f).

Rubin og assosierte knytter dessuten hypervigilans til individets ”fight or flight system”. De hevder at denne tilstanden er lik individets respons under krisesituasjonen, og vil derfor være svært energikrevende og stressende. Under en reell krise vil dette systemet være adaptivt. Ved falske alarmer vil det kun medføre restriksjoner i dagliglivets utfoldelse og unødvendig brukt av energi (ibid., p. 605). Hypervigilans kan føre til problemer med hverdagslige gjøremål, konsentrasjonsvansker i aktiviteter og søvnvansker. Utenom mareritt, kan det oppleves vanskeligheter med innsovning og avbrutte søvnmønstre, i følge forfatterne (ibid., p. 603).

#### 1.3.2.4 Et komplekst symptombilde

Simonsen og Møhl viser til at intensiteten over ulike symptomer vil variere med både type og tid. Han skildrer at for noen vil flashbacks vedvare, mens hypervigilans gradvis avtar. For et annet individ kan symptomene se annerledes ut (2010, p. 417). De påpeker at en høy andel av traumeofre viser de beskrevne symptomer på PTSD rett etter hendelsen. Disse avtar dog for halvparten av ofrene i løpet av en tre-måneders tid og viser til en stabiliseringstendens (ibid.). Rubin og assosierte skriver at noen mennesker vil føle seg sterk preget selv måneder eller år etter den traumatiske hendelsen. Utsettelse for tidligere traumer kan også interagere med risikoen for utvikling av PTSD etter nyere traumer, da de kan føre til økt belastning og svekke motstandskraften mot nye påkjenninger, i forfatterne (ibid., p. 597).

Det er også relevant å nevne det Schottenbauer og assosierte omtaler som *kompleks PTSD.* Forfatterne påpeker at tilstanden er kjennetegnet av økt fysiologisk stress, problemer med regulering av intense emosjonelle tilstander, ekstremt negative antagelser knyttet til både selvbildet og synet på andre mennesker (2008, p. 16). De benevner også at problemer i relasjonelle sammenhenger og manglende følelse av eksistensiell mening også kan være forbundet med denne tilstanden (ibid.). Eksempler på influerende årsaksfaktorer til kompleks PTSD kan være neglekt i barndommen, seksuell misbruk, emosjonell og/eller fysisk vold/tortur, i følge forfatterne. De påpeker også at det ikke alltid vil gjøres et skille mellom (simpel) PTSD og kompleks PTSD i litteraturen som berører lidelsen (ibid., p. 17).

I følge Shottenbauer og assosierte, varierer reaksjoner på traumatiske hendelser også på bakgrunn av individuelle forskjeller i personlighet, emosjonelle uttrykksmåter, tidligere traumatiske opplevelser, håndteringsstrategier og hvorvidt individet opplever vanskeligheter og stress i andre livsområder (ibid., p. 14). Som ved andre lidelser, er det ikke et standard symptombilde som vil prege alle mennesker som lider av PTSD. Dog er de symptomene og kriteriene som fremgår av psykiatriske diagnoseverktøy utgangspunktet ved undersøkelsen av PTSD. For å kort oppsummere symptomene, er det snakk om gjenopplevelse av traumet, unngåelsesatferd, hukommelsestap for aspekter ved den traumatiske hendelsen og hypervigilans. I forbindelse med noen av disse symptomene, er det også blitt fremsatt tilstander som nyanserer hvordan PTSD oppleves for den lidende. Disse tilstandene kan som sett knyttes til skam, skyldfølelse, konsentrasjonsvansker, nummenhet og vrede.

Forklaring av ytterligere begreper eller konsepter som er relevante i den teoretiske redegjørelse og diskusjon, vil forklares underveis i oppgaven. Dog vil enkelte psykologiske termer og begreper, som vurderes som vanlige i den faglig terminologi, ikke forklares.

## 1.4 Metode

Som del av den metodisk redegjørelse for avhandlingen, siktes det først mot å avklare sammenhengen mellom de ulike elementer som skal undersøkes i oppgaven. Deretter vil det gis en kort presentasjon av teoriene, og hvordan de vil anskues og behandles gjennom oppgaven. Hvordan empiriske undersøkelser på det gitte felt er tatt med i betraktning, vil også belyses. Til sist vil litteratursøkingsprosessen beskrives.

### 1.4.1 Det empiriske og det analytiske objekt

I avklaring av hvordan teorien vil behandles, fremsettes Vanessa Sonne-Ragans skille mellom to objekttyper som forfatteren mener skal komme klart frem i en vitenskapelig sammenheng, også i teoretiske oppgaver (2012, p. 27). Hun påpeker først og fremst at det *empiriske objekt* utgjør det konkrete objekt eller fenomen som er i sentrum for undersøkelse. De teorier, som anvendes i undersøkelse og analyse av fenomenet, utgjør den *analytiske objekt* (ibid., p. 27f).

Den første undren er knyttet til hvilke kognitive prosesser og mekanismer som underligger utvikling, opprettholdelse og behandling av PTSD. Hvordan PTSD kan forstås på ulike måter med utgangspunkt i disse prosesser, blir derfor oppgavens empiriske objekt.

Dersom det tenkes at en fullkommen forståelse av PTSD kan oppnås gjennom alle mulige teoretiske og empiriske forbindelser, er det analytiske objekt i denne sammenheng valgt med hensikt om å skape avgrensning rundt den forståelsen som tilsiktes. Det empiriske objektet anskues ved hjelp av det analytiske objektet, så teorier kan anses som hjelpemidler i utforskningen av de prosesser som fremgår i forståelsen av PTSD. Oppgavens område avgrenses til de kognitive prosesser som kan belyse og forklare aspekter ved PTSD. Som det fremgår av oppgavens problemstilling, skal de utvalgte teorier diskuteres i forhold til hverandre, noe som også gjør deres forskjeller sentrale. Det vil utdypes nærmere i neste delavsnitt.

### 1.4.2 Teorivalg og behandling over det empiriske objekt

Oppgavens teorivalg kan forstås ved hjelp av Sonne-Ragans sin fremsettelse av begrepet *eklektisisme*. Hun påpeker at eklektisisme nettopp betyr å utvelge (ibid., p. 33). En eklektisk tilgang går ut på kombinering av ulike typer viten. Forfatteren påpeker at formålet ikke er å inkludere flest mulig perspektiver i sin forståelse eller å produsere fullkomne svar. Målet er å kunne presentere nye vinklinger og vurderinger, for eksempel ved å få øynene opp for nye problemstillinger eller mangler i den nåværende teoretiske forståelse (ibid., p. 37).

Sonne-Ragans påstår at det finnes flere varianter av den eklektiske tilgang. I den *intradisiplinære tilgang* blir teorier fra samme disiplin integrert (ibid., p. 36). Ettersom oppgaven omhandler en kognitiv forståelse for PTSD, er teoriene utvalgt på bakgrunn av deres tilhørighet til den kognitive felt innen psykologien. Det ble også tatt i betraktning at teoriene baserer seg på forskjellige konsepter i forklaring av PTSD. Oppgaven er sentrert rundt fire teoretiske fremsettelser. De vil kort presenteres med navn og årstall i dette avsnittet, og elaboreres dypere i oppgavens teoretiske redegjørelse.

Den første teoretiske fremsettelse er basert på Schmuel Lissek og Christian Grillon sin forståelse av PTSD med utgangspunkt i læringsprinsipper. Det er klarhet i at dette ikke fremgår som en egen, spesifikk teori for PTSD. Forfatternes fremsettelse inkluderes likevel, delvis fordi den danner basis for to av de andre teorier. Deres forståelse inkluderes også da den vil bidra til å belyse hvilke komponenter som mangler i en mer fullkommen forståelse av PTSD.

Den andre teorien er Horowitz sin skjemabaserte teori for PTSD, som han fremsatte i 1983. Den tredje teorien refereres til som David Ehlers og Anke Clark sin kognitive teori for PTSD (2000). Den siste teorien er knyttet til spesielt et gjengående navn. Som det vil ses i oppgaven, har Edna Foa utarbeidet en teori samsvar med diverse assosierte. Denne teorien kalles emosjonsprosesseringsteorien, og ble blant annet presentert i 1989 av Foa og assosierte.

Som tidligere nevnt i innledningen, er alle teoriene kognitive. Når teorier fra samme felt integreres i en intradisiplinær tilgang er det, ifølge Sonne-Ragans, hensiktsmessig å utforske forskjeller mellom dem (2012, p. 40f). Til tross for at alle teoriene har kognitive prosesser som fokusområde, er det likevel forskjeller i henhold til hvilke mekanismer de beror på. Som det vil ses i oppgaven, er det forskjell i hvilke mekanismer som knyttes til lidelsens utvikling, opprettholdelse og hva som kreves behandlingsmessig. Teoriene er blitt valgt ut med hensyn til forskjeller i hvilke kognitive konsepter de baserer seg på, da det tenkes å skape grunnlag for en dynamisk forståelse og diskusjon i oppgaven.

Den kognitive forståelsen for PTSD vil dermed undersøkes gjennom forskjeller og likheter i teorienes prosesser og komponenter, og hvordan teoriene varierer fra hverandre i deres forklaringskraft. Hvilke faktorer og kriterier denne vurderingen gjøres opp mot, vil presiseres i starten av diskusjonen under avsnitt 4. Det skal dog bemerkes fremsettelsene i avhandlingen beror på subjektiv vurdering og tolkning. De samme teorier kunne for eksempel vært tolket og vurdert annerledes av andre individer.

### 1.4.3 Metateoretisk refleksjon og behandling av empiri

Oppgavens problemfelt lar seg plasseres i en større faglig og vitenskapelig sammenheng. Hvordan empirisk data innenfor dette feltet samles og anskues, vil også være forståelig med utgangspunkt i den vitenskapsteoretiske forankring. Som nevnt faller oppgavens teorier under den kognitive disiplin innenfor psykologi. I følge Gerd Christensen har kognitiv psykologi et naturvitenskapelig gjenstandsfelt (2011, p. 101f.). Med gjenstandsfelt henviser han til presiseringen av hva den vitenskapelige retning ønsker å undersøke. Vitenskapens ontologi vil med andre ord si noe om hvilket fenomen som er utvalgt som gjenstand for undersøkelse (ibid., p. 21). Ved å plassere kognitiv psykologi som en naturvitenskapen, hevder han at kognitiv psykologi handler om undersøkelse av en gjenstand som ikke er menneskeskapt. Under gjenstanden faller blant annet kognitive prosesser som er relatert til informasjonsbearbeiding, hukommelse, tenking, persepsjon og læring (ibid., p. 111).

Christensen henviser til E.C Tollman sin påstand om at de nevnte kognitive og ikke-observerbare prosesser kan måles og undersøkes gjennom observerbar atferd (ibid.). Kognitiv forskning er dog et bredt og tverrvitenskapelig felt. Innenfor psykologien utføres det forskningsstudier som for eksempel tester ut effekten av psykoterapeutisk behandling, som kan sin bakgrunn i kognitiv psykologisk teori, skriver Passer og assosierte (2009, p. 847). I undersøkelsen av behandlingseffekt, er den eksperimentelle metode sentral fordi den tillater en sammenligning av ulike metoder. Det bærer en underliggende antagelse om å kunne produsere generaliserbare resultater som vil bidra til å predikere og effektivere behandlingsutfall, i følge forfatterne (ibid., p. 53).

Som tidligere nevnt vil ulike terapiformer knyttes til de behandlingsmekanismer som fremgår av oppgavens teoretiske forståelse. Hvordan teoriens mekanismer er sammenvevd med behandling, vil analyseres og diskuteres. Diskusjonen vil blant annet omhandle forskjeller i behandlingseffekt, som fremgår av forskningsstudier innad dette felt. Det bemerkes at alle forskningsstudier som nevnes underveis i intervensjonssammenheng, ikke kan presenteres i elaborert form av hensyn til oppgavens begrensede omfang. De er dog opplistet med søkbar internettlenke i referanselisten.

### 1.4.4 Litteratursøkingsprosessen

I forbindelse med litteratursøking for oppgavens formål, er hovedsakelig to søkebaser benyttet. Den første er <https://scholar.google.no>, hvor mange tekster er lenket som PDF-fil. Den andre søkebasen, som ble anvendt i størst grad, ble funnet gjennom internettsiden til Aalborg Universitetsbibliotek. Denne database heter PsychInfo, ved link til: <http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/index.cfm?fa=search.advancedSearchForm>

Det ble først etablert kjennskap til kognitive teorier for PTSD gjennom en elektronisk bok ved navnet *Post-traumatic stress*, skrevet av Stephen Regel og Stephen Joseph (2010). Deretter ble det søkt etter teorienes egen presentasjon av deres forfattere ved hjelp av PsychInfo. Målet var å finne mest mulig primærlitteratur produsert av teorienes forfattere. Det var oppnåelig, selv om Horowitz sin teori var vanskeligere å finne primærkilde til. Det skyldes muligens teoriens høyere alder sammenlignet med de andre teorier.

I forbindelse med intervensjonsdelen, vil det som nevnt kortfattet vises til forskningsresultater fra studier som er utført i relasjon til terapeutiske behandlingseffekter. Studiene er plukket ut på bakgrunn av at de omhandler terapeutiske behandlinger som vil forbindes med oppgavens teoretiske grunnlag. Hvilke studier som har vært mulige å ta i betraktning, avhenger selvfølgelig også av deres tilgjengelighetsgrad i søkebaser.

## 1. 5 Fokusområder og avgrensning

Til tross for at interessen for en oppgave om PTSD oppstod på bakgrunn av litteratur rundt flyktningers tilstand, er ikke oppgaven avgrenset til noen spesifikk type traume i relasjon til PTSD. Det velges dog å avgrense mot et dybdefult fokus på kompleks PTSD i oppgaven, selv om det vil nevnes kort og konsist under relevante punkter.

Under avsnitt 1.2 og 1.4.2, er avgrensingen til det kognitive perspektiv allerede begrunnet og omtalt. I den grad det er mulig, er empirisk støtte for teoriene og deres konsepter inkludert i teoriredegjørelsen. Det er dog ikke valgt et stort fokus på det empiriske grunnlaget for teoriene, selv om det kortfattet tas i betraktning ved mulighet. Fokuset skal primært ligge på teorienes mekanismer, forskjeller og likheter i forståelsen av PTSD.

Hovedfokuset i oppgaven ligger på den teoretiske forståelse som fremgår i teoretisk sammenheng. Dog vil intervensjonsmetoder, med utgangspunkt i det teoretiske grunnlaget, omtales i siste del av oppgaven. Kognitiv terapi, NET (kognitiv atferdsterapi) og eksponeringsterapi er de utvalgte behandlingsmetoder som vil forklares, analyseres og diskuteres. De vil også settes i sammenligning med hverandre, både med hensyn til forskjeller i behandlingseffekt og underliggende mekanismer. Diskusjonen omkring intervensjonsmetodene, er valgt å begrenses til omhandling av de fremsatte mekanismer. Andre faktorer som kan påvirke behandlingsutfall eller forskjeller i behandlingseffekt, er valgt å holdes utenom i avhandlingen.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

I oppgavens avsnitt fra 2. – 3.3.4 presenteres den teoretiske redegjørelse av de utvalgte teorier. Fra avsnitt 4. starter en teoretisk diskusjon av disse teoriene. Teoridiskusjonen vil følges med en oppsummerende delkonklusjon i avsnitt 4.5.

Intervensjonsformer og en behandlingsrelatert diskusjon følger fra avsnitt 5. Denne delen av oppgaven er ikke like splittet i en redegjørende og deretter diskuterende stil. Til tross for at det føler en diskusjon rundt behandlingsmekanismer til slutt, er også mange analyserende og diskuterende punkter underveis i redegjørelsen for behandlingsmetodene. Avsnitt 6. utgjør en konklusjon på oppgaven, og referanselisten er satt opp under avsnitt 7.

# 2. PTSD forstått ut ifra læringsprinsipper

Følgende vil det redegjøres for de teoriene som kort ble presentert under avsnitt 1.4.2. PTSD vil først anskues som resultat av læringsassosiasjoner. Deretter vil det redegjøres for tre kognitive teorier fra avsnitt 3. Det er som tidligere nevnt Horowitz sin skjemabaserte teori, Ehlers og Clark sin kognitive teori for PTSD, og til sist emosjonsprosesseringsteorien.

* Læring er en prosess som påvirker evner, persepsjon og emosjonelle reaksjoner og atferd. Ved en traumatisk hendelse vil individet erverve erfaring som kan manifestere seg i ugunstige atferdsmønstre, i følge Christian Grillon og Schmuel Lissek. I verket The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorder, har de publisert et kapittel hvor generelle prinsipper innenfor læringspsykologi er benyttet i forståelsen av PTSD (2012). Det går et skille mellom prinsipper for assosiativ læring og ikke-assosiativ læring, og som det vil ses kan begge anvendes i forståelsen av PTSD.

## 2.1 Assosiativ læring og PTSD

Forfatterne henviser til Ivan Pavlov sin presentasjon av mekanismene bak en assosiativ læringsform kalt *klassisk* *betinging* (Grillon & Lissek, 2012, p. 594). Den beror på at assosiasjon mellom to stimuli former atferd. Dersom en betinget stimulus, som tidligere har vært nøytral, pares med en såkalt ubetinget stimulus som automatisk utløser en respons, vil det formes et reaktivt forhold mellom disse (ibid.). Med andre ord kan en betinget stimulus, for eksempel en bil, i assosiasjon med en ubetinget stimulus, i dette eksempelet en traumatisk kollisjon, danne en såkalt betinget respons. Som respons vil individet senere reagerer med frykt kun ved synet av en bil, fordi assosiasjonen til kollisjon er sterk.

I klassisk betinging er det et prinsipp at den betingede stimulus må kombineres med den ubetingede stimulus gjentatte ganger for at disse skal assosieres, i følge kapittelets forfattere. Først da kan den betingede stimulus utløse en betinget respons som egentlig ble fremkalt ved presentasjon av den ubetingede stimulus (ibid., p. 595). I tilfellet med PTSD fungerer dette annerledes. Ettersom assosiasjonen mellom stimuliene er såpass intens og emosjonelt belastende, vil den klassiske betinging forekomme uten gjentatte paringer (ibid.). Det dannes en assosiasjon mellom den traumatiske hendelsen og enkelte stimuli, noe som senere alene vil kunne trigge frykt og angst. For eksempel kan det dannes en assosiasjon mellom mørke steder og overfall. Senere vil mørke steder, eller stimuli som forbindes med mørket, kunne utløse en nærlignende reaksjon som overfallet gjorde.

### 2.1.1 Medvirkende assosiative prosesser

Derutover presenterer forfatterne flere prosesser som bidrar til opprettholdelse av symptomatferden (ibid., p. 597). Tre av disse; manglende ekstinksjon og frykthemning, generalisering av frykt, vil ses i forhold til PTSD.

#### 2.1.1.1 Mislykket ekstinksjon av tillært assosiasjon

*Ekstinksjon* er en prosess som innebærer at den betinget stimulus, i oppgavens eksempel bil, blir presentert gjentatte ganger uten at den ubetingede stimulus blir det, noe som skal føre til at den betingede responsen (frykt) blir svakere og forsvinner med tiden (ibid.). Forfatterne forbinder ekstinksjon med erfaring som kan lære individet at den ubetingede stimulus egentlig er harmløs. Denne erfaringen former en ny representasjon som skal konkurrere med fryktassosiasjonen og hemme den tidligere fryktresponsen (ibid.).

I spørsmålet om hva som bidrar til mislykket ekstinksjon ved PTSD, viser Grillon og Lissek til ”konkurranse-hypotesen” som ble utformet av Pitman og assosierte (ibid.). Den baserer seg på at disposisjonen for negative assosiasjoner virker relevante for overlevelse, og på grunn av sin intensitet og vitale funksjon, ikke elimineres på samme måte. Nye læringsassosiasjoner som skal kunne gi konkurranse til de originale fryktassosiasjonene, er derfor vanskelige å skape.

Forfatterne henviser også til sin Eysenck sin ekstinksjonsteori kalt ”Two stage learning” i forklaringen av hvorfor ekstinksjon uteblir. Unngåelse av stimuli som vekker den betingede respons, fratar individet muligheten til å erverve ny erfaring (ibid., p. 598). Det hindrer individet i å forme ny erfaring som frakobler faremomentet fra den betingede stimulus (ibid.). Individet får i eksempelet ikke oppleve bilen på nytt, uten at en kollisjon eller negativ hendelse inntreffer. Farevurderingen svekkes ikke, og den første assosiasjonslinken forblir i hukommelsen til individet uten konkurranse fra nye assosiasjonsforbindelser. Grillon og Lissek sin tolkning er at manglende evne til å skille korrekt mellom reell fare og egne feilvurderinger, fører til den konsentrasjonsvansker og utmattelsen som forbindes med PTSD (ibid.).

Dessuten påpeker forfatterne at ekstinksjon uteblir på grunn av unngåelsesatferd og undertrykkelse av traumerelaterte tanker. Unngående responsmønstrene formes fordi de på kort sikt virker hensiktsmessig for dem rammerede ved å beskytte mot ubehag, i følge forfatterne. Når individet lykkes med unngåelse, belønnes det i form av redusert frykt og angst. Grillon og Lissek mener derfor i tråd med prinsippet for operant betinging, at atferden vil formes på bakgrunn av den negative forsterkningen som unngåelse medbringer. De mener dog at unngåelsesatferd og manglende ekstinksjon på lenger sikt vil opprettholde lidelsen (2012, p. 594).

#### 2.1.1.2 Mislykket frykthemning

Grillon og Lissek påpeker at det er teorisert rundt en ytterligere mekanisme som bidrar til å opprettholde symptomer ved PTSD. De henviser til Joanovic og Ressler sin påstand om en defekt i fryktsystemet hos individer med PTSD, noe som hindrer hemning av frykt selv ved fraværelsen av truende stimuli (ibid., p. 599). Det har i følge dem konsekvenser for alle de prosesser som avhenger av frykthemning for å lykkes. Den konstante frykten skaper ikke rom for endring, noe som er å se i tilfelle med ekstinksjon, blant annet. Læring som skal knytte spesifikke stimuli med trygghet vil kun ha en effekt dersom konstante fryktresponser av fysiologisk og psykologisk art dempes under formingen av nye assosiasjoner (ibid.).

#### 2.1.1.3 Generalisering

Videre påpeker Grillon og Lissek at det i klassisk betinging er sentralt at tillærte responser kan generaliseres på bakgrunn av assosiasjoner til den betingede stimulus. Ved PTSD innebærer *generalisering* at fryktresponser ikke kun utvises ovenfor den betingede stimulus, men også for stimulus som ligner (ibid., p. 600). I eksempelet med bil og kollisjon, kan for eksempel frykten generaliseres til lignende kjøretøy som buss eller motorsykkel. Forfatternes tolkning er at et større spekter av fryktutløsende stimuli, gjennom generalisering, kan ses som en medierende faktor for hyppigheten av fryktresponser, angst og hypervigilans (ibid.).

## 2.2 Prinsipper for ikke-assosiativ læring, og PTSD

I motsetning til betingede fryktresponser som er å se ved assosiativ læring, fokuserer den ikke-assosiative læring på endret reaktivitet mot stimuli i individets miljø. To kjente mekanismer fra læringsteori bidrar til det, i følge Grillon og Lissek. De ser også på hvilken rolle disse prosessene spiller i forhold til PTSD.

*Tilvenning* er en prosess hvor styrken på en respons avtar med tiden når individet utsettes for stimulusen gjentatte ganger (ibid., p. 602). En skarp lyd vil vekke oppmerksomhet og respons første gang. Dersom lyden gjentas uten at noen reell fare inntreffer, vil responsen redusere i både hyppighet og intensitet. Det forekommer en reduksjon i nevrale, autonomiske og atferdsmessige responser, ifølge Grillon og Lissek. De fremsetter også at den defekt i disse tilvenningsmekanismene kan knyttes til den manglende frykthemningen omtalt i avsnitt 2.1.1.2.Varige fryktresponser på grunn av mislykket tilvenning, anses som en av mekanismene bak hypervigilans i følge dem (ibid.).

*Sensitivisering*, i motsetning, innebærer økning i responsstyrken ved gjentatt eksponering (ibid., p. 603). I de tilfellene stimuli assosieres med økt spenning og smertefulle opplevelser, vil det forekomme en sensitivisering fordi disse stimuli vurderes som strengt relevante for individet. I følge forfatterne vil det ved PTSD innebære en økning i fryktresponser mot stimuli som vurderes truende (ibid.). De påpeker at sensitiviseringen står i tråd med den hyperaktivitet som preger fryktsystemet. Det betyr at hyperaktiviteten, stresset og den emosjonelle innvirkning bidrar til en lav aktiveringsterskel for fryktresponser (ibid.).

## 2.3 Henvisning til den empiriske støtte

Lissek og Grillon gir ved siden av sin fremstilling, innsyn i et omfattende grunnlag av empiriske undersøkelser rundt de læringsbaserte prinsipper for forståelsen av PTSD. Det går utenfor å oppgavens rekkevidde å omtale det empiriske grunnlaget i sin helhet, men i forkortet form kan det påpekes at det er utført undersøkelser rundt den mislykkede tilvenning og ekstinksjon av frykt, overgeneralisering av frykt, sensitivering og videre. Det henvises til deres tekst for innsyn i de empiriske omtalelser (jf. referanseliste).

Oppsummert, har Grillon og Lissek gitt et bilde av hvordan læring kan forme den symptomatferd knyttes til PTSD. Gjennom assosiasjonslæring og generalisering vil individet forbinde visse stimuli med fare, og respondere deretter. Symptomatferden som fryktresponser og angst, hypervigilans og unngåelsesatferd formes gjennom læring og blir automatiske responser på fare. Medierende prosesser som et dysfunksjonelt frykthemningssystem, manglende ekstinksjon, mislykket tilvenning og økt sensitivering bidrar dessuten til å opprettholde symptomatferd.

# 3. Kognitive teorier i forståelsen av PTSD

I kliniske observasjoner og forskningssammenheng har mange individer med PTSD rapportert om gjentrengende tanker og minner som et sentralt trekk ved deres lidelse, i følge Tim Dalgleish (2004). Han mener at PTSD derfor kan forestås som en ”hukommelseslidelse” (ibid., p. 228). Hva er forholdet mellom traumer og minner? Hvordan kan PTSD og symptomer forstås gjennom iakttagelse av det kognitive perspektiv? Det er spørsmål som besvares i kommende teoriredegjørelser.

* Den kognitive teorien knyttet til PTSD kan deles inn i minst to ulike retninger, i følge Dalgleish. Skillet er basert på antallet av mentale representasjoner, komponenter eller prosesser som inngår i formatet til teoriene (ibid., p. 231). Noen teorier baserer seg hovedsakelig på en mental representasjon eller komponent; de kalles *singel-representasjonsteorier*. Teorier som derimot baserer seg på kombinasjonen av flere komponenter i sin forklaringsfremstilling, kan refereres til som *multi-representasjonsteorier*, i følge Dalgleish (ibid.). Følgende presenteres tre kognitive teorier, hvorav den første er en skjemabasert teori av Mardi Horowitz. Dalgleish har plassert den som en singelrepresentasjonsteori (ibid., p. 222).

## 3.1 Horowitz sin skjemabaserte teori

Alle mennesker har et indre sett av verdier, tanker og forventninger om ulike fenomener eller situasjoner. Disse kalles *kognitive skjemaer*, og dannes på bakgrunn av erfaring og kunnskap. Kognitive skjemaer er det samme som mentale modeller, og brukes for å tolke innhold i nye opplevelser (Horowitz, 1983, p. 9). Horowitz har i den sammenheng presentert et såkalt *fullføringsprinsipp*. Det er en antagelse om at mennesker har en indre driv til å skape mening ut av nye opplevelser og integrere disse inn i sitt kognitive system. Det innebærer at nye opplevelser tolkes med utgangspunkt i etablerte mentale skjemaer, men på gjensidig vis også at skjemaene revideres for å fremstå som koherente med ny erfaring (ibid.).

### 3.1.1 Peritraumatisk assosiasjon og traumeminner

Formålet er som tidligere nevnt en teoretisk forståelse av de mekanismer som underligger PTSD. Det innebærer blant annet en forståelse av symptomutviklingen. I følge Dalgleish, vil det kognitive perspektiv forklare det gjennom *peritraumatisk dissosiasjon*, hvilket innebærer en forstyrrelse i systemet som innkoder informasjon fra traumet og suksessfullt integrerer denne i kognitive skjemaer (2004, p. 234).

Horowitz mente at en konsekvens av peritraumatisk assosiasjon er at den frivillige tilgangen til minner om traumet vanskeliggjøres, og individet har vanskeligheter med å kunne huske hendelser i sin helhet og dermed skape mening av opplevelsen. Den traumatiske hendelsen blir ikke gjenkalt på kontrollert vis og kan ikke bearbeides på en organisert måte, i stedet blir pasienten utsatt for ufrivillige og fragmenterte minner, for eksempel i form av flashbacks (1983, p. 10). Disse intrusive minnene er ikke organiserte på en måte som skaper innsyn i deres rekkefølge, detaljer og helhet, i følge teoretikeren.

### 3.1.2 Inkongruens i kognitive skjemaer

I følge Horowitz vil en indre konflikt oppstå fordi traumatiske hendelser presenterer informasjon som er negativ og inkompatibel med individets eksisterende skjemaer.

Han mener at mennesker har noen grunnleggende oppfatninger om hvordan ting er ment å utfolde seg. Dette kan være tanker om at mennesker er disponert til gode handlinger ovenfor hverandre, at man får som fortjent og at handlinger i tråd med spesifikke regler vil kunne produsere et forutsigbart utfall. Å oppleve en hendelse som sterkt motstrider disse prinsipper, vil skape den indre konflikten som Horowitz konseptualiserer (ibid., p. 10). Å for eksempel bli angrepet av en fremmed person uten noen form for provokasjon, eller å kollidere i trafikken selv om man har fulgt trafikkregler, er eksempler på hendelser som er skaper *inkongruens* med tenkte idealer.

En respons på denne inkongruensen er derfor stress og angst (ibid., p. 11). Revurdering og revidering av mentale skjemaer er nødvendig for at mennesket skal kunne forstå og skape mening i hendelsesinnholdet, i følge teoretikeren. Det innebærer integrering av ny informasjon, endring av den forståelsen man tidligere har hatt og et nytt bilde av verden. Denne prosessen tar tid og krever at individet aktivt bearbeider minner fra traumet (ibid., p. 12). Når minnene mentalt ”spilles av” på gjentagelse, blir det tolket som et forsøk på mental bearbeiding, ifølge Horowitz. En følelse av å gjenoppleve katastrofen gjentatte ganger skaper dog emosjonell stress for individet (ibid.).

### 3.1.3 Et kontrollsystem

Dersom følelsen av å gjenoppleve traumet blir for sterk og overveldende, vil det i følge Horowitz ha en utmattende effekt. Som en strategi for å unngå dette, kan individet forsøke å undertrykke eller distansere seg fra minnene. Emosjonell nummenhet og unngåelsesatferd blir derfor ansett som en forsvarsmekanisme av han (ibid., p. 13). For å unngå overveldelse, blir informasjonen fra traumet bearbeidet ved hjelp av et feedbacksystem, et konsept som Horowitz ifølge Regel og Joseph introduserte i sin forståelse i 1991 (2010, p. 34). Det fungerer ved å vekselvis modulere fasilitering og hemning. Informasjonsprosessering og individets responser inngår i et dynamisk samspill, hvor *feedbacksystemet* regulerer informasjonsflyten. Dersom hemningen i kontrollsystemet ikke er sterk nok, vil det føre til symptomer som gjenopplevelse, flashbacks og mareritt (ibid., p. 35).

Motsatt, dersom hemningen er for sterk, vil det føre til dissosiasjon og utestengning av minner og tanker i følge Regel og Joseph sin fremstilling av informasjonsprosesseringsteorien (ibid.). De fremlegger Horowitz sin påstand om at symptomenes intensitet fluktuerer på grunn av fasilitering og hemning, noe som innebærer vekselvis opplevelse av sterke følelser og unngåelsesperioder for den rammede (ibid., p. 36).

I starten vil fasene fluktuere mye, og ny informasjon vil gradvis bearbeides mellom disse fasene. Med tiden vil et mer balansert nivå er oppnås, og individet vil være i stand til å bearbeide minner og følelser uten utmattelse og eller total unngåelse (ibid.). Bearbeidelsen av traumeminner går likevel ikke alltid på skinner. I tilfeller med kronisk PTSD kan prosessen stagnere dersom den emosjonelle bearbeidingen ikke er adekvat (Horowitz, 1983, p. 14). Individet sitter da i følge Horowitz fast i en negativ tilstand med intrusive og fragmenterte minner som ikke bearbeides fullstendig.

Som sett baserer Horowitz sin skjemabaserte tilgang seg på at traumeminner ikke integreres i eksisterende kognitive skjemaer grunnet deres innholdsmessige konflikt med tidligere positive antagelser. Som en konsekvens forblir minnene prosessert på uadekvat vis og fører til symptomer som forbindes med PTSD. En integrering av minnene i skjemaer vil kunne løse den indre konflikten, ved hjelp av det nevnte kontrollsystemet.

## 3.2 Ehlers og Clark sin kognitive teori for PTSD

I Anke Ehlers og David Clark sin teori antas det at ulike minner, både de som oppleves frivillig og ufrivillig, prosesseres gjennom samme hukommelsessystemer. De påpeker at visse typer minner har større relevans for individet og dermed øker deres tilgjengelighet i hukommelsen (2000, p. 320). Dog vil både frivillig og ufrivillig erindring av traumatiske minner øke, ettersom minnene er av en stressende og emosjonell karakter. I følge dette perspektivet legges det vekt på at det er tolkning av minner fra katastrofen, og ikke selve hendelsen i seg selv, som danner grunnlaget for utviklingen og opprettholdelsen av symptomatferden ved PTSD.

Modellen består av to sentrale komponenter. For det første legges det vekt på den kognitive vurdering av den traumatiske hendelsen som vil fremkalle emosjonelle responser og vurderinger om en vedvarende trussel. Den andre komponenten omhandler traumeminnenes mislykkede integrasjon i den autobiografiske hukommelse (ibid.). Følgende vil disse komponentene belyses.

### 3.2.1 Kognitive vurderinger og tolkninger knyttet til traumet

Hvilke tolkninger som knyttes til traumet og dens konsekvenser, vil avhenge av karakteristikkene ved den traumatiske hendelsen. Dersom hendelsen er preget av manglende kontroll, noe den ofte er i følge Ehlers og Clark, kan individet tolke opplevelsen som indikator på manglende kontroll over hendelser i eget liv. Ehlers og Clark mener dessuten at traumer som forårsaker langvarige helseskader, i større grad vil lede til negative tanker. At traumet i det hele tatt inntraff i deres liv, kan i enkelte tilfeller tolkes som ”I attract disaster”, etter teoretikernes eget eksempel (ibid., p. 322).

Ifølge Ehlers og Clark vil individet foreta en tolkning av egne responser i etterkant av den traumatiske hendelsen. De fremsetter at dersom egne reaksjoner oppfattes som overdrevne eller unormale for situasjonen, kan de tolkes som indikatorer på en permanent negativ endring hos individet. Mange vil i stor grad oppleve negative emosjoner i forbindelse med tolkningen om at de er permanent skadet, i sammenligning med traumer hvor de fysiske skadene tenkes å være reversible (ibid., p. 326). Det er problematisk fordi negative tolkninger av egne symptomer og egen tilstand, vil påvirke hvordan lidelsen utvikler seg videre etter den første perioden, i følge Ehlers og Clark. Denne fremsettelsen er støttet i forskningsstudier utført av Ehlers og assosierte (1998) samt Dunmore og assosierte (2001).

Andre menneskers reaksjoner vil også ha innflytelse på individets tolkning av det som har skjedd, i følge teoretikerne. Respons fra andre kommer til nytte gjennom støtte. Motsatt kan negative reaksjoner bidra til å underbygge skyldfølelse hos den lidende. Oppfatninger om kritikk og ydmykelse vil lede til negative tolkninger (Ehlers & Clark, 2000, p. 327). I følge teoretikerne vil også subjektive holdninger om rettferdighet og oppfatninger om hvor mye et menneske skal tåle, ha innflytelse på hvordan man tolker egen opplevelse. Eventuelle oppfatninger om å forbinde psykisk lidelse med svakhet, kan også påvirke individet til en negativ selvoppfattelse (ibid., p. 223).

I tilfeller der traumet utgjør en stor trussel mot identitetsfølelsen, kan det påvirke oppfattelsen av egne opplevelser og medføre et ustabilt syn på selvet, påpeker teoretikerne. Det kan skape desorientering i måten individet både forholder seg til eget følelsesliv og til andre mennesker (ibid.). I tillegg til interpersonale relasjoner, kan tolkninger av traumets konsekvenser kan også omhandle effekten på ulike livsarenaer, som for eksempel i arbeidsliv, sosial sammenheng eller familieliv – og hvordan funksjonen på disse områder kan endres posttraumatisk (ibid., p. 322).

Hvordan individet vurderer den nåværende sikkerhet eller fare er et sentralt konsept i teorien til Ehlers og Clark. De viser til at individer ofte overgeneraliserer sin frykt ved PTSD; situasjoner eller aktiviteter som tidligere ble ansett som normale, blir nå forbundet med fare. Det innebærer å overdrive frykten og sjansen for at katastrofale hendelser vil inntreffe i fremtiden også. Individuelle forskjeller som personlighetstrekk, spesielt nevrotisme og temperament, hat vist seg å ha en innvirkning på hvordan hendelser oppleves emosjonelt og hvilken betydning de tillegges, i følge teoretikerne (ibid., p. 323). Mennesker som scorer høyt på nevrotisme har en tendens til fokusere mer på negative aspekter ved opplevelser og reagere med høyere intensitet. Det tenkes av teoretikerne at overgeneralisering av frykt vil forekomme hyppig blant denne gruppen (ibid.).

Ehlers og Clark presenterer også *mentalt nederlag* i sin fremsettelse av mulige tolkninger knyttet til traumet. De beskriver det som: ”The percieved loss of all autonomy, a state of giving up in one’s own mind all effort to retain one’s identity as a human being with a will of one’s own” (ibid., p. 331). Mentalt nederlag er ikke begrenset til å være en følelse, og kan snarere anses som en tilstand preget av negativt selvverd og manglende kontroll over egen tilstand. Ehlers og Clark presiserer at traumeofre som opplever mentalt nederlag ofte beskriver seg selv som ødelagte objekter. De kan anse seg selv som uverdige og svake, spesielt i forbindelse med tolkningen om permanent psykisk skade (ibid.). Mentalt nederlag er problematisk i følge teoretikerne fordi tilstanden assosieres med negative tolkninger og videre med symptomforverring, som nevnt tidligere.

For å kort oppsummere hittil, har Ehlers og Clark beskrevet mulige tolkninger som kan knyttes til den traumatiske hendelsen. Det er tolkninger relatert til andres reaksjoner på den traumatiske hendelsen, tolkningen av hva egne symptomer betyr for individets velvære og overgeneralisering av frykten for flere negative hendelsen.

#### 3.2.1.1 Dysfunksjonelle håndteringsstrategier

Mange pasienter med seriøse plager vil forsøke å kontrollere tilstanden gjennom enkelte strategier, som teoretikere mener har en sammenheng med de beskrevne evalueringer og tolkninger knyttet til situasjonen. Ehlers og Clohessy har i sin studie vist til at negative tolkninger i starten av lidelsens fase vil øke lidelsestrykket og øke sjansen for strategier som undertrykkelse av tanker og fundering (1999.). Ehlers og Clark mener at mange håndteringsstrategier er dysfunksjonelle da de enten forsterker symptomene eller hindrer modifikasjon av negative tanker og traumeminner (2000, p. 328).

Teoretikerne snakker om såkalte ”safety behaviours”, en fellesbetegnelse for de forsøk individet gjør på å unngå fremtidige skader. Det kan være snakk om unngåelsesatferd som avstand fra av visse aktiviteter, hobbyer eller situasjoner. Ehlers og Clark påpeker at unngåelsesatferd vil frarøve individet muligheten til å se at skaden ikke forekommer selv om aktiviteten utføres. Det hindrer dermed en modifikasjon av negative forventinger (ibid.).

Vurdering av egne responser kan dessuten underbygge følelsen av svakhet og skape ytterligere negative håndteringsstrategier. Ehlers og Clark fremsetter følgende eksempel på hvordan negativ tolkning skaper ytterligere negativt utfall: Hvis et offer for eksempel tolker intrusive tanker som tegn på galskap, vil vedkommende aktiv forsøke å undertrykke disse tanker. Forsøk på undertrykkelse av tanker er blitt relatert til hyppigere intrusjon av materialet som prøves å holdes nede, mener teoretikerne mens de viser til eget forskningsfunn som underbygger påstanden (Ehlers et al., 1999).

En annen kognitiv prosesseringsstil som blir satt i søkelyset, er fundering eller intens tenkning om traumet og dens konsekvenser. Det kan for eksempel omhandle tanker om hvordan traumet kunne vært unngått, overdreven fundering over dens konsekvens, ideer om hevn og lignende (ibid., p. 330). Fundering bidrar til å opprettholde lidelsen fordi det er forbundet med negative tanker og økt stress, i følge Ehlers og Clark. Ehlers og Clark påpeker at fundering og gjenopplevelse kan henge sammen i noen tilfeller, for eksempel når gjenopplevelse og intrusive tanker leder til fundering, eller når fundering øker individets sensitivitet ovenfor hint som trigger gjenopplevelse (ibid.).

Som sett har Ehlers og Clark fremsatt hvordan negativ tolkning knyttet til traumet vil bidra til å opprettholde den negative tilstanden. Tolkningen kan være knyttet til den traumatiske hendelsen, eller egne og andres reaksjoner på traumet. Ehlers og Clark fremsetter hvordan negative tankemønstre kan være rettet utad, i form av at ytre kilder som andre mennesker eller situasjoner fremstår som truende. Motsatt kan fryktfølelsen hos individet også være rettet mot seg selv og vurderingen av egen tilstand. Hvordan dysfunksjonelle håndteringsstrategier kan ha en negativ effekt på lidelsens utvikling og opprettholdelse, er også belyst. Dersom symptomer i akutt-tilstanden ikke blir håndtert, legger det grunnlaget for utviklingen av langvarige PTSD-symptomer ifølge Ehlers og Clark (ibid., p. 334).

### 3.2.2 Innkoding og prosessering av traumerelatert informasjon

Som nevnt innledningsvis, er traumeminnenes mangelfulle integrasjon i den autobiografiske hukommelsen den andre komponenten i Ehlers og Clark sin teori. Til tross for at traumeminner og andre minner prosesseres i samme nettverk, er det ifølge teoretikerne enkelte forskjeller som skiller dem (ibid., p. 340). Som det skal redegjøres for videre, har forskjellene mellom vanlige minner og traumeminner sammenheng med det kognitive prosesser knyttet til innkoding, integrering og gjenkallelse av den traumerelaterte informasjon.

Ehlers og Clark fremsatte noen peritraumatiske innflytelsesfaktorer, som påvirker innkoding av informasjon under den traumatiske hendelsen og bearbeidelse av informasjon og minner i etterkant også. Hvilke karakteristikker traumeminnene får, avhenger av den prosesseringsstil de ble innkodet under, i følge Ehlers og Clark.

Blant annet bruker teoretikerne et skille som er dratt av Roediger og McDermott, mellom *datadreven prosessering* og *konseptuell prosessering* (p. 324).

Datadreven prosessering er basert på sensoriske inntrykk, mens konseptuell prosessering beror på betydning av situasjonen, organisering av informasjon og dens plassering i kontekst. Teoretikerne understreker at noen individer rapporterer om at de evnet å tenke klart under den traumatiske hendelsen, mens andre vil rapportere om en overveldende tilstand av forvirring og sensoriske inntrykk, hvilket indikerer datadreven informasjonsprosessering under den traumatiske hendelsen. Generelle tilstandsfaktorer kan ha noe å si for prosesseringsstilen under selve traumet, da for eksempel rusmidler eller graden av opphisselse og frykt kan svekke evnen til konseptuell prosessering (ibid., p. 325).

Hvilken prosesseringsstil som blir aktuell under traumet, vil også avhenge av omstendighetene rundt hendelsen, i følge teoretikerne. Blant annet mener de at traumets forutsigbarhet og varighet vil være av betydning. En traumatisk hendelse skaper større forvirring og lidelse dersom den er totalt uforutsigbar (ibid., p. 325f). For eksempel vil en ulykke som var totalt uforutsigbar være vanskelig å konseptuelt prosessere, sammenlignet med en arbeidsulykke man delvis visste kunne forekomme. Varighet har også innflytelse, og i den forbindelse påpeker teoretikerne at traumer av lenger varighet har større sjanse for å lede til mentalt nederlag (ibid.).

Ehlers og Clark påpeker at sjansen for utvikling av PTSD er størst ved datadreven prosessering under den traumatiske hendelsen, grunnet den mangelfulle prosessering av informasjon under traumeopplevelsen. Som sett mener teoretikerne at den traumerelaterte informasjonen ikke blir innkodet og organisert på riktig måte ved datadreven prosessering, noe som påvirker hvordan traumeminnenes lagres i hukommelsen (ibid., p. 327). Hvordan traumeminnene lagres i hukommelsen i følge denne teorien, klargjøres i neste delavsnitt.

### 3.2.3 Minnenes struktur i assosiasjonsnettverket

Når det kommer til selve strukturen på traumatiske minner, er de formet med en sterk assosiasjon til karakteristikker eller representasjoner om ulike stimuli som var tilstede under den traumatiske hendelsen. På den måten skapes det et assosiasjonsnettverk, i følge Ehlers og Clark (ibid., p. 331). Med traumerelaterte stimuli menes for eksempel lyder, lukt, objekter, mennesker eller andre faktorer som var tilstede i miljøet under hendelsen. Teoretikerne påpeker også at det i assosiasjonsnettverket formes en sammenheng mellom traumerelaterte stimuli og den responsen som forbindes med dem (ibid.).

Som nevnt tidligere blir både frivillige og ufrivillige minner prosessert gjennom samme hukommelsesnettverk, i følge Ehlers og Clark (jf. avsnitt 3.2). Teoretikerne forklarer flashbacks og intrusive minner med bakgrunn i hvor tilgjengelige traumeminnene er i hukommelsen. I de neste to delavsnitt, vil både teoriens henblikk på frivillig gjenkallelse av traumeminner samt den ufrivillige gjenopplevelse belyses, da teoretikerne synes å dra et klart skille mellom disse prosesser.

### 3.2.4 Fragmenterte minner og mangelfull frivillig gjenkallelse

Ehlers og Clark mener at det er to måter hvorpå informasjon fra den autobiografiske hukommelse kan gjenkalles. Den første kalles ”higher order meaning retrievel strategies”. De viser til at hendelser og erfaring organiseres i den autobiografiske hukommelse i følge temaer og tidsramme. Denne formen for organisering gjør det mulig å gjenkalle informasjonen basert på temaer, for eksempel første dag på skolen i gymnaset (ibid., p. 325). Som sett under avsnitt 3.2.2, er konseptuell prosessering en forutsetning for denne formen for helhetlig og kontekstfull erindring av informasjon og minner.

Ehlers og Clark henviser til tidligere forskningsstudier som har indikert at individer med PTSD viser mindre grad av spesifisitet i sine autobiografiske minner (ibid., p. 341). Det innebærer vanskeligheter med å gjenkalle detaljerte minner som spesifiserer tid, sted og innhold. De viser til at det i stedet produseres såkalte overgeneraliserte autobiografiske minner (ibid.). Overgeneraliserte autobiografiske minner er karakterisert ved lite detaljer og baseres ofte på den semantiske kunnskapen individet besitter om for eksempel restaurantbesøk, biografturer eller andre skjemaspesifikke hendelsesforløp (ibid.).

Ehlers og Clark går i dybden på at minner hos individer med PTSD i større grad består av eksterne detaljer istedenfor interne detaljer. Interne detaljer omhandler for eksempel sted, tid, kronologisk rekkefølge, andre tilstedeværende mennesker og en rik forståelse av selve innholdet i opplevelsen og hvordan denne emosjonelt gjorde inntrykk på individet (ibid., p. 342). Eksterne detaljer utgjøres av semantisk informasjon kombinert med noe personlig informasjon. Disse minnene er gjerne preget av generelle fremstillinger og gjentagelser, påpeker teoretikerne (ibid.).

### 3.2.5 Trigging av gjenopplevelse

Som sett under forrige delavsnitt, vil den frivillige og helhetlig gjenkallelse av hendelsen bli vanskelig ved PTSD, ifølge teoretikerne. Den andre formen for erindring, skjer derfor gjennom trigging av stimuli i miljøet. Denne formen for gjenkallelse er vanligst å se ved PTSD, noe som skyldes manglende konseptuell prosessering og den viste strukturen på traumeminner (ibid., p. 332). På grunn av assosiasjonsnettverket beskrevet, blir derfor intrusive minner fremkalt av elementer i individets miljø som minner om de faretruende stimuli (ibid., p. 337).

Ehlers og Clark påpeker at gjenopplevelse i størst grad består av sensoriske inntrykk, og ikke sammenhengende tanker og historier. Det kan for eksempel være snakk om visuelle inntrykk i form av flimrende bilder. Dessuten oppleves gjerne de sensoriske inntrykk som om de foregår i nåtid, istedenfor i fortiden (ibid., p. 340). Den ukontrollerte gjenkallelsen vil ha en emosjonell innvirkning på individet fordi den induseres ukontrollert og uten hensikt (ibid.). Som nevnt beror forståelsen på at intrusive minner hovedsakelig representerer stimuli som var presentert kort tid før den traumatiske hendelsen (ibid., p. 326). De er forbundet med emosjonelle responser, og har derfor en emosjonell funksjon i følge teoretikerne.

Traumeminner, på grunn av deres assosiasjoner til både andre stimuli og emosjonelle responser, blir kalt *implisitte minner* eller *varselsignaler* (ibid., p. 327).Traumeminner blir ansett som implisitte varselsignaler fordi de enkelt trigges ved påminnelsen om fare. I følge teoretikerne har det sammenheng med vanskeligheten i å skille traumerelaterte stimuli fra annen stimuli som ligner (ibid.). Det er en overgeneralisering av frykt, der stimuli som ligner på traumerelaterte stimuli, trigger fryktreaksjoner. Den overgeneraliserte frykten og varselsignalene forklarer den vedvarende hypervigilans som er å se ved PTSD, i følge teoretikerne (ibid.). Dersom man for eksempel har vært i bilkollisjon og har et sensorisk minne av billys, vil muligens andre lamper eller lysstimuli kunne trigge negative reaksjoner.

I følge teoretikerne er gjenkallelsen ofte ufrivillig trigget av noe i miljøet, og individet er ikke alltid bevisst over kilden for trigging av minner. Den lidende vil gjenoppleve fysiologiske og emosjonelle sensasjoner som de opplevde under traumet eller i kort ettertid, uten å huske selve hendelsen eller vær bevisst over kilden som trigger gjenopplevelsen (ibid., p. 326). Dersom man ikke vet hvilke stimuli som har trigget minner og reaksjoner, vil det være vanskelig å linke egne emosjoner til disse stimuli, noe teoretikerne referer til som ”affect without recollection” (ibid.).

Alt i alt, kan Ehlers og Clark sin teori for PTSD oppsummeres tilbake til de to hovedkomponenter som ifølge teoretikerne skaper vurderingen om någjeldende trussel. Som vist i avsnitt 3.2.1 og 3.2.1.1, er tolkningen som foretas omkring traumet og dens konsekvenser meget sentral i forming av individets tilstand. Negative tolkninger vil, som sett, danne grunnlag for dysfunksjonelle håndteringsstrategier.

De andre sentrale prosessen er mislykket konseptuell prosessering, som bidrar til at de traumatiske minner ikke prosesseres og integreres i autobiografisk hukommelse på adekvat vis. Uten riktig forankring i tid, blir traumeminnene ikke opplevd som om de hører til fortiden og er, nettopp, minner. Teoretikerne mener at mangel på den tidsmessige forankring vil lede til at minnende i stedet tolkes på signal på fare og trussel i nåtid.

## 3.3 Emosjonsprosesseringsteorien for PTSD

Den siste teorien som skal fremlegges, er utarbeidet av Edna Foa og hennes assosierte. Emosjonsprosesseringsteorien er en kognitiv nettverksteori i forståelsen av angstlidelser, deriblant for forståelsen av PTSD (1989).

Tre hovedkomponenter inngår i den såkalte emosjonsprosesseringsteorien. To av disse er mentale representasjoner; kognitive skjemaer og minnestrukturer. De kognitive skjemaer operer etter prinsipper forklart i forbindelse med Horowitz sin teori i avsnitt 3.1, og inkorporerer de antagelser og tanker individet besitter om verden.Minnene stammer både fra den traumatiske hendelsen, men også fra opplevelser før og i etterkant av den traumatiske hendelsen, i følge Foa og assosierte. Den tredje komponenten i modellen består av den ervervede kunnskapen om egne og andres reaksjoner på traumet (ibid., p. 162). Forholdet mellom disse komponentene, og hvilket samspill de utgjør, er avgjørende for symptomutviklingen ved PTSD i følge emosjonsprosesseringsteorien (ibid.).

### 3.3.1 Fryktnettverket og trigging av fryktresponser

I følge teorien dannes det et assosiasjonsnettverk som består av kognitive skjemaer, traumeminner og informasjon om responsmønstre i langtidshukommelsen. Slike nettverk kan skapes for alle opplevelser, men i tilfelle med traumer, er disse nettverkene mer omfattende, i følge Foa og assosierte. De kalles *fryktnettverk* (ibid., p. 158). Nettverket er basert på informasjon om frykt knyttet til truende stimuli, og atferdsmessige og fysiologiske reaksjonsforbindelser til disse stimuli (ibid.).

Foa og hennes assosierte påpeker at traumeminner lagres i assosiasjonsnettverk i form av stimuli-stimuli forbindelser, hvor de truende stimuli assosieres med andre elementer gjennom assosiasjonslæring, som ble redegjort under oppgavens avsnittsdel 2.1.De responser som individet lærer seg å forbinde med fryktrelaterte stimuli, lagres i form stimulus-respons assosiasjoner. Responsmønstrene inkluderer de følelsesmessige, fysiologiske og atferdsmessige reaksjonsmønstre som er blitt vurdert som adaptive under og i etterkant av traumet. Dersom individets reaksjonsmønstre og håndteringsmåter ikke har vært adaptive, vil disse responsmekanismene i stedet forbindes med personlig hjelpeløshet og inkompetanse, påpeker teoretikerne (ibid., p. 168f).

Aktiveringen av enkelte representasjoner i nettverket, skaper en reaksjon i resten av det kognitive nettverk, i følge Foa og assosierte. Det forklarer hvordan emosjonelle responser trigges av stimuli i miljøet. Det komplekse mangfoldet av sensoriske, kognitive, emosjonelle og fysiologiske elementer i assosiasjonsnettverket skaper tilbøyelighet for at hele nettverket aktiveres dersom en komponent trigges (ibid., p. 161). Gjenopplevelser eller flashbacks forklarer teoretikerne derfor som responser på at minner i assosiasjonsnettverket trigges. Unngåelsesatferd og emosjonell nummenhet forstås i den sammenheng som et forsøk på å unngå aktiveringen av komponenter i fryktnettverket, og dermed unngå ubehag og de emosjonelle reaksjoner (ibid., p. 163).

### 3.3.2 Et ødelagt sikkerhetskonsept

Forfatterne påstår at i vurdering av den traumatiske hendelsen, vil individet ta utgangspunkt i sine kognitive skjemaer, på samme måte som Horowitz påpekte. De sier seg enig i antagelsen om at kunnskap i eksisterende skjemaer kan komme i konflikt med den negative informasjonen traumet presenterer, noe som vil øke sårbarheten for stress. Det som skiller PTSD fra andre angstlidelser er at individets tidligere konsept om trygghet blir ødelagt og endret, i følge Foa og assosierte (ibid., p. 169). Ødeleggelsen av sikkerhetskonseptet vil lede til at mange stimuli forbindes med utrygghet og dermed trigge fryktnettverket. Symptomer som gjenopplevelser/flashbacks blir ansett som triggede responser, i følge emosjonsprosesseringsteorien.

Dog er ikke positive forhåndsantagelser alene om å utgjøre sårbarhetsfaktor for utvikling av PTSD i følge emosjonsprosesseringsteorien (ibid., p. 162). På bakgrunn av narrative fortellinger undersøkte Foa hvordan alle mennesker ikke har positive antagelser om verden før den traumatiske hendelsen inntreffer. Dersom verden anses som ekstremt farlig og uforutsigelig på forhånd, vil disse antagelsene styrkes ved traumatisk påkjenning. Derfor kan negative skjemaer i forkant av traumet også øke sårbarhet for utvikling av PTSD (ibid.).

Negative vurderinger om egen handlingskraft og evner, i møte med fare, vil kun bekreftes ved gjentatte traumatiske hendelser dersom disse heller ikke håndteres adekvat. Ut ifra det kan man forstå at individer som opplever flere traumatiske hendelser uten god håndtering, med økende grad vil styrke antagelsene om sin hjelpeløshet (ibid., p. 171). Teoretikerne mener at den negative selvvurderingen kan linkes til egen håndtering og opplevelse under selve hendelsen, men den kan også relateres til de evalueringer individet gjør av egne responser, symptomer og atferd i etterkant av hendelsen. Det kan være vanskeligheter i dagliglivet som legger grunnlag for evalueringene, eller vansker i sosial eller personlig relasjonssammenheng (ibid.).

### 3.3.3 Skillet mellom varme og kalde minner

Videre beror også emosjonsprosesseringsteorien på at traumeminner er uorganiserte. Ifølge teoretikerne skyldes det individets informasjonsprosessering under den traumatiske hendelsen. Under krisesituasjonen er offerets kognitive evner, som oppmerksomhet og persepsjon nedsatt grunnet den emosjonelle intensitet (ibid., p. 171). Minner fra traumet er derfor inkoherente og uorganiserte.

Ifølge nettverksteorien går det et skille mellom såkalte *varme* *minner* og *kalde* *minner*. Varme minner er de som blir innkodet i sensoriske og perseptuelle nettverk. Her lagres det informasjon om stimuli relatert til traumet, og de emosjonelle reaksjoner som er forbundet med disse traumerelaterte stimuli, i følge Foa og assosierte (ibid., p. 172). *Kalde* *minner,* derimot, mener de utgjøres av kontekstuell informasjon. Det er representasjoner av opplevelsen som er tilgjengelige for aktiv erindring. Det er til vanlig en forbindelse mellom kalde minnene og minner som inngår i et fryktnettverk, noe som skaper en viss autobiografisk helhet i hukommelsen (ibid., p. 172f).

Forfatterne fremsetter at en splittelse oppstår dersom minner fra en ny traumatisk opplevelse integreres i et fryktnettverk som tilhørte en gammel traume. Det forverrer bruddet i forbindelsen mellom kalde og varme minner, der nye minner feilaktig integreres i gamle fryktnettverket (ibid., p. 175). Fryktnettverket blir større, og forbindelsen mellom varme minner og deres kontekstuelle sammenheng svekkes (ibid.). I følge emosjonsprosesseringsteorien vil bruddet resultere i et fryktnettverket hvor sensoriske, kognitive, fysiologiske og emosjonelle elementer ikke stemmer overens med riktig kontekstuell informasjon, som for eksempel tid eller sted.

Foa har påpekt at lidelsen opprettholdes så lenge fryktnettverket består. Behandlingsformålet er derfor endring av fryktnettverket, noe som først og fremst oppnås gjennom aktivering og trigging av fryktresponser. Når fryktnettverket aktiveres og fryktresponser trigges, vil det vekke psykisk ubehag, frem til fryktnettverket endres gjennom inkorporering av ny informasjon (2006, Foa & Rauch, p. 62). Den nye informasjon skal være inkompatibel med det originale innhold i fryktnettverket, og styrke individets oppfattelser om egen sikkerhet og mestringsevne. En elaborering av hvilken betydning det har i behandlingssammenheng, ses senere i avsnitt 5.2.1.

### 3.3.4 Empirisk støtte

Emosjonsprosesseringsteorien har fått mye empirisk støtte gjennom gode forskningsresultater for den behandlingsformen den legger opp til. Foa og Kozak har fremsatt en terapiform kalt eksponeringsterapi, som tar utgangspunkt i mekanismer fra emosjonsprosesseringsteorien (1986). Ettersom behandlingsformer er valgt å holdes utenom i teorienes redegjørelse og diskusjon, vil eksponeringsterapi og dens empiriske støtte omtales senere i oppgaven.

Oppsummerende, ses det at emosjonsprosesseringsteorien er basert på et assosiasjonsnettverk bestående av læringsassosiasjoner, som knytter traumerelaterte stimuli med fryktresponser. Traumeminner er i følge Foa og assosierte fragmenterte i sine karakteristikker, da forbindelsen mellom sensoriske, emosjonelle og kontekstuelle aspekter ved traumet er uintegrert i fryktnettverket. Vurderinger rundt egne responser og håndteringsevne og vil inngå som del av elementene i fryktnettverket. I følge Foa og assosierte vil fryktassosiasjoner være sterke ved PTSD, fordi de, som sett, bryter individets tidligere konsept om sikkerhet.

# 4. Teoridiskusjon

I det foregående har oppgavens teoretiske grunnlag blitt fremsatt. Ifølge Jason og Regal er det visse aspekter som bør kunne forklares i en teoretisk forståelse av PTSD (2010, p. 29). Konkretisert mener forfatterne at teorier skal kunne redegjøre for de mekanismene som ligger til grunn for utviklingen av PTSD etter traumatiske hendelser, og på hvilken måte lidelsen opprettholdes. En psykologisk forståelse bør dessuten inkludere en forklaring på symptomer. Hvordan atferd og emosjonelle tilstander forbindes med resten av rammeverket, er også sentralt i den teoretiske forståelsen av PTSD. I den kommende diskusjon vil disse aspektene ved teoriene tas i betraktning.

Det er også påstått av Jason og Regal at en fullverdig teoretisk forståelse skal kunne vise til den betydning individuelle forskjeller har, både i betydningen av en eventuell tidligere traumehistorie og forskjeller i kognitive stiler med henhold til informasjonsprosessering (ibid.). Forfatterne mener at fokuset på individuelle forskjeller stammer delvis fra ønsket om å forstå hva som skiller individer som utvikler lidelsen fra de som ikke gjør det etter en traumatisk påkjennelse.

Dessuten påpeker Passer og assosierte nødvendigheten av å forstå rasjonale og mekanismene bak terapeutiske intervensjoner som har utgangspunkt i teori (2009, p. 839). I denne delen av diskusjonen vil disse behandlingsmekanismer kort benevnes, for så å utdypes senere i forbindelse med terapeutiske intervensjoner.

I kommende avsnitt er diskusjonen sentrert rundt de ulike teorienes forklaringskraft. Det vil også diskuteres hvordan de skiller seg ut eller har likhetstrekk i sammenligning med hverandre. Analyse av utviklingsmekanismer og deres samspill, symptomforståelse, opprettholdelse av lidelsen, individuelle forskjeller og sårbarhet er blant de aspekter som er valgt i vurderingen av teorienes forklaringskraft og sammenligning.

Diskusjonsstrukturen fokuserer på én teoretisk fremstilling ad gangen, i den rekkefølgen de ble presentert i teoriredegjørelsen. Sammenligninger vil presenteres underveis, men også oppsummeres i avsnitt 4.5 til sist.

## 4.1 Refleksjoner rundt Grillon og Lissek sin læringsbaserte forståelse av PTSD

Læring er som sett en kognitiv prosess (jf. avsnitt 2.). Det tolkes som vesentlig at en forståelse som tar utgangspunkt i læring, bør derfor utdype de underliggende kognitive prosesser som fører til utviklingen og opprettholdelsen av visse symptomer ved PTSD. Den assosiative læringsprosess former antagelser om fare til visse stimuli, og fryktresponser trigges gjennom assosiative forbindelser. Det er som sett i avsnitt 2.1 utgangpunktet for forståelsen av hvordan fryktrelaterte responser formes og trigges.

Læringsteorien sier dog ikke noe om de mange faktorer som medierer i utviklingen av lidelsen. Dette er for eksempel faktorer knyttet til tidligere erfaring, oppfatninger, evalueringer og håndteringsstiler. Det er faktorer som kan bidra til å forklare hvordan individer med ulike erfaringer og holdninger kan reagere vidt forskjellig på lignende traumatiske påkjenninger. Uten en inkludering av disse elementer, synes det vanskelig å forklare individuell variasjon med utgangspunkt i læringsprinsipper alene.

### 4.1.1 Symptomer og håndteringsmetoder

Som sett i teoriredegjørelsen er det hovedsakelig fire symptomer som forklares med utgangspunkt i læringsprinsippene; fryktresponser, hypervigilans og unngåelse. Læringsprinsippene vektlegger fremstillingen av fryktrelaterte responser og tilstander. Et positivt trekk ved teorien er at den forklarer hvilke mekanismer som støtter under unngåelsesatferd. Som sett vil unngåelse gjennom negativ forsterkning virke som en effektiv løsning for å unnslippe ubehag (jf. avsnitt 2.1.1.1). Utover unngåelsesatferd, er dog ikke andre håndteringsmetoder omtalt i Grillon og Lissek sin fremstilling.

Som tidligere nevnt er gjenopplevelse og intrusive tanker sentrale symptomer ved PTSD. Prinsipper innen læringsteori forklarer ikke den kognitive prosess hvor igjennom intrusive tanker eller flashbacks forbindes med PTSD eller frykt. Det er vanskelig å tenke seg at disse ukontrollerte reaksjoner kan være innlærte på samme måte som fryktresponser eller unngåelsesatferd. I de andre teorier forklares disse reaksjoner med utgangspunkt i hukommelsesprosesser, som for eksempel kontrollsystemet i Horowitz sin teori (jf. avsnitt 3.1.3). Ut ifra læringsprinsippene alene er det heller ikke mulig å forstå vanskeligheten av den frivillige gjenkallelse av traumerelatert informasjon, som ble beskrevet innledningsvis i avsnitt 1.3.1. Forklaring på mange av symptomene ved PTSD blir et manglende ledd i forståelsen fremsatt av Grillon og Lissek.

Alle de læringsprosessene som er omtalt i formingen av symptomer, har til felles frykt som grunnlag for utvikling av atferden (jf. avsnitt 2). Hvordan ytterligere følelsesladde tilstander oppstår, er dessuten en savnet konseptualisering. Ut ifra læringsprinsippene alene, vil ikke forståelsen inkorporere forbindelsen til andre responstilstander som er sentrale ved PTSD, som for eksempel skyldfølelse, skam eller frustrasjon (jf. avsnitt 1.3.2.1). Hvordan det kan interveneres i forhold til andre symptomer og følelsesmessige tilstander enn frykt, vil ikke fremgå av den teoretiske forståelsen, da den hovedsakelig forholder seg til fryktaspektet ved PTSD.

### 4.1.2 Manglende forbindelse mellom læring og andre kognitive prosesser

Som sett i teorien, vil den klassiske betinging forekomme uten gjentatte stimuli-parringer dersom assosiasjonen er intens nok og emosjonelt belastende (jf. avsnitt 2.1). Det indikerer at personlige vurderinger om hendelsens signifikans og emosjonelle belastning inngår i regnestykket. Det er på dette punktet rom for individualitet, med tanke på forskjeller i subjektiv vurdering av hva som er emosjonelt belastende. Dog blir ikke kognitive evalueringer av situasjonen forklart utover assosiasjonslinker om frykt, til tross for det åpenbare behovet for det. Muligens er det denne mangelen som avleder de nevnte problemer med å forklare andre emosjonstilstander enn frykt også.

En åpenbar, og muligens den største, svakhet ved forståelsen gjennom læringsprinsipper alene, synes å være den fraværende forklaringen og inkorporeringen av kognitive vurderinger, og hvilken rolle de spiller for læringsutfallet. Kognitive evalueringer blir ikke forankret i noen klart definert system eller struktur, i Grillon og Lissek sin fremstilling. Som det vil ses senere, møter ikke de kognitive teorier for PTSD samme problem med sin forståelsesramme.

Den sentrale assosiasjonslæren blir heller ikke knyttet til mer generelle kognitive prosesser som oppmerksomhet eller hukommelse, selv om disse har en sammenheng i følge de andre teoretikere. Den læringsteoretiske tilgang gir ikke innsyn i hvilken effekt lidelsen har på kognitive funksjoner knyttet til hukommelse, for eksempel. Horowitz har som sette påpekt hvordan traumeminner forblir aktive i hukommelsen og gir grobunn for flashbacks så lenge de ikke integreres. I følge Foa samt Ehlers og Clark, dannes det et helt nettverk av traumerelatert informasjon i hukommelsen. At traumeinformasjon vil påvirke kognitive prosesser, fremgår for eksempel tydelig i Ehlers og Clark sin formening om økt perseptuell priming og oppmerksomhet mot å fange hint om fare i miljøet (jf. avsnitt 3.2.5).

Samlet, kan læringsprinsippene si noe om hvordan fryktresponser formes på bakgrunn av assosiasjonslæring, og opprettholdes gjennom unngåelsesatferd og medierende prosesser som manglende ekstinksjon, manglende tilvenning og sensitivering. Læringsprinsippene kan i sin distinkte form ikke forklare symptomer som flashbacks, intrusive tanker, amnesi ovenfor traumerelatert materiale, følelser utover frykt, eller sårbarhet og individuelle forskjeller i utvikling av PTSD.

Dessuten fremgår det ikke hvordan kognitive elementer som vurderinger eller evalueringer påvirker læringsutfallet, i forståelsen fremsatt av Grillon og Lissek.

En forståelse av PTSD med utgangspunkt i læringsprinsipper utgjør i seg selv ikke en teori om PTSD, og dens forklaringskraft er begrenset i en isolert fremstilling. Dog vil det senere i diskusjonen utdypes hvordan læringsprinsippene gir større mening i sin forklaring når de integreres i et mer omfattende rammeverk.

## 4.2 Horowitz sin skjemabaserte teori i forståelsen av PTSD

Som sett baserer Horowitz sin informasjonsprosesseringsteori seg på en mental representasjon; kognitive skjemaer. Den skjematiske tilgangen har en fordel med at den skaper en forståelse rundt hvordan traumet vurderes opp mot eksisterende antagelser om selvet, andre mennesker og verdensbildet. På den måten oppstår reaksjoner på traumet i samhandling med tidligere kognitive antagelser, en forbindelse som nevnt er savnet i den tidligere diskuterte læringsteoretiske forståelse.

En av fordelene med Horowitz sin tilgang, er nettopp inkluderingen av det bredere spekter av individets oppfatninger av selvet og omverdenen; og hvordan traumet relateres til disse. Det fremgår tydelig at traumet fortolkes i henhold til tidligere holdninger og verdensbilde, noe som skaper rom for å forstå hvordan ulikheter i erfaringer og holdninger kan skape forskjeller i symptombildet ved PTSD. Som sett i avsnitt 3.1.2, utvikles PTSD med utgangspunkt i diskrepansen mellom innholdet i traumeminner og de eksisterende mentale skjemaer individet besitter. Minner og informasjon om den traumatiske hendelsen integreres derfor ikke i skjemaer på grunn av sin motstridende natur (ibid.). For noen vil diskrepansen mellom egne skjemaer og traumeinformasjon bli for stor, noe som forklarer sårbarheten for utvikling av PTSD.

### 4.2.1 Symptomforståelse

Traumeminner forblir aktive i hukommelsen, noe som i følge Horowitz betyr periodevis tilgang til bevisstheten (jf. avsnitt 3.1.3). Gjenopplevelsesaspektet ved PTSD forklares ut ifra denne mekanismen. Når materiale relatert til traumet slippes igjennom kontrollsystemet som omtalt i avsnitt 3.1.3, skjer det i form av intrusive tanker, mentale bilder, flashbacks. Opprettholdelse av symptomene kan forstås som en funksjon av den gradvise inkorporering av ny informasjon. Med andre ord kan det forstås at symptomene opprettholdes så lenge informasjonen er under prosessering ved hjelp av kontrollsystemet, og frem til de kognitive skjemaer er endret i gjennom inkorporering av ny informasjon. Ved vellykket integrering av traumerelatert informasjon, vil kognitive skjemaene endres og inkongruensen, som ble omtalt i avsnitt 3.2.1, vil opphøre. Hvordan denne mekanismen relaterer til behandling av PTSD, vil ses i avsnitt 5.

Horowitz, i motsetning til det læringsteoretiske perspektiv diskutert tidligere, forklarer som sett intrusive tanker og gjenopplevelsesaspektet. Hovedvekten av forklaringen rundt symptomer, ligger nettopp på elementer forbundet med intrusiv gjenopplevelse som tanker og flashback. Frykt og angst blir forbundet med de intrusive gjenopplevelsene, og unngåelsesatferd blir ansett som en forsvarsmekanisme mot nettopp flashbacks og intrusive elementer (jf. avsnitt 3.1.1; 3.1.2). Hans beskrivelse av den peritraumatiske dissosiasjon, og mangelfulle informasjonsinnkodingen benyttes som en mekanisme bak hukommelsestap for aspekter av den traumatiske hendelse (jf. avsnitt 3.1.1).

### 4.2.2 Individuelle forskjeller og sårbarhet

Horowitz sin teori tenkes å forklare individuelle forskjeller på to måter. For det første vil individuelle forskjeller som nevnt avhenge av innholdsmessige forskjeller i eksisterende skjemaer, og i hvilken grad den traumatiske opplevelsen er inkongruent med innholdet i disse. Denne antagelsen ligger også til grunn for forståelsen av sårbarhet. Jo større inkongruens, desto mer negativt vil den traumatiske hendelsen oppfattes, og risikoen for psykopatologisk utvikling øker som et resultat, i følge Horowitz (jf. avsnitt 3.1.2). I neste avsnitt vil det diskuteres for at denne forklaringen bak sårbarhet har en problematisk side.

I tilfeller med flere traumatiske påkjenninger, for eksempel i tilfelle med kompleks PTSD (jf. avsnitt 1.3.2.4), virker det uklart hvordan nye traumer kan motstride eksisterende skjemaer dersom disse allerede presenterer negative antagelser på grunn av tidligere erfaring. I Horowitz sin tilgang tolkes det som at individer med en multitraumatisk historie og negative antagelser ikke vil oppleve inkongruens på samme måte ved nye påkjenninger. Innholdet i skjemaene vil allerede kunne samsvare med den nye negative informasjon, og dermed trenger ikke de kognitive skjemaer å altereres. Dette støttes dog ikke av forskningsfunn. Som sett innledningsvis i avsnitt 1.3.2.4,er flere traumatiske påkjenninger knyttet til mindre resiliens og høyere risiko for utviklingen av PTSD. I lys av det, mister Horowitz sin teori forklaringskraft i anskuelsen av flere traumer eller kompleks PTSD.

Teorien til Horowitz vil ikke kunne belyse hvordan sårbarhet eventuelt øker som konsekvens av flere påkjenninger. Som sett i teoriavsnitt 3.3.3, har Foa og hennes assosierte presentert en annen tilnærming i forståelsen av sårbarhet. Hvori hun anerkjenner positive antagelser som en sårbarhetsfaktor, fremsettes også negative antagelser som sårbarhetsfaktor fordi de bekreftes og styrkes ved nye traumer. Forstått ut ifra det, fremsetter hun en økt risiko for utvikling av PTSD hos individer med både ekstremt positive og ekstremt negative kognitive skjemaer, i motsetning til Horowitz.

### 4.2.3 En diffus fremstilling av kontrollsystemet

Den andre mekanismen bak individuelle forskjeller i Horowitz sin teori, kan tenkes å være forskjeller i måten kontrollsystemet styrer informasjonsflyten under bearbeidelse av traumet. Som sett regulerer kontrollsystemet informasjonsflyten og bearbeidelsen i takt med individets emosjonelle responser for å inngå overveldelse

(jf. avsnitt 3.1.3). På den måten er kontrollsystemet sentralt i formingen av det individuelle symptombildet. Konseptet med et kontrollsystem kan dog virke diffust, da det fra teoretikerens side mangler spesifisitet rundt de konkrete underliggende prosesser som bidrar i reguleringen.

At informasjonsflyten reguleres i henhold til individets emosjonelle reaksjoner, indikerer en kooperasjonen mellom kontrollsystemet og en emosjonell komponent. Dog blir ikke de underliggende delprosessene eller reguleringsmekanismene bak denne samhandlingen forklart. På hvilken måte, eller gjennom hvilke mekanismer er emosjonelle reaksjoner og kontrollsystemet knyttet i regulativ stil? Det mangler klarhet i om det er kognitive vurderinger i forbindelse med emosjonelle responser, som spiller en rolle i forhold til informasjonsreguleringen i kontrollsystemet. Beror reguleringen på bevisste vurderinger fra individets side, eller er det en ubevisst reguleringsmekanisme? Det er sentrale punkter som ikke fremgår av Horowitz sin teori, og heller ikke forbindes med hans ide om informasjonsintegrering som kontrollsystemet er involvert i.

I behandlingssammenheng kan det tenkes at de manglende detaljer rundt kontrollsystemets funksjon kunne vært interessante for bedre innsikt i underliggende mekanismer. Det mangler en presisering av hvordan minner og informasjonen fra traumet bearbeides, når nytt materiale gradvis inkorporeres i kognitive skjemaer. Om det skjer gjennom transformeringen av kognitive antagelser og tolkninger, er ikke tydelig presisert av Horowitz i hans fremleggelse fra 1983, men blir den naturlige underliggende tolkning. Hvilke konsekvenser det har i terapeutisk sammenheng, vil diskuteres senere i oppgaven.

Oppsummert er teoriens styrke sentrert rundt inkluderingen av et bredt spekter med informasjon og antagelser i kognitive skjemaer, som individet bruker som vurderingsgrunnlag for den traumatiske hendelsen. Individuelle forskjeller er knyttet til sårbarhet i henhold til innholdet i sine kognitive skjemaer, og til kontrollsystemets regulering. Dog mangler det, som sett, en klarhet i de mekanismer som inngår i kontrollsystemets regulering. Emosjonelle responser ved PTSD er heller ikke enkle plassere innenfor Horowitz sin ramme.

## 4.3 Ehlers Og Clark sin kognitive teori for PTSD

Som sett i teoriseksjon 3. og 3.2, har Ehlers og Clark sin teori en multi- representasjonsstruktur. Det kommer av at den baserer seg på to komponenter i sin forklaring på utviklingen og opprettholdelsen av PTSD (ibid.). For det første baserer den seg på kognitive vurderinger som individet foretar av den traumatiske hendelsen. Vurderingene omhandler traumets konsekvenser, og en tolkning av at trusselen fortsatt er gjeldende. Den andre komponenten utgjøres av prosessen traumeminnenes manglende integrasjon i den autobiografiske hukommelse (ibid.). Kommende avsnitt forbinder disse komponentene med symptomer, og den forståelsen de gir av PTSD.

### 4.3.1 Sammenhengen mellom minner og symptomer

Som sett i den teoretiske redegjørelse, lagres traumeminner i assosiasjonsnettverket i samhold med de reaksjonsmønstre som individet forbinder med traumet (jf. avsnitt 3.2.1). I assosiasjonsnettverket vil det også inngå informasjon om de stimuli som minner individet om traumet. Disse varselsignalene (jf. avsnitt 3.2.5) vil trigge symptomene som er å se ved PTSD; fryktresponser, flashbacks, unngåelsesatferd og hypervigilans. Det kan tolkes som at andre emosjonelle tilstander, som tristhet, skam eller frustrasjon muligens også er presentert som responsmønstrene i dette assosiasjonsnettverk. I lys av teoriens komponenter og deres interaksjon, tolkes det på den måten i oppgaven. Det innebærer at emosjonelle tilstander oppleves dersom de har en forbindelse med minner fra traumet i assosiasjonsnettverket. Denne tolkningen gir dessuten mening i sammenheng med Ehlers og Clark sin antagelse om at symptombildet påvirkes av minnenes tilgjengelighet i hukommelsen (jf. avsnitt 3.2.3).

Den mislykkede konseptuelle prosessering under traumet er som vist sentral i forståelsen av hvordan fragmenterte minner oppstår, og hvorfor det blir vanskelig for den lidende å gjenkalle hendelsen i sin helhet (jf. avsnitt 3.2.4). Det kan ut ifra teoriens sammenheng forstås at fragmenterte minner etterlater individet uten en forståelse for at minner og trusselen om fare tilhører i fortiden, og den vedvarende vurderingen om trussel forblir gjeldende frem til minnene er bearbeidet og integrert i hukommelsen. Hva det innebærer i behandlingssammenheng, vil ses senere i oppgaven.

Som sett i teoriredegjørelsen, legger også Horowitz vekt på at traumerelatert informasjon må integreres med annen informasjon i hukommelsen, dog er det Ehlers og Clark som knytter behovet for integrasjon med sitt konsept om individets vurdering om en någjeldende trussel. Det kan påstås at Ehlers og Clark har rettet fokuset på paradoks som muligens er særegent for PTSD. I følge deres forståelse, føler individet seg engstelig med tanke på potensielle farer i nåtid og fremtid, til tross for at det opplevde og angstskapende traumet faktisk ligger i fortiden.

Det kan undres rundt hvorvidt Ehlers og Clark sin kognitive teori vil kunne forklare kompleks PTSD. Som sett i teoriredegjørelsen fremgår det at dersom traumet blir prosessert på en måte som skaper ideen om en vedvarende trussel, kan det danne grunnlaget for patologiske responser. Langvarige systematiske påkjenninger og vedvarende vurdering om trussel kan muligens inngå i assosiasjonsnettverket hos et individet som lider av kompleks PTSD. Som sett i teoriavsnitt 3.2.1 , mener Ehlers og Clark dessuten at langvarige traumer vil kunne påvirke både selvoppfattelsen og skape desorientering i måten individet forholder seg til både eget følelsesliv og til andre mennesker. Det er beskrevet som kjennetegn ved kompleks PTSD (jf. avsnitt 1.3.2.4). Teoretikerne selv tar ikke stilling til skillet mellom PTSD og kompleks PTSD, og legger ikke altfor stor vekt på dette i sin forståelse.

### 4.3.2 Tolkning påvirker utvikling og opprettholdelse av PTSD

Styrken i Ehlers og Clark sin teori ligger også i den utdypende forklaring av medvirkende prosesser, som medierer i både utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Samspillet mellom traumeminner, tolkninger, emosjonelle responser og håndteringsstrategier skaper et større rammeverk enn det som for eksempel er å se ved Horowitz sin skjemabaserte tilgang diskutert tidligere.

I følge Ehlers og Clark sin forståelsen, er flere prosesser medvirkende i utviklingen av PTSD. For det første legger teoretikerne, som sett i avsnitt 3.2.1, stor vekt på de kognitive tolkninger som kan bidra til å forverre tilstanden og underbygge tanken om at individet fortsatt er utsatt for fare. Individuelle forskjeller i tolkningsstil utgjør derfor en sårbarhetsfaktor. Som sett i teoriseksjonen er det individer som scorer høyt på nevrotisme og ellers vektlegger negative aspekter i sine evalueringer, som ut ifra denne forståelsen vil ha høyest sårbarhet for utvikling av PTSD (ibid.). Verken Horowitz eller Foa har lagt stor vekt på at forskjeller i individuelle karakteristikker kan ha mye å si for hvilke evalueringer som foretas.

Det kan argumenteres for at Ehlers og Clark sin forståelse av PTSD gir en nyansert skildring av hvordan lidelsen faktisk oppleves for den rammede. De har inkorporert evalueringer knyttet til egen tilstand; hvor den lidende evaluerer sin tilstand både fra eget perspektiv, og fra andres perspektiv gjennom å beskue hva slags reaksjoner andre mennesker gir i forbindelse med traumet. Teoretikerne presenterer for eksempel hvordan følelsen av skyld og skam kan styrkes på bakgrunn av andres reaksjoner. De har også lagt en sterk betoning på hvordan tolkning av egne symptomer spiller en stor rolle (jf. avsnitt 3.2.1) Individer kan ut ifra deres forståelse variere med hensyn til hvor stor grad av mestringsfølelse, håp, eller støtte de føler, noe som vil påvirke lidelsens utvikling opprettholdelse. Ehlers og Clark har, som sett i teoriseksjon 3.2.1 fremsatt at negative tolkninger av egne symptomer vil skape en negativ sirkel, som kun fører til forverring. I følge forståelsen deres, er lidelsens utvikling dynamisk i forstand av å være påvirkelig av disse faktorer. Hvilke evalueringer som foretas i startfasen etter traumet, har stor betydning (ibid.).

Forbindelsen mellom tolkninger og negative håndteringsstrategier er også tydelig fremsatt av teoretikerne. Innsyn i disse prosessers rolle bidrar til å nyansere bildet av de faktorer som medierer i sykdomsbildet. Dysfunksjonelle håndteringsstrategier bidrar til å øke sårbarhet for utvikling eller forverring av lidelsen, som for eksempel undertrykkelse av tanker, intens fundering, mentalt nederlag eller rusbruk (jf. avsnitt 3.2.1.1). Av de presenterte teorier, er det i Ehlers og Clark sin teori lagt størst vekt på å belyse mulige håndteringsstrategier. Det kan tenkes å ha betydning i terapeutisk sammenheng, der søkelyset kan rettes mot negative atferdstendenser i tillegg til tankemønstre og følelsesmessige tilstander.

I oppsummering ses det at Ehlers og Clark sin teori beror på at PTSD utvikles og opprettholdes gjennom fragmenterte minner og kognitive tolkninger. Individet vil i følge denne teorien utvikle PTSD fordi minnene og tolkningene skaper følelsen av at faren fortsatt er tilstede. Individualitetens rolle og sårbarhet henger sammen med kognitiv vurderingsstil og den måte hvorpå traumeminner integreres i hukommelsen. Teorien nøster sin forklaringsstyrke gjennom interaksjonen mellom traumeminner, assosierte emosjonelle responser og et nyansert bilde av de tolkninger som kan være knyttet til lidelsen. Samlet synes disse prosessene å gi et nyansert bilde av hvordan individet fortolker og reagerer på den traumatisk hendelse.

## 4.4 Emosjonsprosesseringsteorien

I emosjonsprosesseringsteorien er forståelsen av PTSD, i likhet med Ehlers og Clark sin fremstilling, også basert på et assosiasjonsnettverk i hukommelsen. Det utvikles et komplekst fryktnettverk relatert til traumet, som sett i avsnitt 3.3. Emosjonsprosesseringsteorien er også en multi-representasjonsstruktur, noe som betyr fryktnettverket består av flere komponenter (ibid.). Kognitive skjemaer, traumeminner og informasjon om de responser individet forbinder til traumerelaterte stimuli, inngår alle i et fryktnettverk rundt traumet. Hvordan PTSD kan forstås ut ifra sammenhengen mellom disse komponenter, diskuteres følgende.

### 4.4.1 Samspill mellom komponentene i fryktnettverket

I kognitive skjemaer er informasjonen og assosiasjoner knyttet til traumet fremstilt som stimuli-stimuli assosiasjonslinker. Disse formes etter læringsprinsippene for klassisk betinging, redegjort under avsnitt 2.1 og diskutert i avsnitt 4.1. Som sett, er det også stimuli- respons forbindelser som presenterer informasjon om reaksjonsmåter forbundet med traumet. De signaliserer hvilke konsekvenser faren har for individet, og hvordan lignende eller samme fare har blitt håndtert før. Sett på denne måten, ligner det på Ehlers og Clark sitt konsept om varselsignaler (jf. avsnitt 3.2.5).

Responsforbindelsene i assosiasjonsnettverket formes både på basis av egen læring og observasjon av andre mennesker, noe som gir andre menneskers reaksjoner på den traumatiske hendelsen en betydning for individets opplevelse av traumet, i Foa og assosiertes teori. Det er i likhet med Ehlers og Clark sin tilnærming lagt vekt på den betydning andre menneskers reaksjoner har, i formingen av egen oppfattelse og responser på traumet. Læringsperspektivet alene og Horowitz sin skjemabaserte teori inkorporerer ikke dette i sin forståelse. De nyere teorier legger vekt på individets vurdering av sin egen tilstand, og hvordan egne responser/symptomer tolkes. Om de tolkes som negative og positive, vil i følge disse teoretikerne ha innflytelse på lidelsens utvikling og opprettholdelse.

Forklaringskraften til emosjonsprosesseringsteorien kan tenkes å ligge i kombinasjonen av flere format, hvor de ulike nivåer og deres hierarkiske struktur bidrar i forståelsen av PTSD. Tanker og antagelser er presentert i kognitive skjemaer. Skjemaene inkorporerer også responsforbindelser, og relateres videre til traumeminner i det større assosiasjonsnettverket, som sett i avsnitt 3.3.1. Det forstås som at mentale skjemaer formes og påvirkes av meningsdannelsene på nivået under i form av tanker, minner og tolkninger (ibid.).

Ehlers og Clark har som sett også inkorporert en interaksjon mellom kognitive vurderinger, minner og emosjonalitet. Begge teorier plasserer komponentene i interaksjon med hverandre. Kognitive skjemaer og assossiasjoner forstås dermed ikke uten anskuelsen av de tanker og vurderinger individet besitter. En av fordelene med formater på ulike nivå er nettopp at vurderinger og tanker på et lavere nivå må iakttas for å forstå hvordan de større strukturer er formet. Dersom aspekter ved elementene på et lavere nivå endres, kan det tolkes som at kognitive skjemaer og

samspillet i fryktnettverket endres som følge. Presiseringen av denne hierarkiske strukturutviklingen synes også å fremgå tydelig i Ehlers og Clark sin teori, men fremstilles ikke i en like utdypet form fra Horowitz sin side.

### 4.4.2 Kognitive evalueringer som prediktor i sårbarhet

Forholdet mellom komponentene i teorien er lagt opp til å forklare hvordan en vurdering av traumet skjer på grunnlag av tidligere erfaring, de antagelser individet har om verden, seg selv og ikke minst de responser og eller mestringsevne individet forbinder opplevelsen (jf. avsnitt 3.3.1). Disse faktorene kan knyttes til sårbarhet.

Vurderinger rundt egen mestringsevne er ikke inkludert som sårbarhetsfaktor i Horowitz sin andre teori, men som sett i avsnitt 3.2.1, har Ehlers og Clark presentert en antagelse om at personlige evalueringer påvirker vurderingen om vedvarende trussel. Emosjonsprosesseringsteorien vektlegger den individuelle vurdering av egne ressurser som betydningsfullt for håndtering av traumet. Dersom evalueringer om egne evner og håndteringsmåter forbindes med hjelpeløshet og manglende handlingskraft, vil det ha en negativ innvirkning på vurdering av den nåværende situasjon og øke sårbarheten for utvikling av PTSD, i følge Foa og assosiertes forståelse (jf. avsnitt 3.3.1). Emosjonsprosesseringsteorien anskuer derfor også individuelle forskjeller i vurdering av egen mestringsevne som betydelig for hvem som har høyere risiko i utviklingen av PTSD.

### 4.4.3 Symptomforståelse i emosjonsprosesseringsteorien

Når hele konseptet beror på fryktnettverk, kan det virke som om hovedfokuset ligger på én emosjonell tilstand; frykt. Den generaliserte frykten forstås som resultat av de mange frykt-relaterte assosiasjoner som inngår i fryktnettverket. Dog ses det i teorien at det ikke kun er lagret responslinker knyttet til frykt. Det kan inngå ytterligere emosjoner som individet har forbundet med traumet, som for eksempel frustrasjon, avsky eller tristhet. Disse responsmåtene antas å være presentert i form av strukturelle forbindelse i fryktnettverket. Som allerede nevnt, er disse antatt å formes gjennom læring av hva individet anser som adaptiv atferd (ibid.).

Som nevnt, antar Foa og assosierte at mislykkede reaksjons- og atferdsmønstre forbindes med følelser rundt egen inkompetanse og hjelpeløshet i fryktnettverket. Dårlig håndtering skaper som sett grunnlaget for negative vurdering rundt egen håndteringsevne. I forlengelse av det kan det tenkes at følelser som skam og skyldfølelse muligens relateres til disse negative evalueringene i assosiasjonsnettverket. Til tross for at emosjonsprosesseringsteorien legger størst vekt på frykt, og ikke distinktivt utdyper en forklaring på alle emosjonelle tilstander, baserer den likevel sin forståelse på et rammeverk som tillater alle emosjonelle responser å inngå som del av individets repertoar gjennom strukturelle presentasjoner i fryktnettverket.

Det som skiller PTSD fra andre angstlidelser er at individets tidligere konsept om trygghet blir ødelagt og endret, i følge Foa (jf. avsnitt 3.3.2). Som sett i avsnitt 3.1.2, legger Horowitz vekt på samme antagelse om brudd med tidligere antagelser om sikkerhet som faktor for utvikling av lidelsen. Foa gir dog en forlengelse i forståelsen av sikkerhetskonseptet, ved å påpeke at dens destruksjon vil lede til at mange stimuli vil forbindes med utrygghet og dermed trigge fryktnettverket. Symptomer som intrusive tanker og flashbacks blir ansett som triggede responser, i følge emosjonsprosesseringsteorien (jf. avsnitt3.3.1). Unngåelsesatferd og emosjonell nummenhet blir forstått som en metode for å unngå aktivering av fryktnettverket (ibid.). Hvorvidt sterke fryktassosiasjoner også skaper en sensitivisering hos individet, fremgår dog ikke klart i emosjonsprosesseringsteorien på den måten det gjør i Ehlers og Clark sin teori (jf. avsnitt 3.2.5).

### 4.4.4 Når fryktnettverket forstørres

Som det ble framsatt i teoriredegjørelsen, mener Foa og hennes assosierte at nye traumer og deres informasjonen kan integreres i eksisterende fryktnettverk (jf. avsnitt 3.3.3). Det er en prosess som kan tenkes å opprettholde PTSD gjennom forstørring av fryktnettverket. Når nye traumer integreres i eksisterende nettverk, vil minner fragmenteres i relasjonen mellom somatiske og konseptuelle detaljer, som beskrevet i teoriseksjonen. Denne forståelsen ses i sammenheng med forskningen Ehlers og Clark viser til i forbindelse med skillet mellom interne og eksterne detaljer i minner (jf. avsnitt 3.2.4). Begge konseptene beror på at individet, grunnet fragmentering i minnenes struktur, ikke klarer å gjenkalle den traumatiske hendelsen på helhetlig vis.

Ved å påpeke at fragmenteringen i minner er en konsekvens av forstørrede fryktnettverk, hvor gamle og nye traumeminner blandes i deres presentasjon, har Foa og assosierte fremsatt en mekanisme som muligens kan anvendes i forståelsen av kompleks PTSD. Når fryktnettverket gjennom systematiske påkjenninger forstørres, vil det ikke kun bidra til å opprettholde nettverket. Det vil også skape mange løse fryktassosiasjoner mellom ulike elementer i fryktnettverket, som ikke vil henge sammen på en meningsfull måte grunnet fragmentering. Hvorvidt dette kan ha en forbindelse med det komplekse symptombildet forbundet med PTSD, blir dog spekulativt.

Oppsummert av Foa sin teori, bygger emosjonsprosesseringsteorien på læringsprinsippene diskutert tidligere i oppgaven. Det er en nettverksteori som i tillegg til fryktassosiasjoner, også inkorporerer traumeminner og kognitive skjemaer. I likhet med Ehlers og Clark sin teori, ligger det også en interaksjonen mellom de komponenter til grunn i forklaringen av symptomer. Sårbarhet forklares gjennom individuelle vurderinger av mestringsevne av frykten. Til tross for at emosjonsprosesseringen tillater inkorporering av kognitive vurderinger og varierte emosjonelle tilstander i sitt rammeverk, ligger det en hovedvekt på frykt i denne teorien. Selve basisen er, som sett, at sikkerhetskonseptet ødelegges som følge av traumet.

## 

## 4.5 Oppsamlende delkonklusjon

Som en oppsummerende delkonklusjon, vil noen av de diskuterte forskjeller mellom teoriene fremheves. Disse forskjellene fremheves spesielt fordi de berører tre sentrale punkter: Hvordan traumet prosesseres i hukommelsen, hvordan dette relateres til symptomer, og dessuten hvilke behandlingsmekanismer som fremgår derav.

Det bemerkes at det er en aldersforskjell mellom teoriene. Horowitz sin kognitive teori er eldst, mens Ehlers og Clark sin teori er yngst. I sammenligning mellom teoriene, bør aldersforskjellen tas i betraktning. Den er relevant i anskuelsen av hvordan nyere teori kan dannes på grunnlag av konsepter fra eldre teorier og bygge videre på denne kunnskap. For eksempel er Horowitz sin teori basert på kognitive skjemaer; et konsept som Foa inkorporerte i emosjonsprosesseringsteorien sammen med andre komponenter for å skape en dypere og mer sammensatt forståelse for PTSD (jf. avsnitt 3.3).

Alle tre kognitive teorier forholder seg til hvordan traumeminner blir representert i hukommelsen. De skiller seg dog ut på et par punkter i forhold til deres forståelse av denne representasjonen. I Horowitz sin teori, forblir traumeminner aktive i hukommelsen og gir utslag i form av symptomer så lenge de ikke suksessfullt inkorporeres med eksisterende kognitive skjemaer. Foa og assosierte samt Ehlers og Clark fremstiller traumerelatert informasjon i komplekst assosiasjonsnettverk, hvor det inngår læringsassosiasjoner om frykt. Ehlers og Clark er de eneste av teoretikerne som dessuten har lagt vekt på at den autobiografiske hukommelse spiller en rolle i PTSD (jf. avsnitt 3.1.3; 3.2.5).

Som sett, i følge Ehlers og Clark må traumeminner integreres i den autobiografiske hukommelse for å skape en sammenvevd forståelse av traumet for individet. Hvordan denne prosessen utarter seg, behandles i oppgavens neste del. Et viktig punkt å trekke frem i den forbindelse, er fragmenteringen i traumeminnenes karakter.

Både emosjonsprosesseringsteorien og i Horowitz sin skjemabaserte teori, anses teorier som fragmenterte grunnet den mangelfulle innkodingen av informasjon under den traumatiske hendelsen, når individets kognitive evner nedsettes grunnet den abnormale situasjonen (jf. avsnitt 3.1.1; 3.3.3). Ehlers og Clark har samme formening innkodingsprosessen, men trekker forståelsen sin lenger ved å utnevne fragmenterte minner som medvirkende til at traumeminner og flashbacks blir opplevd som om de foregikk i nåtid (jf. avsnitt 3.2.5).

Mens Ehlers og Clark fokuserer på at tolkninger av traumeminner og egen tilstand er sentrale i utvikling og opprettholdelse av lidelsen, er det i emosjonsprosesseringsteorien lagt størst vekt på fryktassosiasjonene som inngår i nettverket. Som nevnt i avsnitt 3.3.3, skal fryktnettverket endres i behandling gjennom å først aktiveres. Aktivering innebærer trigging av fryktresponser gjennom eksponering for traumerelaterte stimuli (ibid.). Som det kort ble påpekt i oppgaven, har Foa sin emosjonsprosesseringsteori fått mye empirisk støtte gjennom et godt evidensgrunnlag for dens eksponeringsterapi, noe som vil utdypes senere i oppgaven (ibid.).

Ehlers og Clark viser også til empirisk støtte omkring noen prosesser i deres teori. Støtten beror omkring kognitive prosesser, som ulike informasjonsprosesseringsstiler, betydningen av tolkninger og dysfunksjonelle håndteringsstiler i utvikling og opprettholdelse av PTSD (jf. avsnitt 3.2.1.1). Det kan argumenteres for at Ehlers og Clark sin teori oppfattes som den mest nyanserte i sin forståelse av lidelsen. Som påpekt i diskusjonen, har teoretikerne i større grad enn de andre teorier vektlagt betydningen av individuelle vurderinger og tolkninger om traumet og egne tilstand. Vektlegging av individuelle forskjeller i tolkningsstil og vurderinger, danner utgangspunktet for å kunne forstå hvordan mennesker kan reagere vidt forskjellig på liknende traumer. Det gir også innsikt i hvordan individuell variasjon i symptomer og håndteringsstrategier henger sammen med de evalueringer som foretas i forbindelse med traumet.

Som sett fremgår det forskjeller i teorienes anskuelse av hvilke mekanismer som bidrar til å utvikle og opprettholde PTSD. De ulike fremsettelsene er modifisering av kognitive skjemaer, integrering av traumeminner i autobiografisk hukommelse og endring av assosiasjonsnettverket som fryktresponsene inngår i. Hvilke terapeutiske intervensjoner som kan knyttes mot disse mekanismer, er gjenstand for belysning i neste delavsnitt.

# 5. Kognitive behandlingsmetoder for PTSD

I spørsmålet om terapeutiske intervensjoner, er kognitive terapier utpekt som rådende behandlingsformer for PTSD, i følge Simonsen og Møhl (2005, p. 418). Ulike terapiformer inngår innenfor denne kategorien, som kognitiv prosesseringsterapi og eksponeringsterapi. I kommende oppgavedel vil det belyses og diskuteres hvordan terapiformene har sammenheng med det teoretiske grunnlag, og de underliggende mekanismene som ble behandlet i oppgavens første del. Tre terapiformer vil først ses i forbindelse med de behandlingsmekanismene, og deretter presenteres det en studie utført av Richard A. Bryant, som legger opp til en diskusjon om behandlingsformene og mekanismer. Det vil også følge noen diskuterende punkter underveis i teksten ved relevante punkter.

## 5.1 Kognitiv prosesseringsterapi

I følge Joseph og Regal, fokuseres det på selve innholdet i tanker og følelsesmessige tilstander under kognitiv prosesseringsterapi. Det legges vekt på hvordan klientens minner, antagelser om seg selv og andre mennesker, og ikke minst verdenssyn, har endret seg som følge av traumet (ibid., p. 44). Tilstander som teoretikerne mener er avledet derav, som eksempelvis skam og skyld, blir også satt i søkelyset under den kognitive prosessering (ibid.).

### 5.1.1 Rekonstruering av oppfatninger og kognitive skjemaer

Som det har fremgått i forbindelse med Horowitz sin skjemabaserte teori, er den underliggende tanke at traumet får en dysfunksjonell form på grunn av de gamle antagelsene som inngår i eksisterende mentale skjemaer (jf. avsnitt 3.2.1). Integreringen av den nye informasjonen er både gunstig og nødvendig i behandlingen av PTSD, ifølge Horowitz. Han mente at direkte utsettelse for traume-relaterte stimuli kan øke risikoen for at den defensive kontrollen overtar i form av unngåelse eller nummenheter (1983, p. 21). Derfor skal traumerelatert informasjon, som for eksempel minner, gradvis assimileres i eksisterende kognitive skjemaer.

Horowitz legger vekt på at integreringen av ny informasjon må følge en balansert hastighet, i takt med funksjonen bak hans fremsatte kontrollsystem (jf. avsnitt 3.1.3). Det betyr at minimal kognitiv integrering vil føre til at symptomene opprettholdes, mens en overdreven integrering av traumerelatert informasjon vil lede til overgeneralisert frykt og hypervigilans.

Teoretikeren har dog ikke utarbeidet en egendefinert terapi med det fremsatte formål. Han har dog fremsatt at nøkkelen på assimilering av ny informasjon ligger i bearbeidelse av kognitive antagelser og tolkninger hos individet (ibid.) Det forstås at endring av disse elementene vil modifisere de kognitive skjemaer. Joseph og Regal fremsetter kognitiv terapi som en aktuell metode i relasjon til Horowitz sin forståelse (2010, p. 69). Det vil følgende reflekteres over hvordan de ulike komponenter i terapiformen kan lede til endring av kognitive skjemaer, gjennom transformeringen av de underliggende antagelser og tolkningsmønstre.

#### 5.1.1.1 Metoden i kognitiv prosesseringsterapi

Kognitiv terapi er en fastsatt 12-stegs prosess, hvori edukasjon inngår som første steg. Klienter mottar undervisning som skal øke deres forståelse av egne symptomer. Det skjer med utgangspunkt i en kognitiv forståelse, ifølge Joseph og Regal (ibid., p. 71). Videre får klienter utdelt papirskjemaer som skal assistere i behandlingsprosessen. I et skjema kalt ”ABC” skal de plassere den traumatiske hendelsen, tanker rundt hendelsen og medfølgende følelser. Klientene får også tildelt ”Challenging Questions Sheet” og ”The faulty thinking pattern sheet”. Med disse skjemaene splittes traumet i ulike komponenter, noe som tillater grundigere prosessering av den subjektive opplevelsen til individet (ibid., p. 73).

Ved hjelp av skjemaene blir dysfunksjonelle tankemønstre, eller problematiske antagelser, identifisert og kalt "stuck points". Forfatterne formidler at terapeuten skal hjelpe klienten med å sammenligne og vurdere disse tankene mot gamle antagelser, for å skape refleksjon over skeivheter og samsvar (ibid., 74). Negative tanker om seg selv eller andre blir satt i kritisk lys, og det arbeides aktivt med å modifisere disse antagelsene for å danne balanserte kognitive skjemaer (ibid.). Joseph og Regal foreslår at endring i dysfunksjonelle tanker og tolkninger, også vil medføre til en endring av negative emosjonelle tilstander hos klienten (ibid., p. 70).

Mange klienter har behov for en støttende, men samtidig simulerende, samtale i følge forfatterne. For å oppnå det, kan en sokratisk spørrestil benyttes i terapeutisk setting, hevder de (ibid., p. 72). Det utføres i form av spørsmål som utfordrer klienten til å reflektere over sine "stuck points" fra andre perspektiv. Dersom en klient for eksempel opplever overlevelsesskyld, kan terapeuten spørre "Men det hadde jo ikke hjulpet de avdøde om du heller ikke hadde overlevd?" og "Jeg forstår ikke hvordan det er din skyld, hvordan kunne du i praksis stanset det som skjedde?". Joseph og Regal påpeker at terapeuten skal bistå i klientens realisering om at situasjonen var ukontrollerbar, og at andre alternativer kunne medført minst like stor skade (ibid.).

Det tenkes at den sokratiske spørrestilen leder til utforskning av følelser og dysfunksjonelle oppfatninger rundt egen kontroll, sikkerhet, tillit og selvfølelse. Dessuten vil det sette individets egne tankemønstre eller tolkninger i kritisk lys og skape åpenhet for refleksjon. Oppfatning om at negative ting kan skje tilfeldig, uten at det indikerer en forutsett repetering av skaden, kan tenkes å være en antagelse som gradvis innarbeides i individets kognitive skjema.

## 5.2 Eksponeringsterapi

Forfatterne beskriver også eksponeringsterapi som en kognitiv terapi. Den har en relativt kort tidsramme, eksempelvis med 8-15 sesjoner fordelt over noen måneder. Det er en intervensjonsform som er strukturert og direkte, samt gir pasienten en svært aktiv og direkte rolle i overkommelsen av frykt, angst og unngåelse. Eksponeringsterapi er problemorientert, med særlig fokus på mestringsteknikker, i følge Joseph og Regal (ibid., p. 76).

Videre påpeker Joseph og Regal at det et godt dokumentasjonsgrunnlag for eksponeringsterapiens positive behandlingseffekt av PTSD (ibid.). Dessuten har eksponeringsterapi vist seg å være en meget fleksibel behandlingsform, som gjennom modulasjon kan tilpasses til varierende symptombilder ved PTSD. Til tross for at det er manualer eller fastsatte protokoller for intervensjonsforløpet, blir innholdet i terapien avpasset til den enkelte klients vanskeligheter og behov, hevder forfatterne. I kommende avsnitt belyses det hvordan eksponeringsterapi kan utøves i varierende kombinasjoner og teknikker. De underliggende behandlingsmekanismer som antas å frembringe symptomendringer, vil også diskuteres i relasjon til oppgavens teori underveis.

### 5.2.1 Emosjonsprosesseringsteorien og eksponeringsterapi

Som det ble nevnt i teoriseksjon 3.3.3, mener Foa at behandling av PTSD skal utføres gjennom aktivering av fryktnettverket. I fremsettelsen av sitt konsept om fryktnettverk, har Foa sin tilnærming en fordel i klarheten rundt hvilke elementer som skal tilsiktes i behandling. Som sett vil forbindelsen mellom de ulike representasjonene i assosiasjonsnettverket bety at representasjoner på et lavere nivå, for eksempel følelsen av frykt, kan bearbeides for å gradvis skape endring i fryktnettverket, noe som også ble fremsatt i teoridiskusjonen (jf. avsnitt 4.4.1).

Foa og Kozak har fremsatt eksponeringsterapi i relasjon til emosjonsprosesseringsteorien. Det vil først redegjøres for hvilke mekanismer som underligger denne behandlingsprosessen, og deretter hvordan innsikt i egen fremgang kan påvirke behandlingsløpet. Det vil også redegjøres for hvordan ytterligere faktorer influerer utfallet av denne terapiformen.

### 5.2.2 Emosjonsprosessering og ekstinksjon av fryktassosiasjoner

Foa og Kozak har definert emosjonsprosessering som modifiseringen av minnestrukturer. Det er enkelte indikatorer på emosjonsprosessering som skal observeres i behandlingsprosessen, i følge teoretikerne. Første indikator er aktivering av fryktnettverket. Teoretikerne anser aktiveringen av fryktnettverket som en forutsetning for vellykket behandling. De tilrettelegger seg etter James Lange sin forståelse om at måling av angst i klinisk sammenheng involverer observasjon av tre systemer; fysiologisk aktivitet, subjektive rapporter og synlig atferd. Aktiveringen av fryktnettverket vil være synlig gjennom disse kanaler (1986, p. 20). Teoretikerne mener dessuten at folk ikke alltid har god innsikt i eget fryktnettverk, noe som gjør det vanskelig å undersøke det gjennom introspeksjon. Observerbare atferdsmønstre som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, eller forsøk på unngåelse eller flukt, vil indikere aktivering av frykt under eksponeringsterapi (ibid.).

Den andre indikasjonen på emosjonsprosessering er tilvenning under eksponeringssesjonen. Foa og Kozak skriver at det fremst siktes det mot en reduksjon fryktresponsen under selve terapisesjonen, gjennom tilvenning (ibid., p. 21). I oppgavens del 2.2 ble tilvenning utpekt som en prosess der reduksjon i fryktresponser forekommer når individet gjentatte ganger får oppleve fryktrelaterte stimuli uten å oppleve den reelle faren som forventes. Tilvenning kan ses i sammenheng med prinsippet om ekstinksjon, som ble redegjort i avsnitt 2.1.1.1.

Ekstinksjon beror på at frykten relatert til visse stimuli forsvinner, som resultat av fraværende skade. Når individet forbinder eller forventer negative konsekvenser i møte med en gjenstand eller situasjon, og forventingen ikke innfris ved eksponeringen, vil den med tiden svekkes i følge Foa og Kozak. Dersom frykten for eksempel er knyttet til bilkollisjon, vil den avta dersom individet sitter i og kjører bil gjentatte ganger uten å oppleve et negativt utfall. Den betingede stimulus, som forklart i teoriavsnitt 2.1, vil til slutt ikke assosieres med fare. Individet vil lære at den tidligere betingede stimulus også kan opptre uten at skade medfølger, og det vil dermed formes en ny antagelse om at denne stimulus ikke lenger signaliserer trussel (ibid.).

Foa og Kozak mener at evnen til å tolerere ubehaget skaper tilbøyeligheten for å kunne løsrive den betingede stimuli fra ideen om trussel (ibid., p. 22f). Kognitive vurderinger, for eksempel om overdreven fare eller frykten for hyppig forekomst av negative hendelser, vil være åpne for endring i møte med ny læring. Teoretikerne påpeker at det også kan arbeides med å diskriminere traumet fra andre potensielle negative hendelser. Hensikten er å gjøre den traumatiske hendelsen til en spesifikk opplevelse, og redusere den generaliserte følelsen som knyttes til potensielle hendelsen i fremtiden (ibid.).

Foa og Kozak mener at tilvenning kan observeres fordi fryktreaksjoner gradvis avtar i intensitet under selve eksponeringssesjonene. Dette har teoretikerne referert til som ”within-session habituation”. Den tredje indikatoren på suksessfull aktivering av fryktnettverket er en reduksjon i observerte og rapporterte fryktreaksjoner fra en sesjon til neste. Dette er blitt kalt ”across- session habitutation”. Det innebærer en gradvis fryktreduksjon fra gang til gang. Begge de nevnte tilvenningsprosessene skal ideelt sett inngå i eksponeringsterapi, i følge Foa og Kozak (ibid., p. 27). Begge prosesser har i forskningsstudier blitt relatert til behandlingsutfall. Teoretikerne påpeker at avvik fra dette mønsteret indikerer mangelfull aktivering av fryktnettverket, og at det derfor ikke er tilgjengelig for modifikasjon (ibid.).

Ettersom Foa og assosierte har omtalt behandlingen som ”modifikasjon av minnestrukturer”, kan det gi inntrykk av at de nevnte mekanismer *endrer* traumeminner (jf. avsnitt 5.2.2). Det kan dog stilles spørsmål ved hvorvidt det er snakk om innholdsmessig endringer av traumeminner, kontra inkorporeringen av ny informasjon som gir den gamle informasjonen i fryktnettverket konkurranse. Blir traumeminne endret eller erstattet? Foa og assosierte har ikke klargjort mellom dette skillet. Det virker påfallende om tilvenningsprosessen og læren om sikkerhet skal ”viske vekk” fryktassosiasjonene knyttet til traumeminner. At minnenes assosiasjon til frykt svekkes gjennom konkurranse av nye assosiasjoner basert på ny læring om sikkerhet og personlig mestring, blir derfor den rimelige fortolkning.

### 5.2.3 Innsikt i egne fryktresponser underveis i terapiløpet

Som nevnt i teoriseksjon 3.3.1, kan frykt og negative antagelser også relateres til tolkningen av egne responser. Denne oppfatningen besitter også Ehlers og Clark, som beskrevet i avsnitt 3.2.1. Foa og Kozak retter dog blikket mot hvordan innsikt i den fysiologiske komponent ved egne responser har enn innvirkning på individet under terapi. Teoretikerne viser til en tidligere studie og påpeker at feedback underveis vil kunne ha en motiverende effekt, for eksempel ved å rapportere om at individet er roligere sammenlignet med tidligere dersom det er tilfellet (ibid., p. 31).

I tillegg til hvordan ny læring tar form, har teoretikerne også satt fingeren på hvordan den fysiologiske reaksjonskomponent og vurderinger knyttet til egne responser endres kognitivt. Når individet oppfatter en reduksjon i intensiteten på egne fysiologiske reaksjoner, vil den nye informasjonen om egne responser, på grunn av sin motstridende natur, svekke responslinkene i fryktnettverket (ibid., p. 24). Derfor er det ikke kun tilvenning som endrer fryktnettverk; tolkning av egne responser vil også endres gjennom eksponeringsterapi. Individet vil tolke en forbedring som at vedkommende ikke er bange i like stor grad, og at negative emosjonelle responser kan oppleves uten at noen ytterligere fare inntreffer, forstås det som.

### 5.2.4 Faktorer som påvirker behandlingen

Det er visse faktorer som påvirker aktivering av fryktnettverket og behandlingsprosessen. En av disse faktorer er de stimuli som pasienten relaterer til frykt. Spesifikke elementer som er sentrale i den subjektive opplevelse, skal derfor stå i sentrum for eksponering, i følge Foa og Kozak. De mener at situasjoner som i varierende grad har likhetstrekk med den fryktede situasjonen, i tråd med deres likhetsgrad vil kunne utløse fryktresponser (ibid., p. 27). I terapeutisk setting vil det fokuseres på de stimuli som er betydningsfulle for den spesifikke pasienten.

Hvilket medium som blir benyttet for selve eksponeringen, er derfor en viktig faktor. Foa og Kozak påpeker at individet blir konfrontert med reelle elementer fra den traumatiske i noen tilfeller, dersom det anses trygt. For eksempel kan individet besøket eller utføre en relevant aktivitet på selve stedet fra den traumatiske hendelsen fant sted. Det er en direkte form for eksponering, kalt *in vivo eksponering* (ibid.). Det er dog ikke den eneste metoden. Ved utelukkende *mental eksponering* vil ikke individet i direkte form utsettes for de ekte stimuli fra traumet. Teoretikerne betegnet mental eksponering som at klienten aktivt skal forsøke å gjenoppleve den traumatiske hendelsen igjennom minner (ibid.).

Mental eksponering krever erindring av detaljer rundt hendelsen, som for eksempel lyd og lukt. Også tanker, emosjonelle reaksjoner og erindring av den fysiologiske tilstand bør inngå i den mentale opplevelsen, hevder Foa og Kozak (ibid., p. 27f). I noen tilfeller kan den traumerelaterte informasjon formidles via auditorisk eller visuelt input. Verbale beskrivelser, visuelle visninger på skjerm eller etterligninger (for eksempel i form av skuespill) som inneholder adekvat likhet til å aktivere fryktnettverket. Ved mental eksponering anvendes dessuten en teknikk kalt ”rewind and hold teqnique” på engelsk (ibid., p. 28). Den innebærer at klienten stopper opp og konsentrer seg om det verste aspektet ved et minne. Klienten bed om å mentalt fryse bildet og levere en detaljert beskrivelse av alle detaljer som kan huskes. Denne teknikken gjentas til frykten og ubehaget reduseres, i følge Foa og Kozak sin beskrivelse.

Dersom eksponering fører til reduksjon i stress og angstrelaterte responser, hvorfor fører ikke intrusive tanker eller flashbacks til en forbedring hos pasienten? Foa og assosierte tenker seg at den spontane gjenopplevelse er ufullkommen, noe som betyr at den ikke inkluderer nok hint til å aktivere fryktnettverket. Dessuten er gjenopplevelsen ikke regulert i henhold til eksponeringstid, og er kortere enn eksponeringssesjoner, noe som har mye å si i følge Foa og Kozak (ibid., p. 24). De påstår at jo mer intens og overveldende frykten er, jo lenger eksponeringstid trengs for å skape tilvenning gjennom eksponering. Det kan tenkes at individer som opplever aktivering i lenger tid i sitt dagligdagse liv, vil oppleve en forbedring i symptomalogien dersom den riktige informasjonen integreres. Problemet ligger dog ved unngåelsestendenser, som er hyppig beskrevet i oppgavens teori.

Bortsett fra eksponeringstid, vil også pasientens oppmerksomhet være faktor som påvirker emosjonsprosessering i følge dem. Foa og Kozak viser en tidlig studie i 1980 der forskerne kom frem til at deltagere som hadde fått instruksjoner om å forholde seg avslappet, opplevde bedre effekt av terapien sammenlignet med deltagerne uten instruksen. Dersom det er for høyt nivå av fysiologisk anspennelse og stress under en eksponeringssituasjon, vil det være en forstyrrelsesmoment i behandlingen. Teoretikerne påstår at overveldende angsttilstander vil interferere med oppmerksomhet og informasjonsprosesseringen (ibid., p. 25).

Størrelsen på fryktnettverket er dessuten en faktor i behandlingssammenheng, mener Foa og Kozak. Større nettverk består av flere assosiasjoner, og er derfor enklere å trigge. Dog er det vanskeligere å få tilgang til hele nettverket i en terapeutisk setting (ibid.). Jo flere elementer som inngår, jo vanskeligere kan det bli å arbeide med hele fryktnettverket under behandling. Dessuten henger noen av elementene i et stort nettverk løsere sammen enn det de gjør i et mindre, i følge teoretikerne. Assosiasjonene mellom noen elementer vil derfor være svakere. Ulike situasjoner vil kun matche spesifikke elementer, men ikke andre – noe som kan lede til uadekvat aktivering av fryktnettverket og mislykket modifisering (ibid., p. 23).

Oppsummerende, ses det at emosjonsprosesseringsteorien har dannet grunnlaget for eksponeringsterapi. Som sett sikter Foa og assosierte til at fryktassosiasjonene i nettverket må svekkes, og at informasjonen som inngår i fryktnettverket bør forbindes med annen informasjon som ikke relaterer til fare eller frykt. Kort oppsummert er det tilvenning, svekkelse av fryktassosiasjon og læring om sikkerhet de sentrale mekanismer bak behandlingsformen. Det er også beskrevet noen faktorer som vil ha påvirkning på behandlingens effektivitet, som behandlingens medium, tid, instrukser gitt underveis og ikke minst hvor kompleks fryktnettverket er.

## 5.3 Eksponeringsterapi i kombinasjonsform

Eksponeringsterapi har som sett frykttilstander som sitt fokuspunkt, og har i sin enslige form blitt kritisert for å ikke være adekvat i hånderting av negative tanker og følelseslivet til enkelte pasienter, i følge Ehlers og Clark (2000, p. 336). Foa viser selv til en egen studie om at behandlingsforløp som singulært baserer seg på eksponering har et høyere frafallstall av deltagere sammenlignet med andre kognitive terapiformer(Foa et al., 1995, p. 496). Ehlers og Clark skriver i relasjon til det at eksponeringsprosessen kan tenkes å frembringe emosjonelle tilstander som individet ikke er utrustet til å kunne håndtere enda (2000, p. 339). De mener at det forklarer hvorfor enkelte pasienter velger å trekke seg fra denne terapiformen.

Utilstrekkelighet i håndteringen av negative emosjonelle tilstander og et høyt angstnivå tenkes å være rasjonale bak kombineringen av eksponeringsterapi som del av systematisk omfattende kognitiv prosesseringsterapi. En kombinasjon av kognitiv prosesseringsterapi og eksponeringsterapi kan i fellesskap betegnet som *kognitiv atferdsterapi* eller ”cognitive behavioural therapy” på engelsk, i følge Jason og Regal (2010, p. 69). Kombinasjonsformen sikter på bearbeidelsen av emosjoner og dysfunksjonelle tankemønstre i tillegg til frykteksponering. Når flere aspekter ved individets opplevelse blir gjenstand for behandling, kan muligens tenkes å frembringe størst behandlingseffekt i følge forfatterne (ibid.).

I kommende avsnitt blir det belyst hvordan kognitiv terapi og eksponeringsterapi kan administreres i en kombinasjonsform. *Narrativ eksponeringsterapi* er en form for kognitiv atferdsterapi, og vil i kommende avsnitt settes i sammenheng med behandlingsmekanismer som fremgår av oppgavens teoretiske grunnlag.

### 5.3.1 Narrativ eksponeringsterapi

Kangaslampi og assosierte presenterer i sin forskningsartikkel narrativ eksponeringsterapi (NET) som en korttidsintervensjon. Den besitter kognitive elementer, kroppslige øvelser, læring om PTSD og formingen av et trygt sted for utforskningen av følelser, i følge deres beskrivelse (2015, p. 2). Terapiformen er kombinert i et format som legger vekt på skapelsen av et integrert narrativ. Hovedvekten legges på rekonstrueringen av negative representasjoner og den måten klienten erkjenner sin egen historie og sin selvrepresentasjon (ibid.). Forskerne påbegynte i 2014 en undersøkelse for å sammenligne effekten med en alternativ behandlingsform. Resultater fra studien er ikke utarbeidet til dags dato, dog kan artikkelens beskrivelse av NET protokollen ses i sammenheng med metodens behandlingsmekanismer.

#### 5.3.1.1 En integrering av fragmenterte minner

Som sett i den teoretiske redegjørelsen av kognitive teorier, er fragmenterte minner og mislykket integrering av disse sammen med resten av hukommelsesnettverket et sentralt punkt i alle teorier i oppgaven (jf. avsnitt 4.5). Horowitz fokuserer på den inkongruente naturen ved negativ informasjon, som ikke automatisk aksepteres av individets kognitive system. Foa fremsetter at nye traumer integreres i eksisterende nettverk, og minner fragmenteres i relasjonen mellom somatiske og konseptuelle detaljer, som beskrevet i teoriseksjon 3.3.3. Denne forståelsen kan ses i sammenheng med forskningen Ehlers og Clark viser til i forbindelse med skillet mellom interne og eksterne detaljer i minner (jf. avsnitt 3.2.4). Både Foa og Ehlers og Clark sine forståelser fremsetter at individet ikke helhetlig klarer å gjenkalle den traumatiske hendelsen, grunnet fragmentering i minnenes struktur.

Som sett i teoriavsnitt 3.2.4 viste Ehlers og Clark dessuten til at manglende koherens mellom minnenes elementer er koblet med høyere symptomintensitet i undersøkelser. Fragmenteringen bidrar til vanskeligheter med meningsdannelse og forståelse rundt egne opplevelser. Det fører også til vanskeligheter med framtidsplanlegging, i følge forskningsstudiene de henviser til (ibid.). En viktig mekanisme i behandling vil derfor være å hjelpe individet med å oppnå en integrert forståelse av sin egen opplevelse. Som det vil ses i neste delavsnitt, er NET en behandlingsmetode som kan bidra med det.

#### 5.3.1.2 Mental eksponering og rekonstruering av egen erfaring

Kangaslampi og assosierte nevner at mange traumeofre vil ha en kompleks og langvarig traume, noe som gjør det vanskelig å kun utnevne en hendelse som fokus for eksponering (ibid., p. 4). Som en løsning på dette starter NET protokollen med at pasienten lager en representasjon av de mest signifikante opplevelser i livet fra barndom til nåtid. Både negative og positive hendelser blir plassert i kronologisk rekkefølge langs en tidslinje. Det skapes deretter narrativer, utformede historier og deres bakgrunn, for hver enkelt av disse hendelsene (ibid., p. 4f). Gjennom den tidsmessige plasseringen og detaljert formulering av sin egen historie, eksponeres individet for sine traumer, i følge Kangaslampi og assosierte.

Eksponeringen ved narrativ terapi skjer derfor gjennom mental forestilling og prosessering av minner, som beskrevet i 5.2.4. Det er mulig å rangere mentale stimuli hierarkisk i henhold til hvor ubehagelige de oppleves, i følge artikkelens forfattere. Eksponeringen startes deretter med de minst ubehagelige stimuli som er rangert nederst. På hvert steg vil aspekter ved minnene bearbeides, til det punkt hvor de ikke oppleves like ubehagelig (2015, p. 3). Terapiprosessen vil dermed innebære en gradvis økning i ubehaget knyttet til minner, samsvarende med klientens oppgang langs den hierarkiske struktur.

Forstås det korrekt, forekommer tilvenning under rekonstrueringsprosessen, når klienten i dybde husker og bearbeider minner og elementer knyttet til egne traumer. Det tilrettelegger for aktiv kontroll i skapelsen av den autobiografiske forståelse og gjenfortelling. Kangaslampi og assosierte påpeker at gjenfortellingsprosessen og selve integreringen av elementer og innebærer til å skape den nødvendige forbindelsen mellom sensoriske og emosjonelle elementer, og deres kontekstuell informasjon (ibid., p. 7). Det forsøkes gjennom NET å plassere desorganiserte minner i en kontekst som forankrer dem i tid og sted (ibid., p. 3f). Dersom en forbindelse mellom sensoriske, emosjonelle elementer og kontekstuelle aspekter ved traumet formes, oppstår det mer sammenvevde historier som gir mening for individet (ibid., p. 10).

Ehlers og Clark foreslår at det er viktig å prosessere den traumatiske hendelsen i forhold til individets egne personlige historie, og relatere den til annen informasjon i den autobiografiske hukommelsesbase (2000, p. 335). Som sett sikter en behandling basert på narrativ konstruering på emosjonell og kognitiv prosessering av traumer. Den ønskede effekten er integrering av aspekter ved opplevelser som tidligere har vært fragmenterte. Den vellykkede integrasjonen tenkes, som sett i diskusjonsdel 4.3.1, å hemme automatisk trigging av negative responser ved gjenkallelse av traumerelatert informasjon.

Vellykket behandling skal derfor føre til mindre fragmenterte minner, og koherens mellom ulike aspekter ved samme opplevelse. Hvordan minnene relateres til individets emosjonelle tilstander, blir også gjenstand for bevisstgjøring og prosessering, i følge artikkelens forfattere. Det er spesielt de mest fragmenterte emosjonelle elementene som blir forsøkt å integreres i en større kontekst, noe som også vil klargjøre emosjonenes forbindelse med individets tidligere erfaring og hvilke stimuli som trigger dem i nåtid. Det tenkes å redusere ”affect without recollection” som ble beskrevet i forbindelse med Ehlers og Clark sin teori (jf. avsnitt 3.2.5).

Som sett i oppgavens teoretiske diskusjonen, menter Foa i likhet med Ehlers og Clark at det oppstår fragmentering av traumeminner. Den traumatiske hendelsen vil bli husket på en symbolistisk og lite artikulert måte (jf. avsnitt 4.4.4). Repetert gjenopplevelse, som forekommer ved gjennomgåelse og grundig bearbeidelse av sin erfaring, gir muligheten for å endre minner og organisere dem annerledes. I tråd med hvordan Foa og Kozak ser det, vil minnene endres og organiseres med resten av hukommelsesnettverket istedenfor å primært inngå i fryktnettverket (1986, p. 29).

Som sett hittil i forbindelse med intervensjonsmetoder, er kognitiv terapi, eksponeringsterapi og NET (kognitiv atferdsterapi) de behandlingsformer som er blitt knyttet mot behandlingsmekanismene som fremgår av oppgavens teorier. Rekonstruering av kognitive tolkninger og større mentale strukturer, samt integrasjonen av traumeminner i større hukommelsesnettverk er et gjengående emne i alle teoriers tilnærming til behandling. Gjennom kognitiv prosessering vil det oppnås ved modifisering av dysfunksjonelle antagelser og kognitive skjemaer, en prosess som i stor grad samsvarer med Horowitz samt Ehlers og Clark sin forståelse av behandlingsmekanismer. I eksponeringsterapien siktes det etter svekkelse av fryktassosiasjoner gjennom ny læring, og en økt mestringstro på at fremtidige fryktresponser kan håndteres, som sett i sammenheng med emosjonsprosesseringsteorien til Foa og assosierte.

## 5.4 Behandlingsmetodenes effektivitet

Forskning har pekt i litt forskjellige retninger med henblikk på effektiviteten til de tre omtalte behandlingsmetoder. I sammenligning mellom eksponeringsterapi og kognitiv terapi alene, har dog eksponeringsterapi systematisk vist bedre behandlingseffekt, påstår Joseph og Regal (2010, p. 81). Innblikk i litteraturen på dette området viser dog til at forholdet mellom eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi, hvor både eksponering og kognitiv rekonstruering kombineres, får mye oppmerksomhet i forskningslitteratur.

Foa og assosierte utførte i 2005 en studie som sammenlignet behandlingseffekten av eksponeringsterapi med kognitiv atferdsterapi. Målet var å undersøke om eksponeringsterapi ville vise bedre behandlingseffekt i kombinasjon med kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi), i motsetning til eksponeringsterapi utført i sin standard form (jf. avsnitt 5.2.1). Forskerne formet en hypotese om at den kombinerte terapiformen ville medføre størst reduksjon i PTSD-relaterte symptomer og depressive symptomer (Foa et al., 2005, p. 954). Resultatet viste at begge former for behandling førte til signifikant forbedring i både PTSD-relaterte og depressive symptomer, i sammenligning med kontrollgruppen. Resultatet var dog inkonsistent med forskernes hypotese. Det var ingen signifikant forskjell i effekten mellom eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi (ibid., p. 957).

I en lignende studie utført i 2001 av Paunovic og Öst, viste resultatet i sammenligning mellom eksponeringsterapi og eksponeringsterapi kombinert med kognitiv rekonstruering, at det ikke var noen signifikante forskjeller i behandlingseffekt i behandling av flyktninger med PTSD. En rekke studier har funnet tilnærmet lik behandlingseffekt for eksponeringsterapi og kognitive atferdsterapier, blant annet utført av Foa og assosierte (2005), Lovell og assosierte (2001), Foa og assosierte (2014) og Mørkved og assosierte (2014).

Et interessant punkt å merke seg, er at en betraktelig god andel av forskning rundt eksponeringsterapi og dens effektivitet utføres av Foa selv i samarbeid med diverse assosierte.Det blir en naturlig prosess å være involvert med tanke på hennes bidrag i framsettingen av emosjonsprosesseringsteorien og dens relaterte terapi. Dog bør det tas i betraktning at presentering avresultater rundt behandlingens effektivitet kan bære preg av partisk legning. I forbindelse med en forskningsstudie fra 2010 har hun, i samarbeid med kollegaer, fremsatt artikkelen ved navnet *”Evidence for poorer outcome in patients with severe negative trauma-related cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring”* (jf. referanseliste). I artikkelen fremgår dog ingen diskusjon eller refleksjon over medierende årsaker til funnet deres (ibid., p. 74f).

Foa og Rauch fremsatte dog en mulig forklaring på hvorfor kognitiv atferdsterapi ikke viste seg å være mest effektfull i 2006. De påpeker at terapeutiske behandlingsprogrammer, uansett om de kombinerer ulike metoder eller ikke, ofte er begrenset av ressurser som tid. Forskerne fremsetter at både eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi tidsmessig ofte har like lange sesjoner, til tross for at flere komponenter vil inngå i sistnevnte. Det anser de som en trend i samtlige studier (p. 64). Det kan bety at deltagere som mottar kognitiv atferdsterapi ikke får en fullverdig ”dose” som dekker de elementer som skal inngå i eksponeringsterapi og kognitiv terapi. Det blir en ”delvis” kombinasjon av begge former, som grunnet tidsbegrensning ikke gir den fulle effekt av de distinkte metoder.

En av de få studiene som har talt for den kombinerte behandlingsformen, ble fremsatt av Bryant og hans assosierte i 2003. Følgende presenteres hans studier som taler for at kognitiv atferdsterapi har best behandlingseffekt ved PTSD. Det vil redegjøres for studiet, for deretter å presentere en begrenset refleksjon i forbindelse med forskningstudiens resultater.

### 5.4.1 Richard A. Bryant og assosiertes undersøkelse av eksponeringsterapi kombinert med kognitiv rekonstruering

Den første studien til Bryant og assosierte mottok kritikk for å kun ha operert med mental eksponering, i følge deres nyere forskningsartikkel. Forskerne undersøkte forskjellen mellom mental eksponering og kognitiv atferdsterapi, hvor den sistnevnte betingelse også var en kombinasjon av mental eksponering og kognitiv rekonstruering (2008, p. 695). Forskerne viser til at studiet deres ble kritisert med påstand om at den kognitive terapien viste en god effekt i kombinasjon med mental eksponering, ettersom in vivo eksponering ikke ble anvendt. Kritikken kan tolkes som en underliggende antagelse om at in vivo eksponeringer oppfattes som mer effektiv enn mental eksponering.

Bryant og assosierte testet på nytt forholdet mellom behandlingsmetodene i 2008. For det første ønsket forskerne å se om kombinasjonen av eksponering og kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi) ville ha større effekt enn eksponeringsterapi alene. Det andre undersøkelsespunktet var om in vivo eksponering ville være mer eller like effektiv som mental eksponering. Deres hypotese var at en kombinasjon av in vivo eksponering og mental eksponering ville være mer effektiv enn de singulære metode hver for seg (ibid.). De opererte med følgende terapibetingelser i undersøkelsen sin; a) mental eksponering b) in vivo eksponering c) kombinering av in vivo og mental eksponering og d) kombinering av mental eksponering, in vivo eksponering og kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi).

For å unngå samme kritikk som i 2003, forbedret forskerne designet sitt ved enkelte tiltak. Hver terapiform ble matchet med dens nødvendige tidsramme. Hver terapiform ble utført med dens helhetlige tid, også i den kombinerte kognitive atferdsterapien. Det vil si at hver aktive komponent i terapiformene fikk utspilt seg likt for individene uavhengig hvilke betingelse de var plassert i, for eksempel var tidsrammen for mental eksponering like lang på tvers av alle kombinasjoner. 118 pasienter ble på randomisert vis tilskrevet én av de fire nevnte behandlingsbetingelser. Kjønn, traumeårsaker, og lidelsens intensitet var faktorer som ble forsøkt å balanseres i hver gruppe for å unngå skjevheter i resultater (ibid., p. 697f).

Av måleinstrumenter, ble først og fremst Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) anvendt i testing av PTSD og lidelsens intensitet. Det er et klinisk intervju med 17 punkter som beskrives i PTSD kriterier i DSM-IV. Hvert symptom blir ratet på en 5-punkts skala for å måle frekvens og intensitet på symptomer (ibid., p. 696). Forskerne brukte også Beck Depression Inventory, The Impact of Event Scale og State-Trait Anxiety Inventory. For å måle endring i kognitive oppfatninger, brukte de Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ). Det er et selvrapporterings-instrument med 21 spørsmål omkring katastrofetenkning, somatiske sensasjoner, emosjonelle reaksjoner og mentale prosesser, hevder forskerne. Alle disse tester ble utført før behandling, etter behandling og seks måneder etter at behandlingsløpet var avsluttet (ibid., p. 697).

Terapisesjonene ble utført en gang i uken, over et løp på åtte uker. Kliniske psykologer fikk opplæring i manualene av Bryant og hadde også ukentlig veiledning underveis i løpet, i følge forskningsartikkelen. I alle terapibetingelsene var første steg psykoedukasjon hvor deltagerne fikk innsyn i rasjonale bak den aktuelle behandlingsform. Felles for behandlingene var også fokuset på hjemmeøvelser og en gjennomgang av disse hver sesjon (ibid., p. 698). I følgende vil de ulike komponentene i hver terapibetingelse beskrives.

#### 5.4.1.1 De ulike terapibetingelsene

Mental eksponering: Deltagerne i denne gruppen fikk beskjed om å skape et narrativ av deres traumatiske minner. Den mentale eksponeringen ble utført gjennom formingen av et narrativ, som beskrevet i forbindelse med narrativ eksponeringer (jf. avsnitt 5.3.1). Det ble gitt klare instrukser om å fokusere på så mange sensoriske inntrykk som mulig, samt de emosjonelle responser forbundet til traumeopplevelsen. 40 minutter var den tilsiktede eksponeringstiden for mental eksponering (ibid.). For å fylle tiden ble narrativet gjentatt i mange tilfeller, og gjerne elaborert med flere detaljer utover sesjonen. Når eksponeringstiden var over, fikk deltageren diskutere sin opplevelse med terapeuten under det forskerne har kalt ”supportive counselling” i 50 minutter. Det skal bemerkes at terapeutene fikk instrukser om å avholde seg fra komponenter som inngår i kognitiv terapi under disse samtalene (ibid.).

In vivo eksponering: I denne terapibetingelsen ble det utviklet et frykthierarki, som beskrevet i avsnitt 5.3.1.2. Selve eksponeringen ble kun utført i begrenset grad under sesjonene. Fokuset var i større grad rettet mot hjemmeøvelser og planlegging av hvordan eksponeringen skulle foretas daglig på fritiden. Deltagerne fikk beskjed om å forbli i den fryktede situasjonen til de merket en fryktreduksjon på ca. 50% hver gang. Under selve sesjonene, ble det utført eksponering i 25 minutter, og ellers rådgivning samt gjennomgang av hjemmeøvelser i 65 minutter.

I en annen gruppe, hvor deltagerne mottok både in vivo eksponering og mental eksponering, ble alle de ovenforstående elementene inkorporert. Det ble utført 40 minutter med mental eksponering, 25 minutter med in vivo eksponering og 25 minutter med den såkalte ”supportive counselling”, i form av rådgivning (Bryant et al., 2008, p. 698).

I gruppen med kognitiv atferdsterapi, ble som nevnt begge eksponeringsformer og kognitiv terapi kombinert. Den kognitive rekonstrueringen innebar identifisering av negative og dysfunksjonelle tanker knyttet til traumet tolkninger rundt den. Deltagerne fikk instrukser om å daglig reflektere over egne tanker og emosjonelle tilstander, og notere disse i en journal (ibid.). Hensikten var å kunne bearbeide disse gjennom sokratisk spørrestil, som forklart i avsnitt 5.1.1. Sesjonen bestod av 40 minutter med mental eksponering, 25 minutter in vivo eksponering og 25 minutter med kognitiv rekonstruering (Bryant et al., 2008, p. 698).

Forskerne beskriver i sin artikkel en dataanalyse utført i form av kovarians gjennom ANOVA- programmer. Effektstørrelsen ble utregnet ved hjelp av Cohen’s d, der den gjennomsnittlige forskjell for hver gruppe ble utregnet og delt på samplets samlede standard avviksscore (ibid., p. 700). For mer spesifikke detaljer rundt utarbeidelsen av resultatene, henvises det til forskningsartikkelen (jf. referanseliste).

### 5.4.2 Resultater og refleksjon

Før studiens resultater fremsettes, skal det påpekes at forskerne selv fremsetter noen begrensinger ved deres studie. Fremst og fremst er sampelet på 118 personer ikke spesielt stort med tanke på at fire ulike betingelser ble benyttet i eksperimentet, hevder de. Med et lite sample må det tas forbehold om resultatenes generalisering, i følge Bryant og assosierte (ibid., p. 701). For det andre oppgir de å ikke ha sjekket for testførernes innsyn i hvilken gruppe de testet (ibid., p. 702). Hvorvidt det kan ha skapt skjevheter i resultatene i det aktuelle studiet, er tatt i omtanke, men velges å utelukkes videre i diskusjonen.

Ved administrering av CAPS etter fullført behandling, viste det seg at deltagerne som mottok både eksponeringsterapi og kognitiv terapi, hadde lavest symptomscore for PTSD. I denne gruppen var det kun 21% av deltagerne som fortsatt oppfylte kriteriene for PTSD. I motsetning var andelen 52% for gruppen med mental eksponering, 55% for in vivo eksponering og 48% for gruppen med begge eksponeringsformene (ibid., p, 700). På Catastrophic Cognitions Questionnaire, var det også kognitiv atferdsterapi som viste best reduksjon av negative oppfatninger. Ved retesting seks måneder senere, var det fortsatt kognitiv atferdsterapi som viste å lede til størst symptomreduksjon (ibid.).

Det andre interessante funnet lå i at det ikke var noen signifikant forskjell i reduksjon av PTSD-relaterte symptomer blant grupper som hadde mottatt behandling med de ulike eksponeringsformene. In vivo eksponering viste med andre ord ikke bedre symptomreduksjon enn mental eksponering etter fullendt behandling (ibid.). Dog bemerket forskerne seg at gruppen som hadde mottatt mental eksponering viste en større tendens for tilbakefall ved re-testing sammenlignet med de andre grupper. Dersom den mentale eksponeringen ikke svekker fryktassosiasjoner like effektivt som in vivo eksponering, er det noe som kan få tilbakeslag i form av tilbakevendende symptomer en periode etter behandling? Det er en problemstilling artikkelens forfattere hverken reiser eller reflekterer rundt.

Den kognitive atferdsterapien førte også til signifikant bedre resultater i reduksjon av depresjon hos deltagerne i studien til Bryant og assosierte (ibid., p. 700f). Det er mulig at depresjonen i stor grad er forårsaket av vanskelighetene individet opplever relatert til PTSD, påpeker forskerne. Depresjonen kan derfor, i følge dem, være forårsaket av vanskelighetene som oppleves i forbindelse med PTSD. De depressive symptomer viste størst reduksjon i gruppen hvor behandlingen av PTSD var mest vellykket, i følge Bryant og assosierte.

At kognitiv atferdsterapi medbringer best behandlingsresultater i forhold til depresjon, virker logisk da terapien beror på nettopp bearbeidelsen av negative tankemønstre og emosjonelle responser. Forskerne henviser i sin egen artikkel til at det er godt belegg for at kognitiv terapi er meget effektfull ved depresjon. Ved å kombinere kognitiv terapi sammen med eksponering, er det mulig at behandlingen forekommer både gjennom tilvenning og bearbeidelsen av depressive tankemønstre. Det tolkes ikke som grunnlag for at kognitiv atferdsterapi er den bedre behandlingsform for PTSD. Det indikerer snarere at den kombinerte terapiform muligens vil være mest effektiv hos pasienter med PTSD som også opplever betydelige vansker relatert til depresjon.

#### 5.4.2.1 Kognitive rekonstruering som et implisitt element i eksponeringsstudier

I studien til Bryant og assosierte, er det i følge forskerne flere mulige faktorer som kan ha påvirket resultatet. De fremsetter at kognitiv atferdsterapi muligens viste best effekt fordi den kognitive rekonstruering fasiliterer eksponeringskomponenten, på en måte hvor deltageren får større utbytte av eksponeringsterapien dersom kognitive elementer også inngår i terapien. Forskernes mulige forklaring gir mening i henhold til Ehlers og Clark sin bemerkelse om at eksponeringsterapi alene har høyere frafall fordi den utsetter deltagerne for et angstnivå de ikke er klare for å håndtere (jf. avsnitt 5.3). I kombinasjon med aktiv kognitiv restrukturering, kan det tenkes at de negative opplevelsene og følelsene knyttet til eksponeringsøvelser kan prosesseres i samarbeid med terapeuten.

Artikkelens forfattere fremsetter også et annet viktig punkt. Eksponeringsterapi viste ikke god effekt i denne studien sammenlignet med øvrige forskningsstudier som undersøker effekten av eksponeringsterapi, i følge dem (Bryant et al., 2008, p. 701). Det kan diskuteres for at det muligvis har sammenheng med forskningsdesignet i til Bryan og assosierte. Som nevnt i avsnitt 5.4.1.1, ble det lagt sterk vekt på at terapeutene i eksponeringsbetingelsene skulle avholde seg fra elementer i behandling som vil falle under kognitiv terapi. Ved rådgivning og diskusjon av deltagernes opplevelse, var ikke dysfunksjonelle tankemønstre eller følelsesmessige tilstander i fokus for modifisering gjennom kognitiv rekonstruering. Det mangler klarhet i hvorvidt det er en inkludert eller fraværende praksis i andre studier som undersøker effekten av eksponeringsterapi.

Det kan dog stilles spørsmål om skillet mellom eksponering og kognitiv rekonstruering er like strengt i andre eksponeringsstudier. Oversatt fra engelsk til norsk, skriver Foa og assosierte i sin forskningsartikkel fra 1995 at: ”Terapeuten bruker tid på å diskutere pasientenes reaksjoner under eksponeringen, med særlig vekt på de tanker og emosjoner pasienten opplevde under sesjonen” (p. 495). I Bryant og assosiertes studie, har de med hensikt utelatt komponenter som vil omhandle bearbeidelsen av følelser, tanker og tolkninger. Rådgivningen i etterkant av eksponering ble i deres studie utført for å regulere hvor langt deltageren var kommet i sin hierarkiske eksponeringsstruktur, samt planlegge neste sesjon og hjemmeøvelser, som nevnt tidligere.

Selv om kognitiv rekonstruering ikke eksplisitt omtales som en del av protokollen i eksponeringsstudier, er det en mulighet for at det likevel inngår i interaksjonen mellom terapeut og klient. Dersom andre eksponeringsstudier har inkorporert kognitiv rekonstruering gjennom bearbeidelse av følelser og dysfunksjonelle tanker, kan det muligens forklare hvorfor de kan vise til et bedre behandlingsutfall sammenlignet med Bryant og assosiertes behandlingsresultat av eksponering. På grunn av det bastante skillet mellom eksponeringsterapi og kognitiv terapi, blir det vanskelig å sammenligne resultatet fra studien til Bryant og assosierte med resultater på effekten av eksponeringsterapi med andre resultater fra andre studier. Dog nevner forskerne at scorene på PTSD for gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi, er like de fleste andre studier som måler effekten av den kombinerte behandlingsform (2008, p. 701).

#### 5.4.2.2 Endringer i kognitive antagelser som følge av eksponering

Som sett i forrige delavsnitt, er det mulig at eksponeringsterapi inneholder elementer av kognitiv terapi under samtaler der terapeut og pasient diskuterer opplevelsen, tanker og følelser knyttet til eksponering og pasientens nåværende tilstand. Den kognitive komponenten i eksponeringsterapi ”forsvinner” muligens i beskrivelsen, og det skaper inntrykk av at eksponering alene frembringer samme resultater som eksponering og kognitiv rekonstruering kombinert. I så fall er det en viss overlapping mellom de mekanismer som underligger begge metoder i forskningsstudier, uten at dette fremgår tidlig nok. Dessuten kan det muligvis forklare hvorfor det har vært en tendens for like resultater i sammenligning mellom eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi (eksplisitt kombinering av eksponering og kognitiv rekonstruering), dersom begge metodene inneholder kognitiv rekonstruering.

I de fleste studier er det antatt at kognitiv atferdsterapi er effektfull fordi den hjelper pasienten med å gjenkjenne, aktivt bearbeide og dermed modifisere de kognitive antagelser som bidrar til lidelsens opprettholdelse, hevder både Bryant og assosierte (ibid.). Hvorvidt modifisering av kognitive antagelser kun oppnås gjennom aktiv kognitiv rekonstruering, kan dog diskuteres. Det kan argumenteres for at endring av dysfunksjonelle tankemønstre og tolkninger ikke kun skjer gjennom den aktive rekonstruering som tradisjonelt forbindes med kognitiv terapi (jf. avsnitt 5.1).

Kognitiv rekonstruering forekommer også under selve eksponeringen for traumerelaterte stimuli. Tilvenning er ikke den eneste mekanismen bak eksponeringsterapi, selv om den kan synes å få mest oppmerksomhet i relasjon til denne terapiformen. Som sett i oppgavens avsnitt 5.2.2, vil individet gjennom eksponeringsterapi erverve ny erfaring. Som et resultat av den nye erfaring, tenkes det at kognitive antagelser endres. Disse antagelsene kan være knyttet til individets egne evne til å tåle ubehag, som omtalt tidligere i oppgaven (ibid.). Som nevnt i avsnitt 5.2.3, og i tråd med Foa sitt fokus på individets vurdering av egne responser, kan økt mestringsevne oppnås gjennom analyseringen av egne responser. For eksempel ble det nevnt at innsikt i egen fryktreduksjon vil endre gamle antagelser om at frykt for eksempel er uutholdelig eller indikerer en forvarsel om negativt utfall. Endring av negative tanker og tolkninger forekommer derfor ikke kun gjennom aktiv prosessering i samarbeid med terapeuten.

Det kan tenkes at både aktiv kognitiv rekonstruering, og de endringer som forekommer av kognitive oppfatninger som følge av eksponering, vil modifisere dysfunksjonelle tankemønstre som er knyttet til PTSD og lidelsens opprettholdelse. Dog er den kognitive modifisering som kommer gjennom eksponering muligens ikke sterk nok til å svekke fryktassosiasjonene i alle tilfeller, i tråd med emosjonsprosesseringsteoriens forståelse. For den gruppen pasienter som føler altfor høy grad av anspennelse og ubehag under eksponering, vil muligens aktiv kognitive rekonstruering gjennom terapeutisk assistanse kunne bidra til bedre behandlingsgevinst, slik Jason og Regal har foreslått (jf. avsnitt 5.3). Som nevnt tyder studien til Bryant og assosierte nettopp på at kognitiv terapi øker behandlingseffekten når den kombineres med eksponeringsterapi, og alle komponenter ved de ulike metodene blir ivaretatt. På den måten får pasienten det beste fra begge terapier, og flere mekanismer tenkes å interagere i behandlingsprosessen.

Dog vil det ikke være et utvetydig og klart fasitsvar på hvilken terapiform som er mest effektiv i behandlingen av PTSD, og ikke er det hensikten å utkåre en vinner. Som nevnt er forskningen rundt behandlingseffekt og sammenligninger splittet, og gir i varierende grad støtte til de ulike terapiformer som er fremsatt og diskutert i oppgaven. Oppgavens fremstilling har vist til hvordan de forskjellige terapiformene beror på noen særegne behandlingsmekanismer, samtidig som det kan diskuteres for at de har noen mekanismer til felles som frembringer en forbedring hos den lidende. For eksempel har det blitt vist hvordan kognitiv rekonstruering forekommer gjennom alle terapiformer omtalt i oppgaven. Det impliserer at valget av behandlingsform ikke kun avhenge av best mulig resultater i statistisk sammenheng. Karakteristikker hos menneskene bak lidelsen, vil være en sentral faktor i hvilken terapi som kan vurderes gunstig.

# 6. Konklusjon

Fire kognitive teoretiske fremstillinger har blitt presentert i oppgaven med formål om å belyse forskjeller i de mekanismer som bidrar i forståelsen av PTSD. Disse mekanismene er som sett knyttet til utvikling, opprettholdelse og behandling. I den første kognitive vinkling, ble det diskutert hvordan læringsprinsipper gir god innsyn i formingen og opprettholdelsen av fryktresponser gjennom prinsipper for assosiativ og ikke-assosiativ læring. Dog kan ikke læringsprinsippene alene gi forståelse for mange av prosessene knyttet til individuelle forskjeller i sårbarhet for utvikling av lidelsen, eller emosjonelle aspekter ved lidelsen som går utover fryktresponser.

I Horowitz sin skjemabaserte teori blir PTSD fortsatt gjennom inkongruens mellom individets verdensbilde og den negative informasjon som traumet presenterer. Horowitz sin teori er den eldste av de tre inkluderte, og konseptet dens er blitt inkorporert i begge nyere teorier omtalt i oppgaven. Både teorien til Ehlers og Clark, og emosjonsprosesseringsteorien bidrar i forståelsen av PTSD gjennom et rammeverk som elaborerer hvordan eksisterende oppfatninger om verden (kognitive skjemaer), læringsassosiasjoner, og egne evalueringer inngår i formingen av lidelsens symptombilde. Spesielt er teorien til Ehlers og Clark vurdert som utdypende og nyansert gjennom belysning av medvirkende prosesser, som påvirker både utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Samspillet mellom traumeminner, tolkninger, emosjonelle responser og håndteringsstrategier skaper et større rammeverk enn det som for eksempel er å se ved Horowitz sin skjemabaserte tilgang.

I følge Ehlers og Clark skyldes utviklingen av PTSD, som sett, at individet foretar en vurdering om vedvarende trussel, til tross for at den traumatiske hendelsen ligger i fortiden. Emosjonsprosesseringsteorien, derimot, legger stor vekt på at det er læring som har formet reaksjoner og symptomer knyttet til PTSD, og at det også er ny læring som kan endre individets kognitive oppfatninger om frykten.

Emosjonsprosesseringsteorien er som sett i oppgaven knyttet til eksponeringsterapi, hvorav Horowitz sin forståelse beror på endring av kognitive antagelser og skjemaer, og har blitt analysert i tråd med kognitiv prosesseringsterapi i oppgaven. Ehlers og Clark sin kognitive teori legger vekt på å integrere fragmenterte traumeminner i autobiografisk hukommelse, på en måte som skaper en sammenheng mellom traumets sensoriske, emosjonelle og kontekstuelle aspekter. Hvordan dette kan nås gjennom narrativ eksponeringsterapi, er også analysert i oppgaven.

Som sett forklarer teoriene PTSD ved hjelp av forskjellige kognitive konsepter og mekanismer, men de beror på mange felles mekanismer i behandlingssammenheng. En viktig fellesnevner for de tre omtalte intervensjonsmetodene i oppgaven er modifisering av kognitive antagelser om frykt, og at traumeminnene ikke forblir isolerte i hukommelsen. De skal i stedet relateres til annen informasjon som individet besitter. Det er ikke utnevnt én terapiformen i favør for behandling av PTSD, da oppgaven har benevnt at behandlingens mekanismer vil ha forskjellig effekt avhengig av individet den rettes mot.

# 7. Referanseliste

Artikler:

Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of PTSD. *Clinical Psychology Review*, *23*, (pp. 339-370).

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735803000333>

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Gutherie, R. M., Dang, S. T., Nixon, R. D.V., Felmingham, K., Hopwood, S. & Creamer, M. (2008). A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, (4), (pp. 695-703).

<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/76/4/695/>

Dalgleish, T. (2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of Multirepresentational Theorizing. *Psychological Bulletin*,*130*, (2) , (pp. 228–260)

<http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/journals/bul/130/2/228.pdf>

Ehlers, A & Clark, D, M. (2000). A cognitive model of posttramatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy,* 38, (pp. 319-345)

<http://ac.els-cdn.com.zorac.aub.aau.dk/S0005796799001230/1-s2.0-S0005796799001230-main.pdf?_tid=825584e2-1861-11e6-8327-00000aacb35d&acdnat=1463071956_bacc936f70716e9dad41b7a8e990a60b>

Ehlers, A., Clark, D.M., Kleim, B., Grey, N. Wild, J., Nussbeck, F.W., Stott, R. & Hackmann, A. (2012). Cognitive Change Predicts Symptom Reduction With Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, (3), (pp. 383–393)

<http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/journals/ccp/81/3/383.pdf>

Foa, E. B., David S. R., Elise D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, (3), (pp. 487–499) <http://www.sciencedirect.com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S0005789405800966>

Foa, E. B., Hembree, E. A, Cahill, S. P, Riggs, D. S, Feeny, N. C. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73* (5), (pp. 953-964).

<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/73/5/953/>

Foa, E. B & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological bulletin*, *99* (1), (pp. 20-35)

<http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/journals/bul/99/1/20.pdf>

Foa, E. B., Moser, J. S. & Cahill, S. P. Evidence for poorer outcome in patients with severe negative trauma-related cognitions receiving prolonged exposure plus cognitive restructuring.

*The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*, (pp- 72-75).

<http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2010/01000/Evidence_for_Poorer_Outcome_in_Patients_With.13.aspx>

Foa, E. B & Rauch, S. (2006). Emotional processing theory and exposure therapy for PTSD. *J Contemp Psychother, 36*, (pp. 61–65).

[http://download.springer.com.zorac.aub.aau.dk/static/pdf/884/art%253A10.1007%252Fs10879-006-9008-y.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10879-006-9008-y&token2=exp=1462896787~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F884%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10879-006-9008-y.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10879-006-9008-y\*~hmac=4252d0b3e0280d7934ae04165de07f3f47d62c5a480901c8d1c6007e527dcd8b](http://download.springer.com.zorac.aub.aau.dk/static/pdf/884/art%253A10.1007%252Fs10879-006-9008-y.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10879-006-9008-y&token2=exp=1462896787~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F884%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10879-006-9008-y.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10879-006-9008-y*~hmac=4252d0b3e0280d7934ae04165de07f3f47d62c5a480901c8d1c6007e527dcd8b)

Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*, *20*, (2), (pp. 155–176)

<http://ac.els-cdn.com.zorac.aub.aau.dk/S000578948980067X/1-s2.0-S000578948980067X-main.pdf?_tid=439ac632-187e-11e6-9807-00000aab0f01&acdnat=1463084306_428285fc258854d544f7aa675823bd47>

Foa E. B., Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher A. J., Mintz, J., McLean C. P. & Yehuda, R. (2014). Change in Negative Cognitions Associated With PTSD Predicts Symptom Reduction in Prolonged Exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*, (1), (pp. 171–175)

<http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/journals/ccp/82/1/171.pdf>

Gallagher, M. W. & Resick, P. A. (2012). Mechanisms of change in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for PTSD: Preliminary evidence for the differential effects of hopelessness and habituation. *Cognitive Therapy and Research*, *35* (6), (pp. 750-755). <http://link.springer.com.zorac.aub.aau.dk/article/10.1007%2Fs10608-011-9423-6>

Horowitz, M. J. (1983). Post-traumatic stress disorder. *Behavioral sciences and law,* *1* (3), (pp. 9-24)

<http://onlinelibrary.wiley.com.zorac.aub.aau.dk/doi/10.1002/bsl.2370010305/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com.zorac.aub.aau.dk&purchase_site_license>

Kangaslampi, S., Garoff, F. & Peltonen, K. (2015). Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC Psychiatry*, *15,* (127), (pp. 1-15)

<http://link.springer.com.zorac.aub.aau.dk/article/10.1186/s12888-015-0520-z>

Lissek, S & Grillon, V. B. (2014). Learning models of PTSD: Theoretical accounts and

psychobiological evidence. *International Journal of Psychophysiology, 98*, (pp. 594–605)

<http://www.sciencedirect.com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S016787601401647X>

Lovell, K., Marks, M. I., Nosjirvani, H., Thrasher, S. & Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, (pp. 107-112).

<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/do-cognitive-and-exposure-treatments-improve-various-ptsd-symptoms-differently-a-randomized-controlled-trial/8B68A5E36CF8412664EFAEB937B797EA>

Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L.M., Holen, D., Milde A.M., Bomyea, J. S.R. Thorp. (2014). A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure

therapy for PTSD. *Clinical Psychological Review*, *34*, (pp. 453-467).

<https://www.researchgate.net/profile/Nina_Morkved/publication/263509508_A_Comparison_of_Narrative_Exposure_Therapy_and_Prolonged_Exposure_Therapy_for_PTSD/links/54df08da0cf2953c22b0ed22.pdf>

Rubin, D. C., Bernthsen, D., Boals, A. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of experimental psychology*, *137* (4), (pp. 591-614).

<http://psycnet.apa.org/journals/xge/137/4/591/>

Paunovic, N. & Öst, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behavior Research and Therapy*, *19* (39), (pp. 1183-1197).

<http://www.sciencedirect.com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S0005796700000930>

Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P. & Chard, K. M. (2015). Changes in Posttraumatic Cognitions Predict Changes in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms During Cognitive Processing Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*, (6), (pp. 1161–1166)

<http://psycnet.apa.org.zorac.aub.aau.dk/journals/ccp/83/6/1161.pdf>

**Bøker**:

Christensen, Gerd. (2003). *Psykologiens videnskabsteori*. (Kap 1; pp. 19-31, Kap 4; pp. 101-127). Roskilde: Roskilde Universitets Forlag.  (5. Ed)

Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E. & Vliek, M. (2009). *Psychology the science of mind and behavior.* Berkshire: McGraw Hill, (Kap 1; pp. 1-31; Kap 18; pp. 843-861)

Joseph, S. & Regel, S. (2010). *Post-traumatic Stress.* (pp. 18-136).Forlag: thefacts

Sonne-Ragans, V. (2012). *Anvendt videnskapsteori – reflektert teoribrug i videnskabelige opgaver.* (Kap 1; pp.27-50). Forlag: Samfundslitteratur