

Användning av energipsykologi efter katastrofala händelser

David Feinstein, fil.dr

Sammanfattning

Energipsykologi, som det oftast praktiseras, integrerar manuell stimulering av akupunkturpunkter med imaginär exponering, kognitiv omstrukturering och andra evidensbaserade psykoteraeutiska förfaranden. Effekt av energipsykologiska protokoll har fastställts i mer än 120 kliniska prövningar, med metaanalyser som visar starka effektstorlekar för PTSD, ångest och depression. Tillvägagångssättet har tillämpats i kölvattnet av naturkatastrofer och katastrofer orsakade av människor i mer än 40 länder. Fyra nivåer av energipsykologiska interventioner som följer etablerad säkerhet, förtroende och rapportering beskrivs, inklusive 1) omedelbar lättnad/stabilisering, 2) minskandet av limbisk upphetsning till traumabaserade utlösare, 3) övervinnandet av komplexa psykologiska problem och 4) främjandet av optimal funktion. Den första nivån är mest relevant för psykologisk första hjälp omedelbart efter en katastrof. De efterföljande nivåerna introduceras gradvis över tid som svar på komplexa stressreaktioner och kroniska störningar. Fördelar med att lägga till stimulering av akupunkturpunkter till en konventionell exponeringsmetod identifieras och utmaningar kring kulturella känsligheter och oavsiktliga effekter diskuteras. Efter att ha upprättat ett ramverk för införandet av energipsykologi i katastrofinsatser, presenteras rapporter från ett urval av kontexter, baserat på intervjuer med denna artikels författare. Dessa inkluderar redogörelser för hjälparbete med överlevande från masskjutningar, folkmord, etnisk krigföring, jordbävningar, orkaner, tornador, översvämningar, bränder och COVID-19-pandemin. Hundratals andra rapporter från fältet visar ett mönster av starka resultat efter användningen av energipsykologi, både omedelbart efter katastrofer och i den efterföljande behandlingen av traumabaserade psykologiska svårigheter. Många av dessa vittnesmål bekräftar varandra när det gäller snabb lättnad och långsiktiga fördelar. Slutligen presenteras exempel på effektivare framförandemetoder som utnyttjar stora grupper, lekmän, digital teknik och stärkande av samhällets motståndskraft.

Nyckelord: Akupressur, Akupunktur, Katastrofala händelser, Katastrofer, EFT, Energipsykologi, TFT

Erkännanden: Författaren vill tacka Lori Leyden och John Freedom för deras ovärderliga förslag på tidigare utkast till denna uppsats.

Upplysningar: Författaren genomför utbildningar, tillhandahåller kliniska tjänster och har skrivit böcker relaterade till det tillvägagångssätt som undersöks i denna uppsats.

Notera: Denna uppsats är en grundlig revision och uppdatering, anpassad från författarens "Energy Psychology in Disaster Relief" (2008), publicerad i *Traumatology*, 14 (1), 124-137. Copyright© 2008 av American Psychological Association. Utvalda passager återges med tillstånd.

Användning av energipsykologi efter katastrofala händelser

David Feinstein, fil.dr

Medan naturkatastrofer skapar rubriker och nationell uppmärksamhet på kort sikt är arbetet med återhämtning och återuppbyggnad långsiktigt.

– Sylvia Mathews Burwell
Tidigare USA:s hälsominister

1. Inledning

Energipsykologi är en ny behandling för känslomässig läkning och psykologisk utveckling som innefattar somatisk stimulering av akupunkturpunkter (akupunkter) genom att knacka på dem med fingertopparna. Bevis på dess hastighet och effektivitet har snabbt ökat, demonstrerats i mer än 120 kliniska prövningar och granskats i boken, *The Science of Tapping* (Stapleton, 2019). Stapleton hänvisar till energipsykologi som den "fjärde vågen" av psykoterapi, efter psykoanalys, beteendeterapi och kognitiva tillvägagångssätt (s. xxiii). En trovärdig uppskattning av Harvard-psykiatern Eric Leskowitz (2016) placerade antalet terapeuter som införlivade tekniker från energipsykologi i sina metoder i "tiotusentals" (s. 181). När det introducerats för individer och samhällen efter en katastrof har tillvägagångssättets prestation varit lovande, särskilt på grund av dess förmåga att snabbt reglera de fysiologiska efterdyningarna av trauma – ett påstående som vi kommer att undersöka i denna artikel.

2. Stora katastrofers frekvens och psykologiska konsekvenser

Under årtiondet 2010 till 2019 nästan fördubblades antalet stora registrerade *naturkatastrofer* i hela världen jämfört med årtiondet 2000 till 2009 (från 4 212 till 7 348), eftersom "extrema väderhändelser har kommit att dominera katastroflandskapet under 2000-talet" (FN:s kontor för samordning av humanitära frågor, 2020, s. 1). Samtidigt avslöjade en analys av databaser med fokus på katastrofer orsakade *av människor* i industrialiserade länder under 1900-talet även "en exponentiell tillväxt" i frekvens (Coleman, 2006, s. 3). Masskjutningar, terrorism, folkmord, krigföring och våldsamma konflikter som påverkar civilbefolkningen, kombinerat med en ökad frekvens av industriolyckor skapar denna upptrappning.

Oavsett om de är naturliga eller skapade av människor leder katastrofer till allvarliga störningar och avbrott, inte bara i individers liv utan för "ett samhälles funktion" (Karácsonyi et al., 2021, s. 28). Hanteringen av katastrofinsatser har fokuserat på fysiska och ekonomiska behov, medan de psykiska hälsoproblem som orsakas av katastrofer ofta har varit ett "försummat område" (Makwana, 2019, s. 3091). Bland de psykiska hälsoproblem som räknas upp av Makwana finns, förutom posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), utbredd ångest, depression, chock, förtvivlan, sorg, ilska, förnekelse, maladaptiva beteenden, missbruk, osäkerhet, sömnstörningar, humörsvängningar, misstänksamhet, paranoia, tvångstankar, förlust av invand roll i samhället och stressrelaterad fysisk sjukdom. Dessa psykologiska effekter av katastrofer har visat sig vara särskilt allvarliga bland barn, kvinnor och äldre personer i beroendeställning.

3. Psykologiska ingrepp efter katastrofer

Tillhandahållare av mentalvårdstjänster "började först reagera på katastrofer i stort antal på 1990-talet" (DeAngelis, 2014, s. 63). De använde ursprungligen gruppinterventioner där överlevande, räddningspersonal och familjemedlemmar alla skulle dela med sig av sina erfarenheter. Dagens interventioner är mer raffinerade. De innefattar erkännandet av att en naturlig återhämtningsprocess för de flesta människor kommer att ske över tid. Lämpliga insatser under dagarna efter en katastrof inkluderar att lindra upprördhet, förklara och normalisera extrema känslomässiga reaktioner, främja en känsla av säkerhet och stabilisering, underlätta anslutningar till stödsystem och ge remisser för dem som behöver mer fokuserat psykologiskt stöd. Krisgrupper för psykisk hälsa arbetar vanligtvis i samarbete med katastrofhjälpsmyndigheter som Röda Korset samt lokala samhällsresurser.

DeAngelis baserade sin artikel "What Every Psychologist Should Know About Disasters" på intervjuer med pionjärer inom utveckling och framförande av psykologiska interventioner efter katastrofala händelser, tillsammans med den speciella november 2011-utgåvan av *American Psychologist* på temat "9/11 Ten Years Later". Samtidigt som hon betonade att många människor utan psykoterapi visar motståndskraft efter en katastrof, noterade hon också att psykologisk första hjälp för de som uppvisar allvarlig vånda eller svårigheter att fungera kan underlätta stabilisering och återuppbyggnad av liv. För dem som fortfarande är traumatiserade flera veckor efter katastrofen har olika former av krisrådgivning utvecklats.

DeAngeles förklarar att krisrådgivning skiljer sig från andra former av rådgivning genom att vara mer direkt och pragmatisk, varande från en enda session till så många sessioner som krävs, med fokus på praktiska såväl som känslomässiga problem. Krisrådgivning betonar också färdigheter för psykologisk återhämtning. Enkla tekniker för att hantera stress kan inkludera diafragmatisk andning, dagbok eller deltagande i aktiviteter som är behagliga och stabiliserande. I krisrådgivning används även kognitiva tekniker för att omformulera upplevelsen, samt de slutsatser som dras av detta, liksom exponeringsmetoder för att minska limbiska systemresponser på utlösande minnen och signaler.

Den första organisationen som systematiskt inför kropp-själ-interventioner efter katastrofer är Center for Mind-Body Medicine i Washington, D.C. I en studie av dess tillvägagångssätt som genomfördes fem år efter att kriget i Kosovo hade avslutats 1999 tilldelades 82 ungdomar, som fortfarande hade varit barn under kriget och som uppfyllde kriterierna för PTSD, slumpmässigt till ett 12-sessionsgruppsprogram som lärde sig kropp-själ-tekniker eller till en kontrollgrupp av typen väntelista (Gordon et al., 2008). Programmet innefattade "meditation, vägledad visualisering och andningstekniker; självuttryckande genom ord, teckningar och rörelse; autogen träning och biofeedback; samt genogram" (s. 1469). Jämfört med kontrollgruppen uppnådde minskningar i PTSD-symtom hos dem som gick igenom programmet en hög grad av statistisk signifikans ($p < .001$). Fördelarna kvarstod vid 3 månaders uppföljning. Kontrollgruppen gick sedan igenom programmet och visade liknande förbättringar på för-/eftergranskningarna. I ungefär tre decennier har Center for Mind-Body Medicine erbjudit och utökat sina kropp-själ-program för att ta itu med "befolkningsövergripande psykologiskt trauma och stress" (<https://cmbm.org/>).

4. Jämförelsestudier av psykologiska ingrepp efter katastrofala händelser

Flera studier har använt meta-analytiska metoder för att jämföra resultaten av psykoterapier som har tillämpats efter katastrofer eller andra former av svår mental stress (Bangpan et al., 2019; Brown et al., 2017; Mavranezouli et al., 2020a; Morina et al., 2017; Purgato et al., 2018; van Ginneken et al., 2021). Dessa undersökningar fann ett effektivitetsintervall hos de olika studerade metoderna för att minska traumabaserade symtom och förbättra funktion. Majoriteten av de studerade tillvägagångssätten var variationer av kognitiv beteendeterapi (KBT), såsom narrativ exponeringsterapi (NET) och en traumafokuserad form av KBT (TF-KBT). KBT anses av många vara "guldstandarden" för behandling av allvarliga psykologiska tillstånd (David et al., 2018). Andra terapier ingick dock också i jämförelserna, såsom meditation, lekterapi med barn, familjeterapi, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Tankefältterapi (TFT) och EFT (Emotional Freedom Techniques).

Både TFT och EFT är former av energipsykologi, i fokus för denna granskning. I var och en av de sex studier som nämns ovan inkluderades en energipsykologisk modalitet i jämförelsen och tillvägagångssättet visade starka resultat. Till exempel genomförde Brown et al. (2017) en meta-analys av psykologiska behandlingar för barn som hade upplevt traumaeffekterna av mänskligt skapade katastrofer eller naturkatastrofer. Endast en av de 36 studierna använde ett energipsykologiskt tillvägagångssätt, TFT. Effektstorlekar varierade från 0,09, en liten effekt, till 4,19, en extremt stor effekt. Den genomsnittliga storleken på effekt före och efter behandling i grupperna var 1,47, en stor effekt. Den största effekten av de undersökta behandlingarna, 4,19, producerades av TFT. I jämförelsestudien av Mavranezouli et al., (2020a), var EFT bland 17 granskade interventioner för behandling av traumatiserad ungdom. EFT var en av de två mest effektiva behandlingarna för att minska PTSD-symtom vid behandlingens slutpunkt, samt den mest effektiva av de 17 interventionerna för att bibehålla förbättring av PTSD-symtom vid uppföljning. Knackningssterapier har i själva verket levt upp väl till KBT:s "guldstandard". Av 10 head-to-head-studier som jämförde de två metoderna fann alla 10 att resultaten var minst likvärdiga. I flera studier överträffade energipsykologiprotokollen KBT i hastighet och hållbarhet vid uppföljning (granskad i Feinstein, 2021b).

Åtta av de tio head-to-head-jämförelserna mellan KBT och energipsykologiska tillvägagångssätt var randomiserade kontrollstudier (RCT). En av de två som inte var en kontrollerad studie ger en känsla för de upplevda skillnaderna hos dem som får behandlingarna. Detta var en retrospektiv studie i Kurdistan med individer som hade upplevt upprepat våld, grymheter och politiska omvälvningar under och efter Irakkriget (Seidi et al., 2021). Behandlingsutfall utvärderades för klienter som hade tilldelats en enda psykoterapeut under en tvåårsperiod. Terapeuten hade utbildats i KBT och därefter i TFT. Trettioen klienter uppfyllde studiekriterierna och tilldelades KBT eller TFT med hjälp av subjektiva urvalsmetoder. Av de 13 klienter som fick traditionella KBT-behandlingar förbättrades en och de andra visade antingen ingen förändring i symtom, försämring av symtom eller avbröt behandlingen. Samtliga 11 klienter som fick TFT-behandlingen uppvisade symptomatisk förbättring. Sju av dem som hade fått KBT-behandling och inte visade någon förbättring eller hopp om förbättring (skäl som terapeuten angav inkluderade kulturella faktorer, utbildningsnivå, svårigheter att tillämpa teoretiska begrepp som övergeneralisering, misslyckande med att slutföra hemuppgifter och trötthet från antalet och längden på terapisesioner) fick därefter TFT-behandling. TFT-behandlingarna ledde till förbättringar i varje enskilt fall.

Även om det är möjligt att den enda terapeuten i denna studie helt enkelt var mer skicklig med TFT än KBT, har de terapeuter jag har intervjuat för denna och för tidigare rapporter (vilka lärde sig ett protokoll för akupunktknackning efter att ha använt KBT i sina praktiker) enhetligt kommenterat att knackning tillagt till konventionella exponeringstekniker ökade hastigheten och kraften hos metoder som involverar att revidera traumatiska händelser. Mollon (2008) har till exempel skrivit att energipsykologi inte är ett alternativ till KBT, utan en "avgörande ytterligare komponent som avsevärt förbättrar dess effektivitet", vilket ger mer effektiva medel för "affektreglering, desensibilisering och mönsterbrytande" (s. 619). Vi kommer senare att undersöka orsakerna till att akupunktur i kombination med exponeringstekniker visar sig vara effektivare än enbart exponeringstekniker.

5. Energipsykologins natur

Energipsykologi är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som införlivar en "energi"-komponent i den psykoterapeutiska processen, ofta anpassade från tidsprövat läkande och andliga system, såsom yoga och qigong (Gallo, 2004). Den somatiska stimuleringen av akupunkter genom att knacka på dem är den mest använda och väl undersökta tekniken inom energipsykologi. Mer än 120 kliniska prövningar visar effekten av akupunktknackning som ett psykoterapeutiskt ingrepp, ofta med ovanlig hastighet och varaktiga resultat (Feinstein, 2021b). En ny metaanalys har visat att akupunktknackning är en viktig ingrediens för dessa starka effekter (Church et al., 2020). I de granskade studierna jämfördes akupunktknackningsprotokoll med i övrigt identiska protokoll, förutom att ett annat ingrepp – såsom diafragmatisk andning eller knackning på "falska punkter" – ersattes av akupunktknackningskomponenten. De flesta terapeuter som införlivar akupunktknackning i sina metoder identifierar inte det som sin primära metod, utan integrerar snarare tekniken i sina befintliga kliniska ramar (Feinstein, 2016).

En mekanism genom vilken akupunktstimulering förbättrar kliniska resultat innebär generering av signaler som aktiverar eller inaktiverar specifika hjärnregioner. Ett 10-årigt forskningsprogram vid Harvard Medical School, som använder skanningsenheter för att undersöka effekterna av att stimulera akupunkturpunkter med traditionella nålar, fann att vissa punkter skickar signaler till amygdala och andra delar av det limbiska systemet, vilket minskar upphetsning nästan omedelbart (Fang et al., 2009). Även om akupunktur och energipsykologi är mycket olika metoder, har traditionell nålanvändning på en akupunkturpunkt, samt stimulering av den manuellt, visat sig generera liknande effekter. Till exempel fann en dubbelblind studie, vilken jämförde penetration av akupunktur nålar med icke-penetrerande tryck som simulerar känslan av penetration, likvärdiga kliniska förbättringar för båda ingreppen (Takakura & Yajima, 2009).

De få skanningsstudierna hittills gällande akupunktknackning inom ett psykoterapeutiskt sammanhang har avslöjat hjärnförändringar som motsvarar klinisk förbättring. Till exempel visade en fMRI-studie av akupunkturbehandlingar med överviktiga individer att hjärnregioner som var involverade i matbegär, vilka innan behandlingen aktiverades när bilder av skräpmat visades, inte längre aktiverades efter behandlingen (Stapleton et al., 2019). Denna minskade hjärnaktivering motsvarade ett minskat sug efter dessa livsmedel. Andra skanningsstudier har visat att akupunktknackning ökade aktiviteten i främre verkställande regioner som är involverade i rationella val, samt i hantering av känslomässiga svar i stressiga situationer (Di Rienzo et al., 2019; König et al., 2019). Denna förmåga att aktivera eller inaktivera specifika områden i hjärnan, genom att kombinera akupunktur med mental aktivering av problem, är kanske en huvudfördel med metoden. Det är förmodligen en av de

viktigaste förklaringarna till den ovanligt snabba elimineringen av maladaptiva stimulus-respons-parningar, vilket visas i de kliniska prövningarna. Gynnsamma effekter på vagusnerven funktioner gällande reglering och socialt engagemang har också observerats efter akupunktknackningsbehandlingar (Schwarz, 2018).

Metaanalyser av akupunktknackningsprotokoll tillämpade vid behandling av ångest, depression och PTSD – tre av de diagnostiska kategorier som förekommer oftast i klinisk praxis – visade stora effektstorlekar (över 0,8) för varje tillstånd. I metaanalysen med fokus på behandling av ångest inkluderade 14 RCT-studier totalt 658 deltagare (Clond, 2016). Den totala effektstorleken för dessa 14 studier, före och efter behandling, var 1,23. I studien av depression hade 12 RCT-studier med totalt 398 deltagare en total storlek på effekt före och efter behandling på 1,85 (Nelms & Castel, 2016). I analysen av PTSD-behandlingar visade sju RCT-studier med totalt 247 deltagare också en ovanligt hög effektstorlek (2,96; Sebastian & Nelms, 2017). Andra psykologiska tillstånd som har visat sig svara på akupunktur, baserat på studier listade i en databas som underhålls av Association for Comprehensive Energy Psychology (<https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7>), inkluderar fobier, ilska, stress, koncentrationssvårigheter, matbegär, sömnlöshet och prestationsblockeringar. Fysiska tillstånd som har visat statistiskt signifikant förbättring efter akupunktknackning inkluderar fibromyalgi, smärta, huvudvärk, frusen skuldra, psoriasis, fetma, immunfunktion, inflammation och kardiovaskulär funktion.

Medan de metaanalytiska granskningarna visar starka effektstorlekar för användning av knackningsprotokoll med PTSD och depression, har effektstudierna hittills inte skiljt mellan PTSD efter enskild händelse och komplex PTSD, eller mellan symptom på depression och svåra depressiva störningar. Kliniker bör därför gå försiktigt fram med de mer allvarliga formerna av tillstånden. En annan varning är att det vid denna tidpunkt finns få data angående knackningsprotokolls effektivitet vid reverserande tillstånd, såsom psykotiska störningar, demens, autism, bipolär eller djupt rotade personlighetsstörningar. En begränsning är ibland att knackning kan verka "udda" på grund av tillvägagångssättets mekanik. Inte alla känner sig bekväma med det.

Säkerheten hos en klinisk modalitet är av särskilt intresse när man arbetar med katastroföverlevande. Risken för att återtraumatisera människor under försök att hjälpa dem övervinna känslomässiga svårigheter efter katastrofala händelser är en pågående utmaning för traumaterapeuter (Duckworth & Follette, 2011). Akupunktknackningsprotokoll verkar mindre sårbara för denna risk än många andra, eftersom de "är utformade för att närma sig svårigheter på ett graderat och acceptabelt sätt, anpassa exponering för annars outhärdliga trauman som tidigare kan ha överväldigat klientens hanteringskapacitet" (Mollon, 2013, s. 355). En granskning av kliniska studier av energipsykologiska behandlingar, vilka involverade mer än tusen försökspersoner, fann att inga biverkningar rapporterades (Church, 2013). Schulz (2009) genomförde djupintervjuer med 12 psykologer som arbetade med vuxna som överlevt sexuella övergrepp i barndomen och rapporterade att ett gemensamt tema under intervjuerna var att energipsykologiska protokoll sågs som att tillåta klienter att "lindra traumat på ett icke-invasivt sätt [som] minskar risken för återtraumatisering" (s. 17).

6. En annan typ av exponering

Psykologisk exponering innebär användning av fantasi eller minne för att mentalt framkalla en ångestframkallande situation i ett säkert sammanhang. Förfarandet tillämpas för att minska hotresponsen på utlösare av rädsla. Det har visat sig vara "mycket effektivt för patienter med

ångestsyndrom, i den mån exponering bör betraktas som en första evidensbaserad behandling för sådana patienter" (Kaplan & Tolin, 2011, s. 33). Det används ofta i arbetet med PTSD och den mest grundläggande skillnaden mellan akupunktknackningsprotokoll och andra psykologiska tillvägagångssätt för långsiktig känslomässig läkning efter katastrofer kan vara i procedurens komponenter.

6.1 Konventionella exponeringsbehandlingar

En studie från 2008 av Institute of Medicine (IOM) vid National Academy of Sciences, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*, fann att trots nästan tre decennier av forskning sedan antagandet av PTSD som en formell diagnostisk kategori, bildar de befintliga studierna "inte en sammanhängande mängd bevis om vad som fungerar och vad som inte gör det" (Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008, s. 10). Den enda typ av intervention (psykologisk eller farmaceutisk) vars effekt bedömdes vara empiriskt fastställd var långvarig imaginär exponering.

Även om uppfattningen att exponering är nödvändig för en framgångsrik behandling av PTSD har ifrågasatts, delvis på grund av risken för återtraumatisering (Farrell et al., 2013) och att alternativa behandlingar har föreslagits (Markowitz et al., 2015), är långvarig exponering fortfarande det mest rekommenderade tillvägagångssättet för behandling av PTSD. American Psychological Association's *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (2017) stödde starkt långvarig exponeringsterapi, eller långvarig exponeringsterapi med kognitiv omstrukturering, som de primära rekommenderade åtgärderna för behandling av PTSD. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) fick en villkorlig rekommendation. Energipsykologi nämndes inte.

6.2 Inkonsekvenser i kliniska erfarenheter med exponeringsbehandlingar

Även om EMDR och akupunktur är mycket olika tillvägagångssätt, använder båda imaginär exponering och kombinerar den med en somatisk intervention. De somatiska ingreppen i EMDR kan innefatta bilateral stimulering i form av ögonrörelser fram och tillbaka, alternerande ljudsignaler eller andra medel för att blanda höger-vänsterstimulering, såsom att knacka på knäna, benen eller axlarna. Eftersom effektstudier etablerade EMDR som en effektiv behandling av PTSD började resultatdata ackumuleras som inte överensstämde med vägledningen baserad på erfarenheter från andra exponeringsbehandlingar (Rogers & Silver, 2002). Rogers och Silver noterade till exempel att "tidigare forskning tyder på att upprepade korta exponeringar endast resulterar i rädsloreduktion när både stimulansintensitet och upphetsning är låga. Ändå använder EMDR mycket korta (20-30 s) exponeringar [även om] stimulansintensiteterna är höga, eftersom patienterna uppmanas att börja med att fokusera på den mest uppskakande scenen" (s. 49).

Fyra skillnader mellan *konventionella varianter av exponeringsbehandling* (som avgränsas i litteraturen som fastställer tillvägagångssättet), samt *exponering parat med en somatisk intervention* (baserat på rapporter från kliniker), har avgränsats (Feinstein, 2010) och summeras i tabell 1.

Tabell I

TVÅ KONTRASTERANDE TILLVÄGAGÅNGSSÄTT FÖR EXPONERING**Konventionella exponeringsbehandlingar Exponering med en somatisk intervention**

<p>1. Kortvarig exponering, som används vid systematisk desensibilisering (10 till 15 sekunder i varje omgång av protokollet), kan vara effektiv för låga nivåer av upphetsning, men inte för mycket uppskakande stimuli. Dessutom krävs ett stort antal sessioner under en längre tid för att kort exponering ska vara effektiv även med låga nivåer av upphetsning (Rothbaum & Foa, 1996/2007).</p>	<p>1. Kortvarig exponering i kombination med akupunktstimulering har visat sig vara effektiv för tillstånd involverande höga såväl som låga nivåer av upphetsning. Några omgångar av kortvarig exponering under en enda terapisession kan ofta koppla bort sambandet mellan ett stimuli och en maladaptiv respons av rädsla.</p>
<p>2. Långvarig exponering behövs i allmänhet vid behandling av ångestsyndrom. 20 minuter krävs ofta innan ångesten i samband med en enkel fobi börjar minska och upp till 60 minuter med agorafobi (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). För traumascener krävdes upp till 100 minuters flödesterapi (där ångestframkallande triggers presenteras i en intensiv, ihållande form) innan minskningar av ångest rapporterades (Keane, 1995).</p>	<p>2. Långvarig exponering eller en lång serie upprepade exponeringar krävs inte för att uppnå önskade kliniska resultat.</p>
<p>3. Patienterna måste "fokusera sin uppmärksamhet på det traumatiska materialet och ... inte distrahera sig med andra tankar eller aktiviteter" (Brewin, 2005, s. 272). Att låta klienten avlägsna sig "från de mest traumatiska signalerna" anses faktiskt som "inte mer effektiv för att uppnå utrotning av ångesten än tidigare episoder av påträngande återupplevande har varit" (Lyons & Keane, 1989, s. 147).</p>	<p>3. Fokus under exponeringssessionerna är inte fast. Istället får fokus, medan knackningen fortsätter, flytta sig bland traumatiska minnen och andra tankar, övertygelser, fysiska förmimmelser, känslor och förväntningar.</p>
<p>4. Exponering fungerar mot rädsla och ångest, men verkar inte effektiv vid behandling av skuld-känslor eller andra komplexa känslor som kräver högre kognitiva konstruktioner (Foa & McNally, 1996).</p>	<p>4. Skuld och andra känslor som kräver högre kognitiva konstruktioner som skuld, skam eller sorg har svarat på tillvägagångssättet.</p>

Notera: Källor för rutorna "Konventionella exponeringsbehandlingar" inkluderar observationer från utvecklare av tillvägagångssättet som fortfarande överensstämmer med nuvarande praxis. "Somatiska komponenter"-rutorna är baserade på en analys av över 800 intervjuer eller enkätsvar från energipsykologiska utövare (Feinstein, 2021a).

6.3 Konventionella exponeringsmetoder eliminerar inte den ursprungliga rädsloinläringen

Vad kan förklara dessa skillnader? En överraskande upptäckt inom neurovetenskap var att konventionella exponeringsmetoder *skriver över* snarare än *ersätter* de inläringar som genererar rädsla, medan andra metoder kan generera ett nytt lärande som helt *elimineras* det gamla lärandet, en skillnad med betydande kliniska konsekvenser (Dunsmoor et al., 2015). Specifikt, om de gamla associationerna skrivs över istället för elimineras, är klienten sårbar för återfall via (a) *spontan återhämtning* av det konditionerade rädslosvaret, (b) *förnyelse* av rädslan när den ursprungliga signalen presenteras utanför utrotningssammanhanget, eller (c) *återinförande*, då den ursprungliga aversionsstimulansen presenteras utan den ursprungliga signalen, men förnyar den ursprungliga signalens förmåga att utlösa ett rädslosvar. Om de gamla associationerna har släckts neurologiskt skulle dock dessa återfall inte vara möjliga utan att skapa en ny traumatisk händelse.

I både laboratorie- och kliniska miljöer har frekventa återfall av det gamla lärandet efter konventionella exponeringsbehandlingar upptäckts (Dunsmoor et al., 2015). Exponeringen visade sig inte vara så effektiv som förväntat, även med tillägg av kognitiva omstruktureringstekniker. Faktum är att färre studier och metaanalyser har tytt på att KBT, med exponeringsbehandlingar som en av dess primära strategier, endast överträffar placeboeffekten en aning (Leichsenring et al., 2018) – ett kontroversiellt och provocerande resultat.

Den första och förväntade förståelsen av exponeringsterapi var att utrotning (eliminering av ett konditionerat svar, exempelvis en rädsla för spindlar) orsakas av utrotning av en gammal association genom upprepade presentationer av utlösaren (den konditionerade stimulansen) i ett säkert sammanhang. Men eftersom svaret spontant kunde komma tillbaka var det obestridligt att det ursprungliga lärandet inte hade eliminerats, vilket krävde att teorin reviderades. Foa och McNally (1996) förklarade att baserat på "rikliga bevis ... innebär rädsloreduktion inte en försvagning av associationer i sig, utan innebär snarare bildandet av nya associationer [som] åsidosätter påverkan av patologiska sådana" (s. 339).

Under tiden indikerade neurokemiska studier att administrering av vissa läkemedel, när de kombineras med rädsloupplevelser, gör det möjligt att utrota gamla rädsloassociationer på neurologisk nivå (Berlau & McGaugh, 2006). Detta härleddes genom flera experiment som visade att den ursprungliga rädslan inte kunde återaktiveras med hjälp av några kända metoder för att återaktivera utrotade rädsloer. En annan, kraftfullare mekanism än den accepterade förståelsen av utrotning hade upptäckts. Den förklarade ett andra sätt som hjärnan uppdaterar sig själv på med basis i nya erfarenheter. Detta visades ytterligare när beteendemässiga snarare än farmaceutiska interventioner skapades som helt tog bort rädslan, först med försöksdjur (Monfils et al., 2009) och sedan med människor (Schiller et al., 2010). Monfils et al. noterade att jämförelser av konventionella utrotningsmetoder med de som eliminerar, snarare än åsidosätter, gamla associationer "engagerar olika mekanismer i den laterala amygdala och leder till ett drastiskt annorlunda beteendefall" (s. 953).

En annan kvarhängande tro bland neuroforskare hade varit att när ett nytt lärande konsolideras i långtidsminnet installeras det permanent. Det kunde modifieras, eller till och med överskuggas av efterföljande erfarenheter, som i utrotningsprocessen orsakad av konventionella exponeringstekniker, men det kvarblev ändå och kunde återaktiveras. Hundratals studier under flera decennier har dock visat att detta inte är den enda möjligheten.

Snarare kan "ett konsoliderat minne ... modifieras, stärkas, ändras eller till och med raderas!" (Nader, 2003, s. 65). För att inläringen ska raderas måste en sekvens inträffa där det resultat som förutsågs av den ursprungliga inläringen inte äger rum, en mismatchning som neuroforskare kallar ett "prediktionsfel" (Exton-McGuinness et al., 2015).

6.4 Kombinera akupunktknackning med psykologisk exponering

Protokoll för knackning av akupunkturpunkter uppnår detta genom att få klienten att mentalt aktivera den gamla inläringen – vi tar som exempel rädslan för spindlar – medan du skickar inaktiverande signaler till amygdala via akupunktknackning. Efter några rundor av knackning kan bilden av en spindel tydligt upplevas, men den förväntade rädslan upplevs inte. Denna process illustreras i en 13-minuters video som visar utdrag från en 30-minuters behandling (tillgänglig på <http://phobiacase.EnergyPsychEd.com>, tillgänglig 10 februari 2022). Som du kan se av överraskningen på patientens ansikte har ett prediktionsfel skapats. Denna grundläggande sekvens är nödvändig för att de neurala vägar som upprätthåller den gamla inläringen ska "depotentieras" på synaptisk nivå. Inläringen återkonsolideras på ett nytt sätt, ett sätt som överensstämmer med den nya erfarenheten. En mer detaljerad förklaring av denna process finns tillgänglig på andra ställen (t.ex. Feinstein, 2019), men för att förstå energipsykologins roll i katastrofhjälpsarbete är nyckelbegreppen att (a) *kort* exponering är tillräcklig om den åtföljs av akupunktknackning, (b) återtraumatisering kan förhindras och (c) förändringarna är varaktiga.

7. Energipsykologi vid behandling av katastroföverlevande

Energipsykologi har tillämpats i kölvattnet av naturkatastrofer eller katastrofer orsakade av människor i Australien, Bosnien, Brasilien, Burundi, Columbia, Demokratiska republiken Kongo, Ecuador, Tyskland, Guatemala, Haiti, Indien, Indonesien, Israel, Japan, Kenya, Kosovo, Kuwait, Liberia, Mexiko, Moldavien, Nairobi, Nya Zeeland, Nicaragua, Nigeria, Rwanda, Sierra Leone, Sydafrika, Sydsudan, Sverige, Tanzania, Thailand, Venezuela, Uganda och USA. Team i USA har arbetat med överlevande från bränder, jordbävningar, orkaner, tornador, industriolyckor och skolskjutningar, samt samhällen och vårdinrättningar som drabbats hårt av COVID-19-pandemin. Flera internationella humanitära hjälporganisationer har antagit energipsykologi som en behandling i sina uppdrag efter katastrofen. Charles Figley, som är grundaren av Green Cross och som tjänstgjorde som ordförande för kommittén för Department of Veteran Affairs, som först namngav PTSD, tillät detta att publiceras på en webbplats för energipsykologi 2005: "Energipsykologi visar sig snabbt vara bland de mest kraftfulla psykologiska insatser som finns tillgängliga för katastrofhjälpsarbetare, för att hjälpa de överlevande såväl som arbetarna själva."

De flesta som tar psykologiska tjänster till ett katastrofområde följer de allmänt accepterade riktlinjerna som formulerats av DeAngeles (2014) när det gäller att prioritera lindring av nöd, förklara och normalisera extrema känslomässiga reaktioner, underlätta stabilisering och en känsla av säkerhet, erbjuda överlevare lämpliga stödsystem, samt samarbeta med lokalsamhället och eventuella hjälporganisationer som har utplacerats.

7.1 En tidig studie

Den första RCT-studien som undersökte användningen av energipsykologi för PTSD involverade 49 krigsveteraner, vilka poängmässigt rankades inom PTSD-spektrumet på en symtomchecklista som hade standardiserats med veteraner. (Church et al., 2013). Dramatisk förbättring hittades efter sex behandlingssessioner, där 42 av de 49 deltagarna inte längre fick poäng över PTSD-gränsvärdet. Deltagarna hade rekryterats från hela USA och behandlats av frivilliga utövare. De vunna fördelarna kvarstod vid sex månaders uppföljning (se figur 1). Studien har replikerats med liknande resultat (Geronilla et al., 2016).

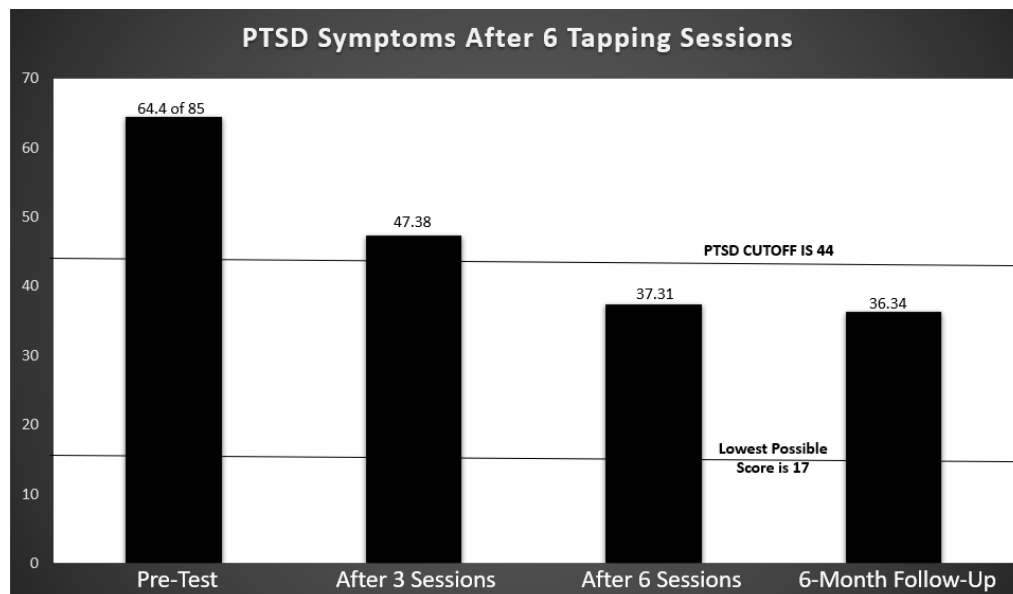


Figure 1: PTSD Checklist - Military (PCL-M) Scores Before and After PTSD Tapping Treatments with 49 Combat Veterans. Based on Church et al. (2013).

Som jämförelse uppfyllde ungefär två tredjedelar av tjänstemedlemmar och veteraner, som fullföljde en kurs med långvarig exponeringsbehandling och/eller kognitiv behandlingsterapi i referentgranskade studier publicerade mellan 1980 och 2015, fortfarande PTSD-diagnoskriterier efter behandling (Steenkamp et al., 2015). Det fanns bara ett avhopp i Church et al.-studien. Av de 49 425 veteranerna från kriget i Irak och Afghanistan med nydiagnostiserad PTSD, som sökte vård från anläggningar som drivs av Department of Veterans Affairs, hoppade däremot nio av tio av innan de slutförde de rekommenderade konventionella behandlingarna (Seal et al., 2010).

7.2 Fyra nivåer av energipsykologiska ingrepp efter katastrofala händelser

Medan exponeringsbehandlingar i allmänhet används för långvarig läkning snarare än omedelbart efter en katastrof, kan akupunktknackningsprotokoll tillämpas när som helst efter en katastrofal händelse. Om en person upplever akut trauma är det inte nödvändigt för den att föreställa sig den traumatiska händelsen. De är redan i den. Som med andra kraftfulla avslappningstekniker kan du instruera dem att knacka för att omedelbart minska deras känslomässiga nödläge. Knackning kan sedan också tillämpas i ett senare skede av återhämtningen för att desarmera påträngande eller på annat sätt obearbetade minnen om traumat. Efter att ha tagit hand om fysiska behov, etablerat säkerhet och främjat förtroende och rapport, kategoriserar ett ramverk i fyra nivåer energipsykologiska interventioner i situationer efter katastrofer enligt deras syfte (Feinstein, 2008):

7.2.1 Första nivån: Omedelbar lättnad/stabilisering

På samma sätt som en sjukvårdare kan instruera en patient med ångestattack i en andningskontrollteknik som är inkompatibel med hyperventilation, använder energipsykologi ingrepp som snabbt nedreglerar flykt- och kampresponsen medierad av det limbiska systemet. Att knacka på specifika akupunkturpunkter, vars stimulering har visat sig minska aktiveringssignalerna i amygdala (Hui et al., 2005), verkar till exempel snabbt minska förhöjda känslomässiga svar i stressiga situationer. Denna enkla procedur kan vara ett kraftfullt ingrepp för att ge psykologisk första hjälp i omedelbar efterdyning av katastrofen. Utövare börjar ofta med de mest tröstande åtgärderna tillgängliga för att främja lättnad och stabilisering, såsom diafragmatisk andning, självkramande, mild gungning och påminnelser om att personen överlevde och är säker nu. Knackning introduceras sedan efter behov.

7.2.2 Andra nivån: Minska limbisk upphetsning till traumabaserade utlösare

Utöver omedelbar lindring kan akupunktur tillämpas för att ändra maladaptiva stressreaktionsmönster som utvecklas efter en katastrof. Förstärkt rädsla, ilska eller ångest kan ha blivit neurologiskt associerad med en viss intern eller extern signal. Genom att minska limbiskt flykt- och kampbeteende i närvaro av signalen kan självsaboterande, affektiva och kognitiva beteendemönster avbrytas, inklusive undvikande beteenden, en inlärd benägenhet som tjänar till att förstärka PTSD (Badour et al., 2012). Att koppla bort extrema stressreaktioner från minnen, skrämmande fantasier eller externa utlösare är en nyckel till en framgångsrik behandling av PTSD (van der Kolk, 2014).

7.2.3 Tredje nivån: Övervinna komplexa psykologiska problem

Komplexa problem som involverar tidiga anknytningsupplevelser, nuvarande relationer, personliga mål, hanteringsstilar, arbetsmiljö och fysisk hälsa kan ha uppstått på grund av traumaupplevelsen och kan hanteras effektivt, särskilt när tillräckliga framsteg har uppnåtts i de två första nivåerna. Ett energipsykologiskt tillvägagångssätt kan identifiera och rikta in sig på framträdande aspekter av komplexa problem. Bidragande faktorer till låg självkänsla kan till exempel inkludera olösta minnen av föräldrars känslomässiga övergrepp, självsaboterande övertygelser, överdrivna bedömningar av interpersonella hot och ångest i sociala situationer. Kombinationen av akupunktstimulering med mental aktivering av noggrant utvalda scener, känslor eller övertygelser kan tillämpas på elementen i ett komplext psykologiskt problem, en efter en. Ett knackningsprotokoll för att "neutralisera negativa kärnföreställningar och för att ingjuta positiva" (Gallo, 2004, s. 181) tillämpas ofta. Oavsett om knackning används för att lösa ett tidigare traumatiskt minne som är knutet till hinder för att övervinna det senare traumat, eller för att ta itu med en barndomsuppfattning som bidrar till pessimism och hopplöshet, blir utredning av sådana konstellationer ofta ett fokus för pågående behandling och kan vara nödvändig i efterkatastrofrådgivning för att en fullständig läkning ska inträffa.

7.2.4. Fjärde nivån: Främja optimal funktion

Även efter att ha återställt stabilisering, neutraliserat limbiska svar på traumatiska signaler och vidtagit åtgärder för att lösa självsaboterande mönster som kan spåras till barndomen, kvarstår de existentiella frågorna i livet. Faktum är att en katastrofal upplevelse kan framhäva frågor om mening, osäkerhet om framtiden, ondskans verklighet och medvetenhet om dödens oundviklighet. Ändå kan människor som har sett det värsta i livet segra både känslomässigt

och andligt. Som Tolstoj observerade: "Det finns något i den mänskliga anden som kommer att överleva och segra, det finns ett litet och lysande ljus som brinner i människans hjärta som inte kommer att slockna oavsett hur mörk världen blir."

Många människor upptäcker i själva verket att tidigare okända styrkor och krafter följer en katastrofal händelse. Termen *posttraumatisk tillväxt* beskriver "positiva psykologiska förändringar som upplevs som ett resultat av kamp med mycket utmanande livsförhållanden" (Jayawickreme & Blackie, 2014, s. 312). Intervjuer med energipsykologiska utövare tyder på att ett energiinriktat tillvägagångssätt kan hjälpa till att blotta och stärka Tolstoys "ljus som brinner i människans hjärta", främja känslor av andlig samhörighet och skapa lugn, självförtroende och mod (Feinstein, 2021a). Även om de är kontinuerliga angelägenheter och ofta innebär intensiva utmaningar, är större personlig stabilitet och en högre funktionsnivå uppnåeliga resultat efter traumatiska upplevelser.

På dessa tredje och fjärde nivåer är energipsykologi ofta integrerad med andra kliniska eller personliga utvecklingsstrategier. För att förbättra personlig motståndskraft kan exempelvis strategier från positiv psykologi (som "byggandet av buffrande styrkor" som uthållighet eller en förmåga till nöje, Seligman, 2002, s. 6-7) ge ett ramverk när energipsykologiska tekniker används för att ingjuta sådana styrkor.

7.3 Situationsöverväganden

Bortom metoden finns sammanhanget. Energipsykologiska interventioner efter katastrofer måste tillämpas med en förståelse för katastrofhjälpens faser, en känslighet för kulturella frågor, vaksamhet angående den konstraintuitiva dynamik som ofta åtföljer psykologiska interventioner efter katastrofala händelser, samt utövarens egna sårbarheter. Var och en diskuteras i detta avsnitt.

7.3.1 Kalibrering av insatser till de tre faserna av katastrofhjälp

Tillämpningar av energipsykologi efter en katastrof måste kalibreras till varje individs unika behov och begränsningar, samt till en förståelse för vilka typer av ingripanden som är lämpliga vid olika tidsramar efter en katastrof. En nyskapande volym, *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (Ritchie et al., 2007) innehåller kapitel som diskuterar principer för *omedelbara svar på katastrofer* (Ruzek, 2007; Ørner et al., 2007; Young, 2007), interventioner *en till fyra veckor* efter exponering för ett trauma (Bryant & Litz, 2007) och långsiktiga interventioner (Raphael & Wooding, 2007). De fyra nivåerna av energipsykologiska interventioner är anpassade till dessa tre faser av katastrofhjälpsåtgärder i Feinstein (2022).

7.3.2 Kulturell känslighet

När det gäller att tillhandahålla interventioner för psykisk hälsa för katastroföverlevande är kulturella och demografiska överväganden ibland kritiska (Norris & Algeria, 2007). Medan få empiriska bevis finns baserade enbart på arbete med katastroföverlevande gällande vägledning för energipsykologiska utövare i att etablera olika behandlingar för specifika drabbade populationer, har MacKay & Alfred (2013) skisserat allmänna principer för användning av knackningsprotokoll med etniska och kulturella grupper som skiljer sig från utövarens. Dessa kan även tillämpas i situationer efter en katastrof.

Dr Carl Johnson, en pionjär inom tillämpning av energipsykologi efter katastrofer (särskilt TFT), betonade i våra intervjuer att behandlingsframgång ibland kan "hänga på användningen av ett kulturellt eller personligt känsligt ord". Som klinisk psykolog på ABPP-nivå gick Johnson i pension från en karriär som PTSD-specialist hos Veterans Administration. Mot slutet av sin tid på V.A. lärde han sig TFT och fann att det var mycket effektivare än de verktyg som tidigare hade stått till hans förfogande. Vid tiden för de intervjuer jag genomförde med Johnson 2005, hade han under nästan två decennier efter sin pensionering regelbundet rest till platserna för några av världens mest fruktansvärda grymheter och katastrofer för att frivilligt ge psykologiskt stöd med hjälp av TFT.

Han gav ett exempel för att illustrera hur de sätt som begränsar män att uttrycka känslomässig nödställdhet kan göra det utmanande i arbetet efter katastrofer att ens nämna de specifika problem som behöver aktiveras mentalt under knackningen. En etnisk alban som talade engelska förde en före detta soldat från Kosovos befrielsearmé till Johnsons hotell. Översättaren sa: "Han är här för att få hjälp med sitt krigstrauma." Johnson förklarade 0-till-10-skalan och bad mannen att ge honom ett nummer för intensiteten av hans trauma. Översättaren överlade med mannen och sa sedan: "Inget nummer, inget." Johnson frågade: "Är han inte här för att han lider av trauma?" Översättaren upprepade: "Inget nummer, inget trauma." Johnson fortsatte:

Jag anade att mannen visserligen hade kommit för att få hjälp, men han stod även under det albanska tabut kring mäns lidande. Jag bestämde mig för att kringgå alla omnämmanden av hans lidande och sa till översättaren: "Okej, men kan du be honom att bara tänka på den traumatiska händelsen." Svaret: "Ingen traumatisk händelse." Det gick upp för mig att det per definition, för att kvalificera sig som en traumatisk händelse, skulle ha orsakat ett personligt trauma, vilket han inte kunde erkänna. Så jag frågade om han hade haft en utmanande upplevelse, ett tufft ögonblick som han hade övervunnit." Till detta kunde han säga "Ja". Så jag fick honom att tänka på det tuffa ögonblicket han hade övervunnit. Jag frågade honom om han skulle gilla att finjustera sin starka kropp för att göra den redo för sin nästa seger, som att finjustera motorn i en magnifik racerbil som har vunnit men behöver finjusteras för att vinna igen. Han sa: "Det skulle vara bra." När han fokuserade på händelsen han hade övervunnit använde jag en viss procedur för energibedömning för att hitta och sedan behandla hans energistörningar. Slutligen, när jag inte kunde hitta några ytterligare störningar i hans energisystem, frågade jag honom om något mer behövde göras eller om finjusteringen hade varit fullständig. Han såg avslappnad ut. Sedan talade han genom översättaren: "Han vill att jag ska säga att han tackar dig så mycket för att du läkte hans trauma." När traumat hade lösts var det inte längre ett problem för honom att använda ordet.

Många variationer av denna berättelse kan stötas på av hjälpteam som är utplacerade i okända kulturer. Användningen av energipsykologi för barn kräver också kalibrering. Enligt utövarrapporter svarar barn minst lika bra som vuxna på knackning för att minska upphetsning, men tillvägagångssättet måste utformas på en nivå som är lämplig för barnets ålder, situation och nivå av förståelse.

Det kan även vara problematiskt att förklara energipsykologi i termer som är respektfulla för, samt kongruenta med, personens världsbild och antaganden om läkning. Att förklara ett tillvägagångssätt som har sina rötter i ett paradigm anpassat från forntida helande traditioner har visat sig vara en betydande utmaning för västerländska energipsykologer även inom deras egen kultur. Å andra sidan kan människor från kulturer som är rotade i en energi- eller

andebaserad syn, såsom indianer och medlemmar av olika afrikanska stammar, ofta intuitivt relatera till energipsykologiska teorier och metoder.

7.3.3 Kontraintuitiva fällor

Antaganden gällande arbete med katastroföverlevande som verkar baserade på sunt förnuft har ibland motbevisats av klinisk observation, och olika kontraintuitiva aspekter av tidiga insatser efter katastrofer har identifierats. Ruzek (2007) diskuterar flera antaganden, viktiga för olika interventionsmodeller, som bör undersökas snarare än okritiskt accepteras. Till exempel, Critical Incident Stress Debriefing – där traumaöverlevande inom ett stödjande professionellt sammanhang delar sina erfarenheter, tankar och känslomässiga reaktioner med andra överlevande inblandade i samma trauma – verkade en gång vara mycket meningsfullt och tillämpades allmänt. Starka bevis tyder dock på att det kan störa naturliga hanteringsstrategier hos motståndskraftiga människor och öka snarare än förhindra PTSD-incidens hos utsatta individer (McNally et al., 2003).

Katastrofhjälparbetare lär sig rutinmässigt att "normalisera" akuta stressreaktioner. Detta bekräftar överlevandes naturliga motståndskraft och hjälper dem att förstå att deras svar är normala och övergående, snarare än tecken på personlig svaghet eller psykisk sjukdom. Detta tjänar individer vars akuta nödsymptom kommer att vara tillfälliga. Det kan även vara terapeutiskt eftersom många drabbade individer är mycket suggestiva omedelbart efter ett trauma. Men det kan också skapa negativa konsekvenser för överlevande vars symptom kvarstår. Forskning kring massvåldsöverlevare visar i själva verket höga procentsatser med bestående problem, betydligt högre än hos överlevande från *naturkatastrofer* (Quarantelli, 2000). Överbetonande av det faktum att de flesta symptom på akuta stressreaktioner efter trauma spontant kommer att försvinna med tiden, kan därför oavsiktligt stigmatisera människor som behöver behandling och i slutändan hålla dem från att ta emot den. Kort sagt kan människor, efter en katastrof, bli extremt känsliga, deras stabilitet oregelbunden och deras svar på till synes oskyldiga uttalanden överraskande.

Ett annat antagande, som kan spåras till krigspsykologi, är att det är viktigt för psykiatriska specialister att aktivt ingripa så snart som möjligt efter ett trauma. Olika utfallsstudier, tillsammans med en oro för att patologisera normala reaktioner, ger "anledning att ifrågasätta om tidigt ingripande kommer att resultera i bättre vård" (Ruzek, 2007, s. 20). Respondenterna får lära sig att de bästa arbetsantagandena 24 timmar efter en katastrof kan skilja sig väsentligt från de bästa arbetsantagandena tre veckor senare eller sex månader senare. Tillämpningar av energipsykologi efter en katastrof måste kalibreras till varje individs unika behov och begränsningar, samt till en förståelse för vilka typer av ingripanden som är lämpliga vid olika tidsramar efter en katastrof.

Även andra kontraintuitiva dynamiker har identifierats. Till exempel har Levine (1997) visat att människor (såväl som djur) som skakar och darrar efter ett trauma är mindre benägna att utveckla PTSD-symtom. Så att hålla och tvinga en skakande person lugn kan faktiskt störa återhämtningen.

Till och med meditation kan leda till oavsiktliga resultat (Lyford, 2022). Fay (2021) har föreslagit att meditationsövningar "kan skapa ett tillstånd av lycksalighet som kan vara skrämmande för personer med traumahistoria. Att säga den minsta lilla positiva sak kan generera intensivt självhat. ... I ett lyckligt tillstånd kan gränser upplevas som för diffusa,

vilket gör att vi känner oss osäkra eller utom kontroll. Det kan också utlösa regression" (s. 39).

Med tanke på de utbredda positiva rapporterna i den kliniska litteraturen om fördelarna med meditation var jag dock nyfiken på dess användning i situationer efter katastrofer. När jag gjorde intervjuerna för avsnittet "Rapporter från fältet" nedan frågade jag doktor Lori Leyden om hon hade använt meditation i arbetet med de överlevande från Sandy Hook Elementary School-skjutningen. Hon svarade:

Enligt min erfarenhet är meditation utan den typ av somatisk frisättning som uppstår med akupunktur ofta obefogad för akut trauma och PTSD, eftersom patientens fysiologi inte är tillräckligt reglerad för att hantera påträngande minnen och andra traumasymtom som kan uppstå. Detta kan göra att de känner sig ännu mer osäkra i sina kroppar. Jag har bevittnat ett antal personer, inklusive föräldrar till mördade barn, som fått höra av meditationslärare att meditation är ett lämpligt traumaläkningsverktyg, även efter att de traumatiserade föräldrarna hade uttryckt stort obehag när de försökte meditera.

7.3.4 Sårbarhet hos katastrofhjälpspersonal

En känslig fråga är sårbarheten hos den utövare som administrerar katastrofhjälpstjänster. Utövarens psykologiska hälsa och stabilitet antas i allmänhet överträffa klientens, men lokala vårdgivare har ofta varit en del av samma traumatiska händelse som de som de tjänar. De kan också erbjuda vård till personer vars berättelser är färska, fruktansvärda och utlösande. Att tillhandahålla utbildning och stöd för att arbeta genom sina egna olösta traumatiska upplevelser är en viktig del i att förbereda vårdpersonal för att tillhandahålla katastrofhjälpstjänster. Eftersom knackningsterapier kan ge snabba resultat och vara självtillämpade kan de tjäna utövarens personliga läkning och utveckling medan utövaren lär sig hur man använder dem i situationer efter katastrofer.

8. Rapporter från fältet

Under årtiondet efter attackerna mot Pentagon och World Trade Center 2001 har framsteg gjorts i (a) bedömning av behoven hos individer och samhällen som påverkas av katastrofala händelser, (b) skapande av program som tillgodoser dessa behov och (c) utvärdering av dessa program (Watson et al., 2011). De oväntade naturförhållandena, kaoset och de pressande kraven som plötsligt uppstår när en katastrof slår till, minskar ändå i jämförelse med systematisk utvärdering när traumateam anländer omedelbart efter en katastrofal händelse.

Den forskning som finns gällande knackningsprotokoll efter katastrofer genomfördes vanligtvis långt efter att katastrofen inträffade, när systematiska forskningsförfaranden var mer genomförbara. Positiva resultat efter behandling av kronisk PTSD hos civilbefolkningar under åren efter en katastrof har i själva verket varit slående. I en klinisk prövning nästan två decennier efter kriget 1992-95 i Bosnien valdes till exempel 18 vuxna ut, baserat på allvarligt pågående känslomässig nöd som spårade tillbaka till deras erfarenheter under kriget. Dessa inkluderade allvarliga skador, tortyr, misshandel, våldtäkt, sexuell förnedring och att se andra bli överfallna eller mördade. Under en tvåveckorsperiod fick var och en av de 18 deltagarna fyra en-timmars sessioner med ett knackningsprotokoll. En standardiserad checklista för civila PTSD-symptom administrerades före behandlingen, i slutet av behandlingen och vid

4-veckors uppföljning (Boath et al., 2014). Signifikanta minskningar hittades i symtomen ($p = 0,009$), vilka kvarstod vid uppföljning.

I en annan studie av civila som årtal tidigare överlevt systemiskt våld, tilldelade Connolly och Sakai (2011) slumpmässigt 145 vuxna överlevande från folkmordet 1994 i Rwanda till TFT-behandling eller en väntelista. Skillnaderna gällande PTSD-symtomskalor mellan gruppen som genomgått behandling och de på väntelistan var mycket signifikanta ($p < .001$), med måttliga till stora effektstorlekar på förändringar i både frekvens och svårighetsgrad av symtom. Förbättringarna kvarstod vid 2 års uppföljning.

Medan systematisk forskning om energipsykologiska interventioner omedelbart efter en katastrof fortfarande är otillgänglig, visar hundratals rapporter från fältet ett mönster av starka resultat efter användningen av energipsykologi, både omedelbart efter katastrofen och i den efterföljande behandlingen av traumagenererade symtom. Många av dessa vittnesmål bekräftar varandra när det gäller snabb lättnad och långsiktiga fördelar, men den senaste utvecklingen när det gäller att tillämpa energipsykologi omedelbart efter katastrofer ligger fortfarande till stor del hos de utövare som har utfört sådant arbete. I resten av detta avsnitt kommer jag att presentera ett litet urval av vittnesmålen från dem jag intervjuade (personligen, telefon, Zoom eller e-post) som har fört energipsykologi till samhällen efter naturkatastrofer eller katastrofer orsakade av människor.

8.1 Sandy Hook Elementary School-skjutningen

Denna allmänt rapporterade och hjärtskärande tragedi inträffade den 14 december 2012 i Newtown, Connecticut. En 20-årig före detta elev i grundskolan sköt och dödade 28 personer, inklusive 20 barn mellan sex och sju år, sex vuxna anställda, skytten själv och hans mamma. Nick Ortner, en långvarigt bosatt i Newtown, råkar ha grundat en av de mest inflytelserika organisationerna som främjar en akupunktknackningsmetod för läkning och personlig utveckling (<https://www.thetappingsolution.com/>). Hans mor, doktor Maria Ortner, var skolpsykolog på en närliggande grundskola. Hon hade tidigare haft ett nära samarbete med både skolpsykologen och rektorn som dödades på Sandy Hook.

Nick var djupt berörd på många plan och fast besluten att använda sin kunskap om energipsykologi och EFT, liksom sina lokala och globala kontakter, för att göra något som skulle skapa äkta läkning för Newtown. Dagen efter skottlossningen kontaktade han doktor Lori Leyden, en kollega och internationellt känd traumaexpert. Hon har introducerat akupunktur och andra katastrofhjälpsmetoder efter några av världens värsta nyliga katastrofer med folkmord och massskjutningar (<https://www.createglobalhealing.org/>). Nick frågade Leydens råd om omedelbart svar och möjliggörande av långvarig läkning. Den diskussionen blev ett samarbete. Tre dagar senare kom dr Leyden för att börja organisera ett långsiktigt terapeutiskt egenvårdsinitiativ för de många människor i Newtown som drabbades av skottlossningen.

Från den dag Leyden anlände började hon genomföra sessioner med både individer och grupper. Eftersom effekterna av långvariga trauman är välkända, och Leyden hade framgång med att arbeta med andra överlevare av fruktansvärt våld, kunde hon omedelbart använda sin erfarenhet i uppgiften för att etablera en samhällsstrategi för Newtown med långsiktiga, hållbara hjälpmetoder. Hon engagerade sig i projektet och kom att bo i Newtown de kommande tre åren, även om arbetet pågår nästan ett decennium senare. Målet var "att komma in tyst, lyssna och observera, stödja lokala ansträngningar och ge teamet en diskret

metod för att bedöma behov, samtidigt som man erbjuder terapeutisk egenvårdshjälp till dem som behövde det mest."

Nick skickade ut en förfrågan om volontärer till sin 500 000 starka sändlista. Bland hundratals svar handplockade Nick och Leyden sedan 35 frivilliga knackningsutövare för att hjälpa till att skapa och bygga en långsiktig modell för Newtown. Utbildningen inleddes den 5 januari 2013, 22 dagar efter skottlossningen. Volontärerna tillbringade 35 till 60 timmar i utbildning, samt med många fler under tillsyn, för att förbereda sig för de omedelbara och långsiktiga behoven hos dem som direkt och indirekt drabbades av tragedin. Särskilt fokus och uppsökande verksamhet gick till de avlidnas föräldrar och övriga familjemedlemmar, till barnen som överlevde skjutningen, till skolans lärare och annan personal, samt till räddningspersonal, inklusive polis, brandmän, akutmakare, medicinska granskare och begravningschefer. I stället för att försöka sammanfatta det stora antalet knackningssessioner, individuella och i grupp, samt relaterade workshoppar och community-evenemang, följer några kommentarer från mottagare och tillhandahållare av tjänsterna (källa: Ortner et al., n.d.):

Scarlett Lewis, mor till 6-åriga Jesse Lewis, dödad under skjutningen: "I mitt försök att läka tragedin av att förlora min son, en upplevelse som har krossat mitt hjärta och fått mig att ifrågasätta mitt eget liv, sökte jag många olika typer av hjälp. Inledningsvis sökte jag traditionell "samtalsterapi" som gjorde att jag blev återtraumatiserad och mådde sämre. Nick Ortner introducerade mig för knackning, och jag avslutar alltid dessa sessioner med en djupare förståelse för mig själv, känner mig bättre, med en tillvarons lätthet och hopp. Att knacka får mig att må bättre när inget annat gör det ..."

Läkare och första svarare, från läkarmottagningen: "Dr Leyden erbjöd sina tjänster bara några dagar efter tragedin. Hon har varit ute på vårt kontor tre gånger och gjort flera sessioner varje besök, tillbringat flera timmar med tekniker, läkare, utredare och annan personal som är direkt involverad i Sandy Hook-skjutningen. Hennes knacknings- och andningsövningar har tillsammans med gruppdiskussionerna varit till stor hjälp för mig och min personal. Hon har fortsatt att höra av sig till mig angående våra framsteg och erbjuder sig att hjälpa oss på alla sätt hon kan. Personligen sover jag bättre och fungerar bättre."

Lynn Johnson, MS LPC LADC, Director, Center for Serenity, Hartford, CT. "Jag har varit så hedrad och rörd över att få vara en del av det här projektet. Dr Lori Leyden, Nick Ortner, Jondi Whitis och hela gruppen har verkligen inspirerat mig. Jag har utvecklat ett program för små barn, kallat "Feel Free Tap", som är en version av EFT för årskurs K till 3. Jag älskade att dela den med gruppen och kan inte vänta med att ta ut den i samhället!"

Bonnie Skane, volontär. "Att vara en del av det här volontärteamet är en sådan ära och en välsignelse. Trots denna fruktansvärda tragedi har vi sett många små mirakel som händer varje dag. Det är en sådan glädje att hjälpa någon som upplever enorm känslomässig smärta, ångest och stress att hitta lättnad med EFT! Jag tror verkligen att vi förändrar världen genom att förändra oss själva, och EFT är helt enkelt ett fantastiskt verktyg som ger oss förmågan att släppa våra negativa känslor och välja positiva istället."

Alison Held, volontär: "Det sker betydande positiva förändringar i Newtown och bortom som resultat av att knacka! EFT Stress and Trauma Relief Project utvecklas på det vackraste tänkbara sättet, med en kärngemenskap av begåvade volontärer med en tydlig och enhetlig vision om hopp, kärlek och helande.

Eric Leskowitz, en psykiater vid Harvard Medical School: Dr Leskowitz gav detta råd till arrangörerna: "Baserat på min kliniska erfarenhet och läsning av forskningslitteraturen är EFT den bästa behandlingen för snabb intervention i traumatiska situationer som Newtown, vilka utlöser överväldigande känslor hos individer och grupper. Dess användning kan förhindra den framtida utvecklingen av fullt utvecklad PTSD genom att ge människor möjlighet att utveckla kontroll över sina egna nervsystem."

En gripande "cirkeln-är-sluten"-historia efter Sandy Hook-tragedin involverade en 12-årig pojke vars 6-åriga bror dödades under skottlossningen. Medan pojkens mamma snabbt hade omfamnat knackning var pojken mycket skeptisk. Han var förståeligt nog extremt arg över att ha förlorat sin bror och hade inte gått i skolan sedan tragedin två månader tidigare. Dr Leyden hade tidigare arbetat med föräldralösa överlevande från folkmord i Rwanda, först för att läka, men sedan för att lära dem att bli "hjärtcentrerade" ledare. Programmet formaliserades senare som "Project LIGHT: Rwanda". Kandidater från programmet kallas "ambassadörer", och ett mål med initiativet är att sammanföra traumatiserade ungdomar runt om i världen för att stödja varandra. Ett Skype-möte arrangerades mellan den 12-åriga pojken i Newtown och två av Rwandas ambassadörer, unga människor som likt honom hade gått igenom de värsta mänskliga tragedierna. Under det långa samtalet delade de sitt innersta, knackade tillsammans och knöt genuina band. Pojken i Newtown blev så inspirerad att han nästa dag återvände till skolan för att hålla ett tal till sina klasskamrater om varför det är viktigt att bry sig om människor som har upplevt ännu värre tragedier. Cirkeln slöts när han fortsatte med att skapa en ideell organisation som samlade in pengar för att två av Rwandas ambassadörer skulle kunna gå på universitetet. Flera år senare reste han till Rwanda för en känslomässig återförening med ambassadörerna som hade hjälpt honom så mycket medan han var djupt bedrövd över sin brors död.

8.2 Utmaningar i flyktingläger

I slutet av 2020 hade 82,4 miljoner människor världen över tvångsförflyttats till följd av förföljelse, konflikt, våld, kränkningar av de mänskliga rättigheterna eller andra händelser som allvarligt hotade deras säkerhet (FN:s flyktingorgan, 2021). Enligt trovärdiga uppskattningar lider ungefär en tredjedel av dessa individer av kronisk depression, ångest eller PTSD (Turrini et al., 2017), och alla står inför betydande psykiska utmaningar.

Moria-flyktinglägret i Grekland var Europas största läger när Gunilla Hamne och Ulf Sandström, medgrundare av Peaceful Heart Network (<https://peacefulheart.se/>), kallades till lägret för att hjälpa till med en besvärlig 8-årig pojke som var "utom kontroll". Peaceful Heart Network har utvecklat en akupunktknackningsmetod, kallad Trauma Tapping Technique (TTT), som bygger på minimal användning av ord. Detta strömlinjeformade tillvägagångssätt härrör från TFT och EFT och är särskilt väl lämpat för att läka traumasår. Det kan enkelt läras ut till katastroföverlevande och paraprofessionella eller föras ut till stora grupper. Förutom att knacka använder TTT en självlugnande teknik som kallas "Havening", ytterligare ett tillvägagångssätt som använder beröring för att utlösa elektrokemiska reaktioner i kroppen som kan minska eskalerade känslomässiga svar på ett minne eller en utlösare (Ruden, 2019).

Pojken i Moria-lägret agerade våldsamt inom sin familj och mot andra i lägret: "bet, kastade föremål och stenar, förstörde tält, kissade överallt och rev sina kläder." Pappan var mycket omtänksam och tålmodig och gjorde sitt bästa för att hantera pojken. Mamman hade blivit avtrubbad och passiv. Hela situationen skapade kaos i familjen. Med människor så trångt hade det nått en punkt där familjen riskerade att tvingas lämna lägret utan någon annanstans att gå. Hamne och Sandström beskriver sin upplevelse:

Vi gick till ett av tälten och tecknade och gjorde akrobatiska aktiviteter för att få kontakt. Plötsligt började pojken förstöra allt i tältet inklusive böcker och leksaker, hämta stora stenar och kasta dem på alla. Han bröt av metallbenen på ett bord och visade att han kunde använda dem som vapen. Han krävde fler pennor, som han sedan bröt i bitar. När pojken hade lugnat ner sig visade vi våra övningar och tekniker för fadern och de andra barnen i familjen. Tolken deltog också. Vi hade sett att fadern kunde hålla pojken och krama honom. Därför borde det vara möjligt för honom att knacka med pojken.

När vi var klara sa vi till fadern att han skulle göra knackandet och Havening-tekniken så ofta som möjligt. Några dagar senare fick vi ett meddelande från tolken: "Jag vill ge dig underbara nyheter. Fadern berättade för mig att han använder knackningen med pojken, och det går extremt bra! Pappan var superglad och pojken superlugn och härlig." Tolken kramade oss.

Tillsammans med sitt flyktingarbete har Peaceful Heart Network samarbetat med lokala biståndsarbetare och grupper för att ge TTT-sessioner och utbildningar till uppskattningsvis 250 000 personer i 30 länder, behandlande ett brett spektrum av efter-katastrof-utmaningar. I Nepal fick mer än 900 tornadoöverlevare TTT-sessioner, individuellt eller i grupp. I de mest våldsamma områdena i Beni i Demokratiska republiken Kongo betjänades cirka 3 000 internflyktingar, främst ungdomar och kvinnor. Efter cyklonen Idai i Zimbabwe nådde nätverket ungefär hundra av de människor vars hem hade svepts bort. I världens största flyktingläger, BidiBidi i Uganda, har nätverket kontinuerligt engagemang med flyktingar genom en lokal pastor vars utbildare har nått mer än 2000 personer sedan 2018. I Colombia har de utbildat socialarbetare i en grupp som stöder offer för människohandel. Individuer och grupper kan få kontakt med deras tjänster [via https://peacefulheart.se/](https://peacefulheart.se/).

8.3 Bränder i Kalifornien

Kristin Miller, Ph.D., bosatt i norra Kalifornien, är medlem i den humanitära kommittén i Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP). Hon har fört ACEP:s "Resources for Resilience" (www.r4r.support), samt TTT-metoden som utvecklats av Peaceful Heart Network, till dem som påverkats av de förödande bränderna som har rasat genom hennes samhälle år efter år. Hon har funnit nytta och effektivitet i denna "mycket flexibla uppsättning av icke-verbala, självadministrerbara färdigheter för att hantera stress och trauma." Hon började med att "dyka upp på alla möjliga platser där människor var samlade för att lyssna på deras berättelser och dela med sig av sina färdigheter." Vidare reflekterade hon:

Min chockerande insikt efter varje våg av hjälpverksamhet i mitt samhälle var att ingen hade kompetens att lugna sitt överlevnadssystem och bearbeta traumat. Detta var sant oavsett om jag arbetade med brandmännen, annan räddningspersonal,

sjukhuspersonal, länets psykiatriska vårdgivare, utbildade rådgivare, skolpersonal eller de i Röda Korsets skyddsrum. Men vartefter dessa färdigheter blir mer integrerade i vårt samhälle blir vägen till återhämtning tydligare.

När den utmattade sjukvårdspersonalen, länsarbetarna och brandmännen kom från våra svarta, trädlösa kullar träffade vi dem för att bearbeta deras kval efter händelserna. Många hade arbetat 70 och 80 dagar i sträck för att försöka kontrollera skogsbränderna. Många hade sett mycket död, en del hade tvingats köra förbi döda kroppar för att få ut människor ur städer som brann. Andra hade cirklat sina lastbilar runt människor för att hålla lågorna borta medan folk kämpade för sina liv.

Alla upplevda känslor av maktlöshet när bränderna dånade urskillningslöst och krossade alla planer på en effektiv brandbekämpning, som när hela staden Paradise brann ner på mindre än två timmar.

En brandövervakare kom in i upplösningstillstånd, med symtom på traumatiskt nödläge. Vi gjorde två långa TTT-sessioner. Jag ringde honom några månader senare och han sa: "Jag mår bra. Att knacka var ett bra plåster!"

Anställda i ett bruksföretag sörjde förlusten av kollegor samtidigt som de beskylldes för att ha orsakat branden. I en incident under dessa svåra omständigheter använde vi TTT i korridorerna på ett hotell och kunde knacka igenom deras trauma, samt rensa deras överväldigande, innan de fortsatte att undersöka en kollegas död.

Jag kom in i ett Röda Korset-skyddsrum med män som bara några timmar tidigare hade rymt från lägerbranden i november 2018 (som orsakade 86 dödsfall) med bara sina liv. En man var i kampläge och skrek ilsket in i sin mobiltelefon. En annan gungade fram och tillbaka för att försöka reglera sitt system. En annan var helt i chock, stelfrusen och med tom blick. Ytterligare en annan man verkade något mer avslappnad och öppen för engagemang. Han berättade hemska historier om vad männen i rummet hade upplevt. Jag fick honom att göra andningsövningar med mig. Snart, en efter en, anslöt sig varje man. Vi kunde sedan lägga till lite knackande. De lugnade sig alla och deras nervsystem reglerades på cirka 20 minuter. Inte långt därefter kom detta team ut ur sina "skal" och började betjäna alla andra. Medan de hade varit lika traumatiserade som alla andra blev de en lugnande kraft inom härbärgat.

En mer nylig insats var möjligheten för medicinsk personal på ett sjukhus under den femte skogsbranden 2021-säsongen att besöka vår community. Det här var under ökningen av deltavarianten av COVID. Jag stod med personal, knackade och andades. De hade genomlidit dagar med 18-timmarsskift och flera dödsfall på sjukhuset. Människor blev förvånade över hur snabbt de kunde reglera sina nervsystem tillsammans, även mitt i ofta dödliga nödsituationer. Avdelningschefen följde mig ut i tårar efter att en sjuksköterska, som hade blivit patient, just hade gått bort. En av denna arbetsledares hjärtskärande ansvarsuppgifter var att upprätthålla regeln att ingen familj är tillåten på COVID-enheterna. Detta utlöste varje gång hennes egen sorg, eftersom hon inte hade kunnat vara med sin man när han dog. Vi satt och knackade och hedrade sorgen tillsammans. Ett leende återvände till hennes ansikte.

Flera andra medlemmar av ACEP:s humanitära kommitté har också kallats för att tillhandahålla tjänster på plats efter stora skogsbränder. Andra har arbetat med det trauma som upplevs av samhällen på grund av pandemin. Vissa medlemmar har arbetat med maskjutningar och andra katastrofer. Kommittén själv initierade "Veteran-to-Veteran Project" i Nevada, som utbildade ledare bland veteraner till att undervisa energipsykologibaserade självhjälpsmetoder till andra veteraner för att minska symtomen på krigsrelaterat trauma. Över ett dussin grupper har nu "Peer Support Leaders" utbildade i TFT av Veteran-to-Veteran Project, inklusive Veteran Transition Resource Center i Las Vegas, Elizabeth Dole Foundation Hidden Heroes Program, ett regionalt Veterans Administration-sjukhus och lokala avdelningar i American Legion, Veterans of Foreign War och kvinnliga veterangrupper.

ACEP:s humanitära kommitté skapade också "Resources for Resilience", som nämnts ovan, ett projekt som syftar till att lindra lidande genom att lära ut självhjälpsmetoder till dem som upplevt effekterna av våld, trauma och naturkatastrofer. Initiativet Resources for Resilience inkluderar ett gratis emotionellt första hjälpen-utbildningsprogram, samt bildmaterial för community-användning, tillgängliga från www.r4rtraining.support. Kommittén har även, i samarbete med Peaceful Heart Network, skapat en serie videor som är utformade för att hjälpa yrkesverksamma som vill engagera sig i humanitära uppsökande projekt. Kommittén samarbetade också med Peaceful Heart Network för att utbilda personal från fem olika organisationer, vilket förenade läkare, psykologer, psykiatriker och socialarbetare i användningen av TTT för att arbeta med syriska flyktingar. Denna utbildning spelades in på video med arabisk översättning. Kommittén har även samarbetat med Project LIGHT för att föra knackning till 48 medhjälpare som har arbetat med mer än 400 ungdomar och familjer i Rwanda.

8.4 Ett barnhem i Rwanda

År 2006 genomförde Caroline Sakai, Suzanne Connolly och Paul Oas en studie av TFT-behandlingar på 50 föräldralösa barn från Rwanda som led av svåra symtom på PTSD (Sakai et al., 2010). Resultaten överstiger avsevärt resultaten från någon tidigare referentgranskad studie av en PTSD-behandling när det gäller hastighet, grad av effektivitet och procentandel försökspersoner som fick hjälp. Efter en enda session var 48 av de 50 barnen, bland vilka många hade sett sina föräldrar slaktas under folkmordet, inte längre i PTSD-spektrumet baserat på en standardiserad checklistas betyg, ifyllt av deras vårdgivare före och efter behandlingen. Fördelarna kvarstod vid ett års uppföljning med samma mätning. I följande redogörelse beskriver doktor Sakai upplevelsen av en av studiens deltagare, en 15-årig flicka som var tre vid tiden för folkmordet 1994:

Hon hade gömt sig med sin familj och andra bybor i den lokala kyrkan. Kyrkan stormades av män med macheter, som startade en massaker. Flickans pappa sa åt henne och andra barn att springa och inte se sig om vad som än hände. Hon lydde och sprang så fort hon kunde, men sedan hörde hon sin far "skrika som en galen man". Hon mindes vad hennes far hade sagt, men hans skrik var så uppseendeväckande att hon vände sig om och i skräck såg på när män med macheter mördade honom.

Det gick inte en dag under de följande 12 åren utan att hon upplevde tillbakablickar till den scenen. Hennes sömn plågades av mardrömmar kopplade till minnet. Under hennes behandlingssession bad jag henne att tänka på tillbakablickarna och att imitera mig när jag knackade på en utvald uppsättning akupunkturpunkter, medan hon

berättade vad hon såg i tillbakablickarna. Efter några minuter förvandlades plötsligt hennes hjärtskärande snyftande och deprimerade känslotillstånd till leenden. När jag frågade henne vad som hände rapporterade hon att hon hade fått tillgång till fina minnen. För första gången kunde hon minnas hennes far och familj som lekte tillsammans. Hon sa att fram tills dess hade hon inte haft några barndomsminnen från före folkmordet.

Vi hade kunnat avsluta där, men istället dirigerade jag henne tillbaka till det som hände i kyrkan. Tolken tittade på mig, som för att fråga: "Varför tar du upp det igen när hon mådde bra?" Men jag siktade mot en fullständig behandling. Flickan började gråta igen. Hon berättade om att se andra människor bli dödade. Hon reflekterade över att hon levde på grund av sin fars snabba tänkande, att han distraherade människors uppmärksamhet samtidigt som han sa åt barnen att springa.

Flickan grät igen när hon återupplevde de färor hon bevittnade när hon med ett annat litet barn gömde sig utanför. De två kom att bli de enda överlevarna från hela sin by. Återigen tillät knackningen henne att ha minnet utan att behöva återuppleva upplevelsens skräck.

Efter cirka 15 eller 20 minuter med den ena scenen efter den andra log flickan och började prata om sin familj. Hennes mamma tillät inte barnen att äta söta frukter eftersom de inte var bra för tänderna. Men hennes far smög hem dem i fickorna och när hennes mamma inte tittade, gav han dem till barnen. Hon skrattade helhjärtat när hon förmedlade detta och översättaren och jag skrattade med henne.

Vi fortsatte sedan med att arbeta igenom ytterligare ett antal scener. Slutligen, när hon tillfrågades: "Vad kommer upp nu när du kommer ihåg vad som hände i kyrkan", förmedlade hon utan tårar att hon fortfarande kunde komma ihåg vad som hände, men att det inte längre var lika levande som om skeendet fortfarande pågick. Det hade nu bleknat till en fjärran bakgrund, likt något för länge sedan. Sedan började hon prata om andra fina minnen. Hennes deprimerade ansikte och hållning var inte längre tydlig.

Under de följande dagarna beskrev hon hur hon för första gången inte hade några flashbacks eller mardrömmar och kunde sova gott. Hon såg glad ut och berättade hur upprymd hon var över att ha glada minnen av sin familj. Hennes testresultat hade gått från långt över PTSD-gränsvärdet till långt under det efter denna enda behandlingssession. Där förblev det vid uppföljningsbedömningen ett år senare.

Den kraftfulla effekten av de enskilda sessionerna som gavs till var och en av de 50 ungdomarna överraskade utredarna. Deras plan för studien hade inkluderat tre behandlingssessioner, men en nödsituation i landet avledde hälften av den kliniska personalen. Eftersom förtesterna redan hade genomförts beslöt utredarna att gå vidare med den enda session de kunde erbjuda och hoppas på det bästa. Resultaten och stabiliteten hos fördelarna vid ett års uppföljning, enligt mina intervjuer med Sakai, överträffade deras förhoppningar.

Studien genomfördes i samarbete med Trauma Relief Committee of the Thought Field Therapy Foundation, den första organisationen som systematiskt skickade katastrofhjälpteam som utbildats i akupunktur till problemställen över hela världen. Mer än

20 av deras tidigare projekt, inklusive utplaceringar till Rwanda, Haiti, Mexiko, Uganda, Demokratiska republiken Kongo, New Orleans och Tanzania, finns på <http://www.tftfoundation.org/category/past-projects>. Den första kliniska prövningen av TFT vid behandling av personer som upprepade gånger utsatts för traumatiska händelser ($N=31$) visade en signifikant nedgång i alla undergrupper av PTSD-symptom (Folkes, 2002), och fyra studier som undersökte resultaten av stiftelsens tidiga projekt visade TFT:s hastighet och styrka i situationer efter katastrofer (Dunnewold, 2014). Sakais bok från 2014, *Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences – A Primer for Post-Traumatic Growth* är en gripande och insiktsfull redogörelse för många av hennes erfarenheter.

8.5 Orkanen Katrina

En orkan kan orsaka fruktansvärd förödelse på några minuter. Den 29 augusti 2005 drabbade orkanen Katrina New Orleans och de omgivande områdena och orsakade mer än 1 800 dödsfall samt skador för 125 miljarder dollar. Ett team på tolv TFT-utövare från åtta stater bjöds in av tre medicinska och sociala serviceorganisationer i New Orleans för att ge behandling och utbildning till sina staber fyra månader efter orkanen Katrina. Denna sjukvårds- och socialvårdspersonal var oundvikligen både offer och hjälpare i katastrofen. Strategin som togs var också att göra deras behandling till en del av deras utbildning. Totalt 161 deltagare fick behandling och utbildning på sex olika platser, med det största antalet i ett armétält på välgörenhetssjukhusets "MASH unit" i New Orleans Convention Center. Skriftliga utvärderingar erhöles från 87 av deltagarna. Av dessa uppgav 86 att de upplevde positiva förändringar och/eller eliminering av de problem de upplevde vid den tiden. Data sammanställd av Sakai (som även hade gjort arbetet i Rwanda) på de 22 deltagare hon behandlade visade att deras presenterade klagomål inkluderade ilska, ångest, depression, åtande för att motverka ångest, frustration, skuld, överlevnadsskuld, skada, förlust, förlust av kontroll, behov av förbättrad prestanda, överväldigande, panik, fysisk smärta, vrede, sorg, skam, stress, traumatisering och oro. Varje problemområde fick betyget 0-till-10 SUD (Subjective Units of Distress). Före behandlingen var den genomsnittliga poängen för de 51 problemområdena beskrivna av de 22 kunderna 8,14. Efter behandling, vanligtvis bestående av en enskild session på under 15 minuter (som följde en halvtimmes gruppinledning), var det ner till .76, en anmärkningsvärt stor minskning.

Förutom TFT-teamet arbetade EFT-utövare också i omedelbar efterdyning av orkanen och senare med dem som hade fördrivits. Sophia Cayer, som är mycket erfaren med knackande, beskrev för mig sin upplevelse med en kvinna som inte bara hade blivit traumatiserad av orkanen, utan också av sin efterföljande tid på ett skyddshem efter att hennes hem hade förstörts. En månad efter Katrina var hon så deprimerad att hon inte kunde fungera och tillbringade mycket av sin tid med att gråta okontrollerat. Cayer fortsatte:

När jag satte mig ner med henne hade hon ena handen över ansiktet, snyftande och oförmögen att tala. Jag bad försiktigt om tillåtelse att ta hennes hand och se om jag kunde hjälpa henne att slappna av. Hon gick med på det och jag började försiktigt knacka på energipunkterna på hennes hand. Inom några ögonblick började hennes tårar avta. Hon kunde fortfarande inte uttrycka sin erfarenhet, så jag fortsatte bara att knacka och prata med henne. Jag använde en specifik EFT-teknik som erbjuder lättnad utan att personen behöver beskriva händelsen muntligt. Bland annat hemsöktes hon av de skrik och ljud av skottlossning som hon hörde under nätterna i skyddshemmet. Medan hon fortfarande mestadels var oförmögen att tala fortsatte jag

att arbeta med henne, med tårarna som kom och gick. Efter flera minuter höll hon huvudet högt och kunde tala. Sedan log hon. Senare på kvällen såg jag henne på en sammankomst för överlevande. Hennes vänner, som ursprungligen hade fört henne till mig, verkade förvånade och rapporterade att hon var sitt glada jag igen. Jag kommer alltid att minnas hennes leenden och kramar av tacksamhet.

Cayer reflekterade att knackande, "även om det bara är en enda session, lämnar det inte personen hjälplös. Det handlar inte om att bara lugna dem och sedan låta dem gå. De får kraftfulla verktyg som de regelbundet kan använda när de går genom krisen och bortom den."

8.6 Krigsveteraner

Efter att ha fått kännedom om den första RCT:n som demonstrerade effektiviteten av knackningsprotokoll vid behandling av 49 krigsveteraner (Church et al., 2013), kontaktade jag studiens huvudprövare och frågade om jag kunde intervjua några av de involverade terapeuterna. Jag ville få en känsla för de upplevelser som sammanfattas i statistiken. En av terapeuterna, Ingrid Dinter, beskrev för mig sitt arbete med Keith, en infanterisoldat som hade tjänstgjort i Mekongdeltat under Vietnamkriget. Under sin första terapisesession med henne rapporterade han att han hade sett "många dödsoffer på båda sidor". Mer än tre decennier senare plågades han fortfarande av mardrömmar och upprepade tillbakablickar: "Ibland tror jag att jag ser Viet Cong-soldater bakom buskar och träd." Hans svåra sömnlöshet, komplicerad av mardrömmarna, gjorde honom trött och oförmögen att fungera under dagen. Han hade diagnostiserats med PTSD och rapporterade att hans grupp och individuella terapi genom Department of Veterans Affairs (VA) inte hade underlättat hans symtom.

Keith fick sex timmeslånga sessioner med Ingrid, under vilka hon fick honom att knacka på akupunkter medan han fokuserade på traumatiska krigsminnen och andra psykologiska stressorer. Under deras första session rapporterade han att han sedan krigets slut sällan hade fått mer än en till två timmars sömn i sträck, samt att han i genomsnitt hade omkring två mardrömmar per natt. Vid slutet av de sex sessionerna fick han sju till åtta timmars oavbruten sömn och hade inga mardrömmar. Han sa att andra symtom, såsom påträngande minnen, skrämselfreaktioner och överväldigande och tvångsmässig skuld också hade avtagit. En uppföljningsintervju efter sex månader samt ytterligare tester visade att förbättringarna höll i sig.

Vid denna tidpunkt har mer än 21 000 veteraner fått gratis eller lågprissatta knacknings-sessioner från Veterans Stress Solution (<https://www.stresssolution.org/>). Ett 10-minuters klipp med korta utdrag av intervjuer med fyra krigsveteraner före och efter energipsykologiska behandlingar, tillsammans med utdrag från de behandlingar de fick, finns på www.vetcases.com.

8.7 Jordbävningar och översvämningar

En jordbävning 2010 i Haiti orsakade mer än 200 000 dödsfall och skador för åtta miljarder dollar. Sjuttiosju av de överlevande bedömdes för PTSD enligt en standardiserad symtominventering. Fyrtioåtta fick poäng inom det kliniska intervallet. Efter två dagars instruktion i EFT visade ingen av deltagarna poäng inom det kliniska intervallet på eftertest ($p < .001$). Eftertestsymtom och symtomsvårighetsgrad minskade med i genomsnitt 72%, mellan en 21% minskning och en 100% minskning (Gurret et al., 2012). Ett annat team åkte

till Haiti sex månader efter jordbävningen för att ge utbildning i TFT. Förutom att rapportera om effektiviteten av knackningsbehandlingen diskuterar de utmaningar, såsom begränsade vårdresurser och dålig infrastruktur, som måste övervinnas för programmets framgång (Robson & Robson, 2012).

En jordbävning i Indonesien 2006 dödade mer än sextusen människor och förstörde 60 000 hem. Tapas Acupressure Technique® (TAT), ett energipsykologiskt tillvägagångssätt där akupunkter hålls (snarare än knackas) under den verbala komponenten, lärdes ut till lokala hjälparbetare, vilket ledde till att cirka sextusen vuxna och barn fick behandlingen, individuellt eller i grupp. Den mexikanska föreningen för kristerapi hade använt TAT för att utbilda hundratals frontlinjehjälparbetare som arbetar med översvämningar och andra naturkatastrofer i Mexiko, Nicaragua, Venezuela och Columbia. Ignacio Jarero, föreningens ordförande, uppgav på TAT-webbplatsen: "Barn och vuxna rapporterade betydande minskningar av SUD-poäng vid slutförandet av protokollet. ... TAT är vår favoritteknik för att minska nöd eftersom den är lätt att undervisa och tillämpa" (<https://tatlife.com/disaster-relief/>, hämtad 10 februari 2022).

9. Effektiv leverans av energipsykologiska tjänster

I kölvattnet av en katastrof är samhälls- och räddningsresurser ofta överansträngda. När hundratals, tusentals eller tiotusentals människor har drabbats uppstår med omedelbar brådskan behovet av leveranssystem som är effektivare än individuell rådgivning.

En metaanalys av 10 terapier som behandlar PTSD hos vuxna fann att den som använde ett akupunkturprotokoll var mer kostnadseffektiv än traumafokuserad KBT, selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och sex av de andra sju terapierna som utvärderades (Mavranouzouli et al., 2020b). En anledning till denna kostnadseffektivitet är att energipsykologiska behandlingar tenderar att fungera så snabbt för att minska traumainducerad upphetsning i det limbiska systemet. De är också mycket flexibla i och med att de kan levereras som en-till-en-terapi som tillhandahålls av professionella eller lekmän, i klasser och workshops, online som teleterapi och/eller undervisas som en självhjälpsteknik.

Fyra tillvägagångssätt som har framkommit för att tillhandahålla energipsykologiska tjänster mer effektivt involverar användning av stora grupper, lekmän, digital leverans, samt utbildning av lokala yrkesverksamma och institutioner för att hantera de långvariga effekterna av en stor katastrof. Var och en diskuteras i detta avsnitt.

9.1 Stora grupper

De energipsykologiska tillvägagångssätt som används mest för katastrofhjälp (EFT, TAT, TFT, TTT) har alla tillämpats i grupp såväl som i individuella format. Enkla energitekniker för självlugnande kan snabbt minska symtomen på akut stress och läras ut effektivt i gruppkonstellationer. Eftersom det inte är nödvändigt att verbalisera sina trauman för att uppleva fördelarna med grundläggande energipsykologiska procedurer, kan deltagarna få omedelbar lättnad utan att behöva avslöja specifika minnen eller känslor för andra gruppmedlemmar.

Det har även utvecklats ett grupptillvägagångssätt som tar deltagarna bortom den första nivån av energipsykologiska interventioner i efterdyningarna av en katastrof (omedelbar lättnad/stabilisering), men som fortfarande är anonym för de flesta gruppmedlemmar. Det involverar att varje person får tänka på ett oroande minne eller en oroande känsla och ge betyget 0-till-10 SUD. En volontär från gruppen väljs sedan ut för en knackningssession, ledd

av en utbildad utövare medan gruppen tittar på. Samtidigt instrueras gruppmedlemmarna att flytta sitt fokus från sina egna problem till volontärens psykiska nöd. De tillämpar själv de förfaranden som används med volontären som om volontärens problem var deras egna problem. Detta får volontären att känna gruppens fokuserade stöd medan gruppmedlemmarna upplever harmoni med och medkänsla för volontären. De bevittnar också, övar och internaliserar ytterligare knackningsförfarandet. Tillvägagångssättet har även en oväntad effekt. När gruppmedlemmarna går tillbaka för att omvärdera sin egen ursprungliga situation genom att ge den ett andra SUD-betyg, finner de flesta av dem att mängden känslomässig intensitet eller nöd har minskat.

Detta fenomen, som kallas "borrowing benefits", rapporteras allmänt av utövare och har undersökts. En inom-ämne design användes med 102 deltagare som deltog i någon av två 3-dagars "Borrowing Benefits"-workshoppar som genomfördes av EFT-upphovsmannen Gary Craig (Rowe, 2005). Deltagarna fick en väletablerad, standardiserad symptomchecklista en månad före workshoppen, omedelbart före, omedelbart efter, en månad efter och sex månader efter workshoppen. Ingen signifikant skillnad hittades i de genomsnittliga provresultaten en månad före respektive omedelbart före workshoppen. Efter workshoppen fann man dock en mycket signifikant minskning ($p < .0005$) på checklistans globala mått av psykisk ohälsa samt samtliga nio delskalor. Dessa förbättringar hölls vid sex månaders uppföljning. Majoriteten av deltagarna upplevde inga individuella behandlingar under workshopparna. Även om mekanismerna för dylik positiv "smitta" inte har fastställts, beskriver utövare konsekvent liknande slutsatser. Värdet av att utnyttja en sådan effekt efter en masskatastrof – där överlevande har gått igenom parallella upplevelser – är uppenbart.

Till exempel, under Leydens arbete i Rwanda, hade organisationen som arrangerade vilka byar och vilka grupper hon skulle träffa tilldelat sex dagar för henne att arbeta med hundra unga, föräldralösa personer som även var huvudansvariga för sina hushåll. De varierade i ålder från 19 till 25. Vid tiden för folkmordet var de bara 5 till 11 år gamla, men ändå lämnades de att ta hand om två till sex andra föräldralösa barn, utan några medel för mat, hyra, utbildning eller dagliga levnadskostnader. Med nära 100 000 föräldralösa barn från kriget, samt ytterligare hundratusentals barn som blivit föräldralösa till följd av att deras föräldrar dött av hiv/aids, hade Rwandas regering inte resurser eller kapacitet att ta hand om dessa föräldralösa barn.

Eftersom individuell rådgivning med 100 personer under en sexdagarsperiod inte skulle räcka särskilt långt, bestämde Leyden sig för att träffa hela gruppen under var och en av de sex dagarna. Hon kunde fortfarande ha en-till-en-sessioner, men hon kunde förstärka sessionernas inverkan genom att genomföra dem framför den stora gruppen. Med hjälp av "borrowing benefits"-modellen skulle alla i gruppen, före varje enskild session, ställa in sig på sitt största problemområde, ge det ett SUD-betyg och sedan uppmärksamt knacka tillsammans med den person som framme i rummet arbetade med Leyden, samt använda de formuleringar som personen använde.

Den första individuella sessionen var med en ung man, cirka 20 år, som hade tagit hand om tre andra föräldralösa barn sedan tiden för folkmordet. Han kämpade fortfarande med påträngande minnen om folkmordet 14 år tidigare. Han bedömde att hans ångest var över 10 på 0-till-10 SUD-skalan. Han, Leyden och hela gruppen knackade på dessa och liknande uttalanden, ett i taget:

- Mitt sinne känns inte säkert.
- Mina minnen kommer aldrig att försvinna.
- Jag kommer att plågas av dessa minnen för resten av mitt liv.

- Jag är rädd för att sova på grund av dessa minnen.

Efter 25 minuters knackning rapporterade han att han befann sig på en tvåa på SUD-skalan. Han kommenterade: "Mitt sinne känns tryggt nu. Jag vet att jag är trygg just nu. Jag ser fram emot att sova i natt." Under tiden rapporterade Leyden känslan av ett påtagligt skifte i rummet. Det fanns en stilla känsla av frid som inte var närvarande före sessionen. När hon kollade med resten av gruppen rapporterade alla hundra deltagare att de befann sig på två eller lägre gällande deras ursprungliga problem. Specifikt rapporterade en person efter en annan att de kände sig säkrare i sina kroppar än de någonsin kunde komma ihåg att ha upplevt.

Allteftersom veckan fortskred rapporterade den unge mannen att hans känsla av lugn kvarstod varje kväll hemma. Han kunde sova lugnt. Andra som hade en-till-en-sessioner tog upp andra teman när gruppen knackade tillsammans med dem, inklusive dessa:

- Hjäplöshet av att vara föräldralös.
- Hopplöshet av att inte ha en ljus framtid att se fram emot.
- Läkning för sår efter våldtäkt.
- Skräck inför återkomsten av påträngande minnen gällande föräldrar och familjer som mördas framför dem.
- Smärta av att ofta vara hungrig.
- Ångest över att inte kunna tillgodose grundläggande behov för de yngre barnen de tog hand om.

Under sessionerna rapporterade deltagarna hur den nya känslan av säkerhet hjälpte dem att bättre hantera de utmaningar de dagligen stod inför. De lärde också sina "familjer" att knacka hemma, vilket fick dem att känna sig mer kontrollerade över sin situation och bättre kunna hjälpa andra familjemedlemmar när de kände sig stressade eller traumatiserade. Leyden kommenterade att det var för henne "ytterligare en påminnelse om vad jag har sett hundratals gånger: knackandets kraft för att omreglera den fysiologiska dysfunktion som uppstår när en person är traumatiserad."

9.2 Lekmannainstruktörer

Eftersom så många fler volontärer kan göras tillgängliga för katastrofinsatser än utbildad mentalvårdspersonal, har ansträngningar för att snabbt och effektivt utbilda lekmän för att tillhandahålla säkra och effektiva känslomässiga stödtjänster utförts och verkar lovande. En studie som publicerades i *Världshälsoorganisationens bulletin* granskade 20 kliniska prövningar med 5612 deltagare. Den undersökte resultaten efter en mängd olika behandlingar som tillhandahålls av lekmannainstruktörer, med fokus på PTSD, depression, ångest och alkohol användning. Granskningen drog slutsatsen att "användning av professionellt utbildade lekmannainstruktörer för att tillhandahålla psykiska hälsointerventioner i låg- och medelinkomstländer var förknippad med betydande förbättringar av psykiska symtom genom en rad olika kontexter" (Connolly et al., 2021, s. 572).

En analys av utövarna i en studie av EFT vid behandling av PTSD med krigsveteraner utfördes av Stein and Brooks (2011). Av de 59 frivilliga utövarna var 26 licensierade psykiatriska rådgivare (LMP) och 33 var "lekmannacoacher". Baserat på urvalskriterierna för den ursprungliga studien hade alla veteraner fått poäng över PTSD-gränsvärdet på en PTSD-inventering som hade standardiserats för veteraner. Efter sex sessioner fick 90 % av veteranerna som behandlades av de licensierade psykiatriska rådgivarna inte längre poäng i PTSD-spektrumet – detta jämfört med 83 % av de som behandlades av lekmannacoacherna. Denna trend för bättre resultat med licensierade rådgivare uppnådde inte statistisk signifikans.

Författarna drog därför slutsatsen att EFT som tillhandahålls av lekmanacoacher var "en effektiv strategi för att ta itu med PTSD i denna population" (s. 11).

Två kliniska studier av TFT-behandlingar efter folkmordet i Rwanda (Connolly & Sakai, 2011; Connolly et al., 2013), samt rapporten om användningen av TFT efter jordbävningen 2010 i Haiti (Robson & Robson, 2012), var anmärkningsvärda inte bara för deras effektivitet. De använde också lekmanainstruktörer för att tillhandahålla tjänsterna.

I 2011 års Connolly- och Sakai-studie av 145 överlevande från folkmordet i Rwanda fick de 28 gruppledare som administrerade behandlingarna två hela dagars utbildning i TFT vardera, inklusive praktisk övning och praktisk handledning medan de gav behandlingarna. Deltagarna hamnade slumpmässigt i en grupp som fick en enda behandlingssession eller en utan behandling. Alla uppgav PTSD-symtom som hade kvarstått i mer än ett decennium efter folkmordet (vilket var ett av urvalskriterierna). Dessa symtom reducerades signifikant ($p < .001$) för behandlingsgruppen men inte för kontrollgruppen. Förbättringarna kvarstod vid 2 års uppföljning. Studiens författare drog följande slutsats:

Även om det är önskvärt att använda erfaren mentalvårdspersonal vid behandling av svår PTSD, ökar möjligheten att anlita gruppledare för att behandla andra samhällsmedlemmar, med hjälp av en effektiv, icke-narrativ terapeutisk modalitet som inte kräver år av klinisk utbildning, avsevärt de potentiella resurserna för mentalvård i ett samhälle som förstörts av storskaliga trauman (s. 171).

Studien Connolly et al. (2013) var en partiell replikering av 2011 års undersökning, återigen med hjälp av en enkelsessionsdesign med lekmanautbildare som hade fått två dagars TFT-utbildning för behandling av traumasymtom, bara med en annan population av överlevare efter folkmordet i Rwanda. Liksom i den tidigare studien var självrapporterad symtomreduktion mycket signifikant för behandlingsgruppen.

Efter att ha nått cirka 250 000 personer som har upplevt katastrofer i mer än 30 länder, har Peaceful Heart Network förmodligen störst erfarenhet av att använda stora grupper och lekman för att ta knackning till områden efter katastrofer. De förklarar hur deras räckvidd multipliceras så snabbt: "En av våra utbildningar i en afrikansk by för självtillämpande TTT besöktes av 40 personer. Vi bad varje deltagare att undervisa 4 andra. Vi begärde också att de skulle be var och en av de personer de undervisar att undervisa ytterligare fyra. Inom två månader hade TTT spridit sig till flera tusen personer i området" (Ulf Sandström, personlig kommunikation, 10 januari 2022). Hamne och Sandströms bok, *Trauma Tapping Technique: A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery* (2021), beskriver deras tillvägagångssätt.

9.3 Digital förmedling

COVID-19-pandemin fick många psykoterapeuter att förnya sätt att leverera sina tjänster online. Växande bevis visar att telehälsotjänster inom mentalvården kan vara effektiva. En ny metaanalys fann att kognitiv beteendeterapi online under vissa omständigheter var effektivare än sessioner ansikte mot ansikte (Luo et al., 2020). Akupunktknackningsprotokoll är särskilt lämpade för online-behandling. Tillvägagångssättet har även förmedlats digitalt i över ett decennium (Church, 2012). Church listade många fördelar med online-behandling och självhjälpsresurser, såsom större räckvidd, användaråtkomst till support dygnet runt, anonymitet och lägre kostnader. Han diskuterade också potentiella nackdelar, såsom risken

för abreaktioner eller återtraumatisering utan omedelbart stöd närvarande, olämplig självbehandling för svåra psykiska diagnoser som schizofreni eller bipolär sjukdom, samt brist på kvalitetskontroll eller oklart ansvar för utvecklare och leverantörer av onlinetjänster.

Den första systematiska studien av digitala energipsykologiska behandlingar visade att ett åtta veckors EFT-program online signifikant minskade smärta, ångest och depression, samtidigt som vitalitet, social funktion och psykiska hälsoåtgärder förbättrades hos 26 kvinnor som diagnostiserades med fibromyalgi (Brattberg, 2008). Majoriteten av de mer än 21 000 knacknings-sessionerna som tillhandahålls av Veterans Stress Solution (<https://www.stresssolution.org/>) har varit online. ACEP:s humanitära kommittés "Resources for Resilience"-program publicerar en mängd olika online-verktyg som kan hjälpa till att "lindra lidande genom utläring av självhjälptekniker till dem som upplevt effekterna av våld, trauma och naturkatastrofer" (<https://www.r4r.support/>). En mobilapp som vägleder användare vid tillämpning av akupunkturprotokoll för ångest och stress undersöktes i en storskalig studie med 270 461 appanvändare som fann mycket signifikant ($p < .001$) symtomreduktion (Church et al., 2020).

Ett online-format kan inte bara göra tjänster mer tillgängliga, utan även underlätta stora gruppssessioner. ACEP:s humanitära kommittés medlemmar rapporterade i en informell undersökning den frekventa användningen av Zoom-gruppssessioner eller tele-hälsoklasser. I en RCT som undersökte resultaten av EFT-behandlingar på stress, ångest och utbrändhetsnivåer under pandemin randomiserades 72 sjuksköterskor till en knackningsgrupp eller en kontrollgrupp utan behandling (Dincer & Inangil, 2021). Baserat på en enda guidad EFT-gruppssession uppnådde minskningar av stressnivå, ångest och utbrändhetsindikatorer höga nivåer av statistisk signifikans ($p < .001$). Kontrollgruppen visade inga statistiskt signifikanta förändringar på dessa mätningar.

9.4 Utbildning av lokala yrkesverksamma och institutioner

En enda stor katastrof kan förändra ett samhälle för alltid. Även om katastrofhjälpteam från andra områden kan ta med sig oundgängliga resurser är deras tid i samhället relativt kort. Katastrofhjälpteam inom energipsykologi – från Newtown till Parkland, till Rwanda och till aboriginska samhällen i Australien – har utvecklat sätt att utbilda och stärka de lokala ledarna och katastroföverlevande för att förbättra samhällets långsiktiga motståndskraft. Före avresan tillhandahåller hjälpteam alltmer utbildning i akupunkturprotokoll till lokal mentalvårdspersonal och instanser som kommer att tillgodose de långsiktiga behoven i sina samhällen. Exempelvis efter skolskjutningen i Parkland, Florida, som är en del av Broward County, ett samhälle på 2,2 miljoner som påverkades djupt, tillhandahåller utbildade yrkesverksamma nu EFT-tjänster i 20 instanser i området. Detta möjliggjordes på grund av myndigheters såväl som privata stiftelsers erkännande – inklusive det lokala Children's Services Council och New York Life Insurance Foundation – av behovet att skala och replikera knackningsterapier så att de är allmänt tillgängliga.

9.5 Trender inom tillhandahållning av tjänst

Baserat på mina intervjuer med utövare som har införlivat stimulering av akupunkter i katastrofhjälpsarbete har dessa fyra trender dykt upp för att öka effekten av energipsykologiska interventioner. Att stödja de två första trenderna (stora gruppapplikationer och användningen av noggrant utvalda samhällsmedlemmar som kan lära sig metoden och sedan lära ut den till andra överlevande med insatsteamets övervakning) har varit en tendens

att förenkla knackningsprotokoll. Detta gör det möjligt att enkelt och i stor utsträckning tillämpa knackningsprotokoll för omedelbar lindring och återstabilisering. Ett primärt sätt att åstadkomma detta har varit att fokusera på *känslan* (efter Gendlin, 1982) av traumatiska minnen eller andra störande känslor, snarare än att förlita sig på verbala beskrivningar eller formalistiska fraser. Den tredje trenden, att utnyttja digital teknik, framträder både för att göra de bästa instruktionerna för katastrofhantering allmänt tillgängliga, samt även för att genomföra personligt anpassade behandlingssessioner på distans med individer och grupper. Alla tre av dessa utvecklingar kan utnyttjas i den fjärde trenden, som är att ge lokalsamhället möjlighet att ta itu med pågående psykiska utmaningar, samt att utveckla större motståndskraft från att ha levt genom tragedin.

10. Utbildning

Utbildning och certifiering i de olika formerna av energipsykologi finns tillgängliga från många organisationer. Bland de största och mest respekterade finns Association for Comprehensive Energy Psychology (<https://www.energypsych.org/>), EFT Universe (<https://eftuniverse.com/>), Thought Field Therapy® (<https://tftapping.com/>), EFT International (<https://eftinternational.org/>) och Evidence Based EFT Training (<https://evidencebasedeft.com/>). Förutom de grundläggande färdigheter som krävs för att ta itu med psykologiska problem med hjälp av akupunkturprotokoll, är utbildning som fungerar som katastrofsvår allmänt tillgänglig från organisationer som Röda Korset (<https://www.redcross.org/take-a-class/disaster-training>), Green Cross Academy of Traumatology (<https://greencross.org/>) och International Trauma Training Institute (<https://traumaonline.net/certified-clinical-trauma-professional-cctp/>). En lista över andra kurser, personliga och online, finns på <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/dmh-training/disaster-mental-health-training>. Mer än ett dussin böcker finns tillgängliga för att studera de problem som alla katastrofhjälpare behöver förstå. Tre av mina favoriter är de redan nämnda *Interventions Following Mass Violence and Disasters* (Ritchie et al., 2007), *The Body Keeps the Score* (van der Kolk, 2014) och *The Worst Is Over: What to Say When Every Moment Counts* (Acosta & Prager, 2014).

11. Framtida forskning

Ytterligare systematisk forskning krävs i takt med att ett växande antal katastrofhjälpteam använder energipsykologiska protokoll. Bland de ämnen som behöver undersökas ytterligare: (a) Är energipsykologiska interventioner i omedelbar efterdyning av en katastrof effektivare än andra metoder för att förebygga posttraumatiska symtom på lång sikt? (b) Vilka energipsykologiska strategier är mest effektiva under varje fas av återhämtning efter katastrofen? (c) Vilka justeringar behöver göras baserat på typen av katastrof? (d) När är det bäst att använda eller inte använda stark tillit till de verbala komponenterna i energipsykologiska protokoll? och (e) Hur kan effektiva tillhandahållningsmetoder, såsom användning av stora grupper och digital teknik, utformas för att förbättra snarare än späda ut metodens effekter?

12. Slutsats

Den eskalerande förekomsten av naturkatastrofer och katastrofer orsakade av människor har resulterat i en kritisk brist på resurser för psykisk hälsa som kan hantera de känslomässiga konsekvenserna, samt den kompromissade funktionen, hos miljontals människor som har levt genom katastrofala händelser över hela världen. Tillämpningar av energipsykologiska interventioner efter katastrofer i mer än 40 länder har varit lovande. Effektiva sätt att tillhandahålla inkluderar stora grupper, lekmän, digital teknik och stärkande av samhället. Rapporter från dem som tillhandahåller dessa tjänster, samt ett begränsat antal empiriska studier, verkar övertygande. Teknikens förmåga att snabbt lindra de fysiologiska efterdyningarna av trauma sticker ut som en stor fördel.

13. Referenser

- Acosta, J., & Prager, S. I. (2014). *The worst is over: What to say when every moment counts* (Rev.). Scotts Valley, CA: CreateSpace.
- American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Washington, DC: Författare.
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour research and therapy*, 50(10), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.006>
- Bangpan, M., Felix, L., & Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: A systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *British Medical Journal Global Health* 4:e001484. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001484>
- Berlau, D. J., & McGaugh, J. L. (2006). Enhancement of extinction memory consolidation: The role of the noradrenergic and GABAergic systems within the basolateral amygdala. *Neurobiology of learning and memory*, 86(2), 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2005.12.008>
- Boath, E., Stewart, T., & Rolling, C. (2014). The impact of EFT and Matrix Reimprinting on the civilian survivors of war in Bosnia: A pilot study. *Current Research in Psychology*, 5(1), 64-72. <https://doi.com/10.3844/crpsp.2014.64,72>
- Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: A randomized trial. *Integrative Medicine*, 7(4), 30-35.
- Brown, R.C., Witt, A., Fegert, J.M., Keller, F., Rassenhofer, M. och Plener, P. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47, 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Bryant, R. A., & Litz, B. T. (2007). Intermediate interventions. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 155-173). New York: Guilford.

- Church, D. (2012). Online delivery of efficacious therapies for depression, anxiety, PTSD, and pain [redaktionell]. *Energy Psychology*, 4(1), 9-12.
<https://doi.org/10.9769/EPJ.2012.4.1.DC>
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology*, 4(8), 645–654.
<https://doi.org/10.4236/psych.2013.48092>
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., & Stein, P. (2013). Psychological trauma in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 153–160.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6351>
- Church, D., Stapleton, P., & Sabot, D. (2020). App-based delivery of Clinical Emotional Freedom Techniques: Cross-sectional study of app user self-ratings. *JMIR mHealth uHealth*, 12(8), 869-877. <https://doi.org/10.2196/18545>
- Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 388–395.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000483>
- Coleman, L. (2006). Frequency of man-made disasters in the 20th century. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14(1), 3-11.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2006.00476.x>
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. (2008). *Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence*. Washington, D.C.: Institute of Medicine vid National Academy of Sciences.
- Connolly, S., & Sakai, C. (2011). Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using thought field therapy. *International journal of emergency mental health*, 13(3), 161–172. PMID: 22708146
- Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C., & Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: A randomized controlled study using Thought Field Therapy. *African Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 82-90.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14793.44644>
- Connolly, S. M., Vanchu-Orosco, M., Warner, J., Seidi, P. A., Edwards, J., Boath, E., & Irgens, A. C. (2021). Mental health interventions by lay counsellors: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(8), 572–582.
<https://doi.org/10.2471/BLT.20.269050>
- David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2018;9;4.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>

- DeAngelis, T. (2014). What every psychologist should know about disasters: Being competent in the face of a disaster takes training and know how. *Monitor on Psychology*, 45(7), 62-65. <http://www.apa.org/monitor/2014/07-08/disasters.aspx>
- Di Rienzo, F., Saruco, E., Church, D., Daligault, S., Delpuech, C., Gurret, J. M., ... Guillot, A. (2019, 17 november). Neuropsychological correlates of an energy psychology intervention on flight phobia: A MEG single-case study. <https://doi.org/10.31234/osf.io/s3hce>
- Dincer, B., & Inangil, D. (2021). The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 17(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.012>
- Duckworth, M. P., & Follette, V. M. (red.). (2011). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. New York, NY: Routledge.
- Dunnewold, A. L. (2014). Thought Field Therapy Efficacy Following Large Scale Traumatic Events. *Current Research in Psychology*, 5(1), 34-39. <https://doi.org/10.3844/crpsp.2014.34.39>
- Dunsmoor, J. E., Niv, Y., Daw, N., & Phelps, E. A. (2015). Rethinking extinction. *Neuron*, 88(1), 47–63. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.09.028>
- Exton-McGuinness, M. T. J., Lee, J. L. C., & Reichelt, A. C. (2015) Updating memories: The role of prediction errors in memory reconsolidation. *Behavioural Brain Research*, 278, 375-384. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.10.011>
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li K., Kong, J., Nixon, E. E., ... Hui, K. K.-S. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Human Brain Mapping*, 30, 1196–1206. <https://doi.com/10.1002/hbm.20583>
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., & Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 781–787. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.003>
- Fay, D. (2021). *Becoming safely embodied: A guide to organize your mind, body and heart to feel secure in the world*. New York, NY: Morgan James.
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology in disaster relief. *Traumatology*, 14(1), 124-137. <https://doi.org/10.1177/1534765608315636>
- Feinstein, D. (2010). Rapid treatment of PTSD: Why psychological exposure with acupoint tapping may be effective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 385-402. <https://doi.org/10.1037/a0021171>

- Feinstein, D. (2016). A survey of energy psychology practitioners: Who they are, what they do, who they help. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 33-39. <https://doi.org/10.9769/EPJ.2016.8.1.DF>
- Feinstein, D. (2019). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. *Explore*, 2019(15), 340-351. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.11.003>
- Feinstein D. (2021a). Perceptions, reflections, and guidelines for using energy psychology: a distillation of 800+ surveys and interviews with practitioners and clients. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 13(1), 13-46. <https://doi.com/10.9769/EPJ.2021.13.1.DF>
- Feinstein, D. (2021b). Six empirically-supported premises about energy psychology: Mounting evidence for a controversial therapy. *Advances in Mind-Body Medicine*, 35(2), 17-32. [Link](#).
- Feinstein, D. (2022). Energy psychology in disaster relief (revised excerpt). <https://2008-disaster-relief-paper-excerpts.EnergyPsychEd.com>
- Feinstein ["Hierarchy" och "Energy"-artiklar citeras i den slutliga versionen]
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). *Mechanisms of change in exposure therapy*. I R. M. Rapee (Red.). *Current controversies in the anxiety disorders* (s. 329-343). New York: Guilford.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Folkes, C. (2002). Thought field therapy and trauma recovery. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 99-103.
- Gallo F. P. (2004). *Energy psychology: Explorations at the interface of energy, cognition, behavior, and health* (2:a uppl.). New York, NY: CRC Press.
- Gendlin, E. T. (1982). *Focusing* (2:a uppl.). New York: Bantam.
- Geronilla, L., Minewiser, L., Mollon, P., McWilliams, M., & Clond, M. (2016). EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: A randomized controlled replication trial. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 8(2), 29-41. <https://doi.com/10.9769/EPJ.2016.8.2.LG>
- Gordon, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M., & Wilson, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(9), 1469-1476. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0915>
- Gurret, J-M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J., & Church, D. (2012). Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian seminarians. *Energy Psychology*, 4(2), 33-40. <https://doi.org/10.9769/EPJ.2012.4.2.JPH>

- Hamne, G., & Sandström, U. (2021). *Trauma Tapping Technique: A tool for PTSD, stress relief, and emotional trauma recovery*. Stockholm: Peaceful Heart Publishing.
- Hui, K. K.-S., Liu, J., Marina, O., Napadow, V., Haselgrove, C., Kwong, K. K., ... Makris, N. (2005). The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. *NeuroImage*, 27, 479 – 496. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.04.037>
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331.
- Kaplan, JS, Tolin, D. F. (2011). Exposure therapy for anxiety disorders: Theoretical mechanisms of exposure and treatment strategies. *Psychiatric Times*, 28 (9), 33–37. <https://www.psychiatrictimes.com/view/exposure-therapy-anxiety-disorders>
- Karácsonyi, D., Taylor, A., & Bird, D. (Eds; 2021). *The demography of disasters: Impacts for population and place*. Bahn, Schweiz: Springer.
- Keane, T. M. (1995). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5(4), 1– 6.
- König, N., Stever, S., Seebacher, J., von Prittwitz, Q., Bliem, H., & Rossi, S. (2019). How therapeutic tapping can alter neural correlates of emotional prosody processing in anxiety. *Brain Science*, 9, 206. <https://doi.org/10.3390/brainsci9080206>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., & Steinert, C. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 159. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00159>
- Leskowitz, E. (2016). Integrative medicine for PTSD and TBI: Two innovative approaches. *Med Acupuncture*, 28(4), 81-183. <https://doi.org/10.1089/acu.2016.1168>
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Patrick, K., Shams, I., Shahid, H., ... Samaan, Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioral therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 24, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100442>
- Lyford, C. (2022). Is meditation as safe as we think? *Psychotherapy Networker*, 46(1), 11-13.
- Lyons, J. A., & Keane, T. M. (1989). Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 243-264.
- MacKay, D., & Alfred, P. K. (2013). Cross-cultural EFT. I D. Church & S. Marohn, *Clinical EFT handbook: A definitive resource for practitioners, scholars clinicians and researchers* (vol. 2, s. 437-446). Fulton, CA. Energy Psychology Press.

- Makwana N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090–3095. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_893_19
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., Lovell, K., Biyanova, T., & Marshall, R. D. (2015). Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 430–440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070908>
- Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, et al. 2020a. Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl.* 2020;61(1);18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., ... & Pilling, S. (2020b). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PloS one*, 15(4), e0232245.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45–79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
- Mollon, P. (2008). *Psychoanalytic energy psychotherapy*. London: Karnac.
- Mollon, P. (2013). Client safety. I D. Church & S. Marohn (Eds.), *Clinical EFT Handbook* (Vol 2; s. 355–362). Fulton, CA: Energy Psychology Press
- Monfils, M. H., Cowansage, K. K., Klann, E., & LeDoux, J. E. (2009). Extinction-reconsolidation boundaries: Key to persistent attenuation of fear memories. *Science*, 324(5929), 951-5. <https://doi.org/10.1126/science.1167975>
- Morina, N., Nickerson, A., Malek, M., & Bryant, R. (2017). Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries *Depression and Anxiety* 34(8)679-691. <https://doi.org/10.1002/da.22618>
- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends in Neurosciences*, 26, 65–72. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(02\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(02)00042-5)
- Nelms, J., & Castel, D. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12, 416–426. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.08.001>
- Norris, F., & Alegria, M. Promoting disaster recovery in ethnic-minority individuals and communities. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 319-342). New York: Guilford.

- Ørner, R. J., Kent, A. T., Pfefferbaum, B. J., Raphael, B., & Watson, P. J. (2007). The context of providing immediate postevent intervention. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 121-133). New York: Guilford.
- Ortner, N., Leyden, L., & Lewis, S. (n.d.). *Newtown Trauma Relief Collaboration Project*. Newtown, CT: Newtown Trauma Relief Collaboration Project.
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD011849. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
- Quarantelli, E. L. (2000). Disaster planning, emergency management and civil protection: The historical development of organized efforts to plan for and to respond to disasters. University of Delaware Disaster Research Center. <https://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/673/PP301.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Raphael, B., & Wooding, S. (2007). Longer-term mental health interventions for adults following disasters and mass violence. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 174-192). New York: Guilford.
- Ritchie, E. C., Watson, P. J., & Friedman, M. J. (red.). (2007). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice*. New York: Guilford.
- Robson, P. & Robson, H. (2012). The challenges and opportunities of introducing Thought Field Therapy (TFT) following the Haiti earthquake. *Energy Psychology Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.9769/EPJ.2012.4.1.PR>
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy?: A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59. <https://doi.org/10.1002/jclp.1128>
- Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1996/2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s. 491-509). New York: Guilford.
- Rowe, J.E. (2005). The effects of EFT on long-term psychological symptoms. *Counseling and Clinical Psychology*, 2, 104-111.
- Ruden, R. A. (2019). Harnessing electroceuticals to treat disorders arising from traumatic stress: Theoretical considerations using a psychosensorory model. *Explore*, 15(3), 222-229. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.05.005>

- Ruzek, J. I. (2007). Models of early intervention following mass violence and other trauma. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 16-34). New York: Guilford.
- Sakai, C. S. (2014). *Overcoming adversity: How energy tapping transforms your life's worst experiences – a primer for post-traumatic growth*. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.
- Sakai, C. S., Connolly, S. M., & Oas, P. (2010). Treatment of PTSD in Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy. *International Journal of Emergency Mental Health, 12*(1), 41-50.
- Schiller, D., Monfils, M-H., Raio, C. M., Johnson, D. C., LeDoux, J. E., & Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature, 463*, 49-53. <https://doi.org/10.1038/nature08637>
- Schulz, P. (2009). Integrating energy psychology into treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *Energy Psychology: Theory, Research, Treatment, 1*(1):15-22. <https://doi.org/10.9769/EPJ.2009.1.1.KS>
- Schwarz, R. (2018). Energy psychology, polyvagal theory, and the treatment of trauma. I S. W. Porges och D. A. Dana (Eds.). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (s 270-284). New York: Norton.
- Seal, K. H., Maguen, S., Cohen, B., Gima, K. S., Metzler, T. J., Ren, L., Bertenthal, D., & Marmar, C. R. (2010). VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *Journal of traumatic stress, 23*(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.20493>
- Sebastian, B., & Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Explore: The Journal of Science and Healing, 13*, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.001>
- Seidi, P., Jaff, D., Connolly, S.M., & Hoffart, A. (2021). Applying Cognitive Behavioral Therapy and Thought Field Therapy in Kurdistan region of Iraq: A retrospective case series study of mental-health interventions in a setting of political instability and armed conflicts. *Explore, 17*(1):84-91. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.06.003>
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. I C. R. Snyder & S. J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 3–9). New York: Oxford University Press.
- Stapleton, P. (2019). *The science behind tapping*. Carlsbad, CA
- Stapleton, P., Buchan, C., Mitchell, I., McGrath, J., Gorton, P., & Carter, B. (2019). A initial investigation of neural changes in overweight adults with food cravings after Emotional Freedom Techniques. *OBM Integrative and Complementary Medicine, 4*(1). <https://doi.org/10.21926/obm.icm.1901010>

- Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *J Amer Med Assoc.* 2015;314:489-500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
- Stein, P. K., & Brooks, A. J. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches versus licensed therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 11-17. <https://doi.org/10.9769/EPJ.2011.3.1.PKS.AJB>
- Takakura, N., & Yajima, H. (2009). Analgesic effect of acupuncture needle penetration: a double-blind crossover study. *Open Medicine*, 3(2), e54–e61.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International journal of mental health systems*, 11, 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- UN Refugee Agency. (2021). Figures at a glance. Genève: Författare. <https://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2020). The human cost of disasters: An overview of the last 20 years 2000-2019. New York: Författare. <https://www.undrr.org/publication/human-cost-disasters-overview-last-20-years-2000-2019>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- van Ginneken, N., Chin, W. Y., Lim, Y. C., Ussif, A., Singh, R., Shahmalak, U., Purgato, M., Rojas-García, A. ... Lewin S. (2021). Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, utgåva 8. Art. Nr. CD009149. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub3>
- Watson, P. J., Brymer, M. J., & Bonanno, G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *American Psychologist*, 66(6), 482-494. <https://doi.org/10.1037/a0024806>
- Young, B. H. (2007). The immediate response to disaster: guidelines for adult psychological first aid. I E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman, M. J. (red.). *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (s. 134-154). New York: Guilford.