



Med fördjupning  
om terapeutrotation  
av Malin Anderman  
och Helena Ölund

## Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av tortyr, krig och flykt

En effekt- och processutvärdering

Lina Vågbratt  
Niklas Möller  
Petter Tinghög



**Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av  
tortyr, krig och flykt**

ISBN: 978-91-989580-0-3

Projektgrupp: Lina Vågbratt, Niklas Möller, Petter Tinghög, Malin  
Anderman, Viktor Mauritz, Ronak Tamdjidi, Isabel Petrini, Hillevi Torell,  
Sanne Westerdahl, Rosina Östman, Julia Jennstål

Illustratör framsida: Wilma Harju

Illustratörer i rapporten: Wilma Harju

Tryck: Typografiska 2024

Rapporten går att ladda ner på [www.rkh.se](http://www.rkh.se)

# **Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av tortyr, krig och flykt**

En effekt- och processutvärdering



Röda Korsets kompetenscenter  
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

## Förord

Hur hjälper vi dem som inte får effekt av traditionell traumabehandling? Idén om ett intensivt behandlingsupplägg dök upp i en diskussion hos oss, på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala. En behandlare uppmärksammade en vetenskaplig studie om ett åttadagarsupplägg för patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) – dubbla exponeringsessioner varje dag, Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Formatet inkluderade dessutom pass med fysisk aktivitet och innehöll också terapeutrotation, att varje patient träffar flera behandlare. En majoritet av deltagarna i artikeln uppvisade en påtaglig förbättring och hälften uppfyllde inte längre kriterierna för PTSD vid studiens slut.

Metoderna var bekanta men intensiteten ny. Fördelen med att kunna kondensera månader eller år av terapi är flera – utöver ett förkortat lidande skulle formatet kanske kunna ge effekt för patienter vars veckovisa sessioner tappar kraft när behandlingsinsatsen blir upphackad av de kriser och påfrestningar patienterna ofta möter i sin vardag.

Frågorna var många i uppstarten. Var det verkligen möjligt att få effekt på så kort tid? Skulle patienterna acceptera terapeutrotation – hur skulle det påverka relationen, alliansen? Inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter startade vi upp en pilotstudie för att besvara frågorna.

Resultatet, som redogörs för i den här rapporten, är över förväntan. Sakta testades och anpassades upplägget, åtta dagar blev sex, och landade till slut i fem dagar under en sammanhållen vecka. Formatet gör att du som behandlare vågar mer när du vet att patienten kommer tillbaka till mottagningen samma eftermiddag eller morgonen därpå. Terapeutrotationen har inte bara uppskattats av patienterna – de involverade behandlarna har kunnat ge varandra stöd på ett sätt som vi sällan kan när vi sitter själva med vår patient.

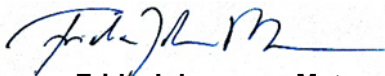
Gemensam, engagerad och omfattande ansträngning har lett till att de första frågorna vi hade vid pilotstudiens start besvarats – nya har förstås tillkommit. Runt om i landet fortsätter flera av Svenska Röda Korsets behandlingscenter nu att arbeta med intensivformatet.

Den här rapporten är den trygghet vi hade velat ha i handen när vi startade – vår förhoppning är att den ger mod till fler att testa intensivbehandling.



**Niklas Möller**

Verksamhetschef, leg. psykolog  
Röda Korsets behandlingscenter  
för krigsskadade och torterade, Uppsala



**Frida Johansson Metso**

Leg. psykolog, samordnare  
Röda Korsets kompetenscenter  
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

## Författare



### **Lina Vågbratt**

*Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Uppsala*

Leg. psykolog som arbetar kliniskt med behandling och tortyrskadeutredningar. Lina har varit projektledare för intensivbehandlingsprojektet.



### **Niklas Möller**

*Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Uppsala*

Verksamhetschef, leg. psykolog, specialist i psykologisk behandling/psykoterapi och leg. psykoterapeut. Niklas arbetar kliniskt med behandling och tortyrskadeutredningar.



### **Petter Tinghög**

*Röda Korsets Högskola*

Docent, lektor och forskare. Petter har varit ansvarig forskare för intensivbehandlingsprojektet. Petters forskningsområde berör olika aspekter relaterade till migration och psykisk ohälsa samt socioekonomiska konsekvenser av kronisk sjukdom.

## **Fördjupning** Patienters upplevelse av terapeutrotation

Den sammanfattade studien kring patienters upplevelse av terapeutrotation vid intensiv traumabehandling (sid 64–82) är Malin Anderman och Helena Ölunds gemensamma examensuppsats för Psykoterapeututbildningen vid Umeå Universitet, höstterminen 2023.



### **Malin Anderman**

*Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Uppsala*

Leg. psykoterapeut och socionom, som arbetar kliniskt med behandling.



### **Helena Ölund**

Leg. psykoterapeut och fysioterapeut som arbetar kliniskt med behandling i Alingsås.

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>2</b>
<b>Författare</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>8</b>
Abstract in English .....	8
Sammanfattning på lättare svenska .....	9
<b>Introduktion</b> .....	<b>10</b>
Om Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade ..	10
Om patientgruppen .....	10
Posttraumatiska reaktioner .....	11
Psykologisk behandling vid posttrauma .....	12
Intensivbehandling .....	14
Terapeutrotation .....	16
Syfte .....	17
<b>Förberedelse och modellutveckling</b> .....	<b>18</b>
Metodbeskrivning .....	18
Andra projekt kring intensivbehandling inom Svenska Röda Korset .....	20
Utveckling av modellen .....	21
Test av upplägget .....	22
<b>Beskrivning av behandlingen</b> .....	<b>23</b>
Identifiering .....	23
Rekrytering .....	23
Förberedelsefas .....	25
Genomförande .....	28
Terapeutrotation .....	29
Eftermätningar .....	29
<b>Utvärdering</b> .....	<b>31</b>
Patientmätningar .....	31
Urval och procedur .....	31
Mätmetoder .....	32
Analys på mätdata för patienter .....	34
Patientintervjuer .....	35
Behandlarenkäter .....	36
Fokusgrupper med behandlare .....	36
<b>Resultat</b> .....	<b>38</b>



Beskrivning av deltagarna.....	38
Effekt på patienters symtom .....	39
Patienters upplevelse av intensiv traumabehandling .....	40
Behandlares upplevelse av intensivbehandling – enkäter .....	42
Behandlares upplevelse av intensivbehandling – fokusgrupper .....	46
Del 1: Implementering.....	46
Del 2: Förberedelser .....	48
Del 3: Genomförande .....	49
Sammanfattning.....	54
<b>Diskussion.....</b>	<b>56</b>
Effektivitet .....	56
Säkerhet.....	57
Urval och metod.....	58
Utvecklingsområden .....	59
Anpassningar och rekrytering .....	59
Metodförbättring.....	60
Mellanpassen.....	61
Arbetsmiljö .....	62
<b>Fördjupning .....</b>	<b>64</b>
Patienters upplevelser av terapeutrotation .....	65
Bakgrund .....	65
Intervjustudien .....	68
Resultat.....	69
Diskussion .....	75
Referenser Patienters upplevelser av terapeutrotation.....	79
<b>Referenser .....</b>	<b>83</b>

# Sammanfattning

Denna rapport beskriver en ny form av traumabehandling som testats vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala. Behandlingen ges i intensivt format under fem heldagar och använder en kombination av två välbeforskade traumabehandlingsmetoder, Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), tillsammans med fysisk aktivitet och musikerapeutiska interventioner. Den kvantitativa utvärderingen av projektet visade att intensivbehandling hade stor effekt på minskning av PTSD-symtom. Den kvalitativa utvärderingen bestod av intervjuer med patienter samt gruppintervjuer med behandlare. Intervjuerna visade på att behandlingen var uppskattad av både patienter och behandlare och upplevdes som genomförbar, effektiv och säker.

## Abstract in English

This report describes a new form of trauma treatment tested at the Swedish Red Cross Treatment Centres for Persons Affected by War and Torture, in Uppsala, Sweden. The treatment is delivered in an intensive format over five full days and uses a combination of two well-researched trauma treatment methods, Prolonged Exposure (PE) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), along with physical activity and music therapy interventions. The quantitative evaluation of the project showed that the intensive treatment had a significant effect on reducing PTSD symptoms. The qualitative evaluation consisted of interviews with patients and group interviews with therapists. The interviews indicated that the treatment was appreciated by both patients and therapists and was perceived as feasible, effective, and safe.

## Sammanfattning på lättare svenska

Obehagliga upplevelser kan göra att du mår dåligt.

Du kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.

Den här rapporten handlar om en ny behandling för PTSD.

Den har testats hos Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala.

Behandlingen pågår i fem hela dagar.

Det är en intensiv typ av behandling.

Den använder två kända metoder för behandling: PE och EMDR.

Behandlingen innehåller också fysisk aktivitet och musikinslag.

Utvärderingen visar att behandlingen minskar PTSD.

Utvärderingen innehåller intervjuer med patienter och vårdpersonal.

Intervjuerna visar att patienter och vårdpersonal gillar behandlingen.

De tycker att den är enkel, hjälpsam och säker.

# Introduktion

Avsikten med denna rapport är att beskriva upplägget av det intensiva traumabehandlingsprogram som har utvecklats och testats på Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala samt resultaten från den kvalitativa och kvantitativa utvärderingen av projektet. Detta pilot- och utvecklingsprojekt har initierats av Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Uppsala i samarbete med Röda Korsets Högskola och Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering.

## Om Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade

Svenska Röda Korsets sex behandlingscenter för krigsskadade och torterade erbjuder vård till personer – vuxna och barn – med migrantbakgrund och som traumatiserats till följd av tortyr, krig och/eller flykt. Behandlingscentren är specialiserade öppenvårdsmottagningar bemannad av psykologer, psykoterapeuter, kuratorer samt läkare. Frivilligläkare medverkar vid tortyrskadeutredningar utifrån Istanbulprotokollet.

Det första behandlingscentret öppnade 1985 i Stockholm. Därefter har ytterligare fem center öppnat. Genom åren har behandlingscentrens patientmålgrupp utvidgats till att inbegripa, utöver tortyrskadade, även personer som överlevt väpnade konflikter samt våld längs flyktvägar till Sverige. Barn ingår i målgruppen men olika center har olika åldersgränser. Verksamheterna syftar till att stötta staten i dess humanitära ansvar.

## Om patientgruppen

De allra flesta patienter vid centret uppfyller kriterier för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Många patienter lider därutöver också av annan problematik som samspelar med

traumatiseringen, som depression, olika ångestsymtom, utdragen och komplicerad sorg och psykosomatiska besvär.

En stor andel av patienterna har utsatts för sexualiserat våld, befunnit sig i situationer där de varit fullständigt hjälplösa och bevittnat nära anhöriga, vänner, grannar och barn dödas. Många har utsatts för detta våld under hela livet, vid upprepade tillfällen eller under utdragna tidsperioder.

Tortyr, krigstillstånd och instabila samhällssituationer leder ofta till ett utdraget eller frekvent återkommande våld och kan tillsammans med den migrationsrelaterade stressen ofta leda till en mer komplicerad symtombild än hos personer som genomlevt enstaka våldsamma händelser.

## Posttraumatiska reaktioner

Tortyr- och krigsupplevelser riskerar att lämna djupa spår i de personer som överlever dessa erfarenheter. Väpnade konflikter och flykt leder till förödande konsekvenser för människors psykiska hälsa och välbefinnande (Blackmore et al., 2020; Carpiniello, 2023; Fazel et al., 2005; Turrini et al., 2021). Tortyr är ett allvarligt brott mot en persons mänskliga rättigheter och riskerar att skada en persons känsla för identitet, självkänsla och tillit till andra (Baolu et al., 1992). Våldsupplevelser, tortyr i synnerhet, är en riskfaktor för psykisk ohälsa, framför allt PTSD, depression och ångest (Steel et al., 2009). Förekomst av tortyr har rapporterats från över 140 länder i världen (Amnesty, 2014).

*Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD*, uppkommer efter exponering för allvarliga mycket hotfulla och skrämmande händelser och kännetecknas av stark ångest och en hög stressnivå. Det kan drabba personer som varit med om krig, svåra förluster, olika typer av våld eller andra händelser som inneburit hög stress. PTSD kännetecknas av påträngande minnen av händelsen, undvikande av

traumapåminnelser, emotionell och kognitiv påverkan och överspändhet/överdriven vaksamhet (American Psychiatric Association, 2014). Det är vanligt att personer med PTSD även uppfyller andra diagnoser som depression, ångestsjukdomar, psykossjukdomar och personlighetsstörningar (Mueser et al., 2002; Pietrzak et al., 2012).

*Komplex PTSD* är ett omdebatterat begrepp som försöker förklara den mer komplexa symtombild som kan uppstå hos personer som erfarit mer utdraget våld och/eller att utsattheten skett tidigt i livet (Herman, 2015; van der Kolk, 2014). Symtombilden är mer omfattande; utöver att ovan nämnda symptom för PTSD är mer frekventa och intensiva brukar svårigheter med relationer och emotionsreglering nämnas som utmärkande för komplex PTSD. Många patienter på Röda Korsets behandlingscenter skulle kunna sägas uppfylla kriterier för komplex PTSD. Kritiken mot begreppet brukar bland annat handla om att all PTSD är komplex i någon mån, att relevant forskningsunderlag för skillnaden mellan grupperna saknas och att behandlingsbehoven hos alla typer av PTSD-patienter ändå är traumaexponering (Bongaerts et al., 2017; de Jongh et al., 2016; de Jongh et al., 2019; Zoet, et al., 2018).

## **Psykologisk behandling vid posttrauma**

Psykologisk behandling för PTSD, och särskild komplex PTSD, har historiskt kunnat bestå av långa terapier där fokus legat på att skapa allians mellan behandlare och patient. En betydande del av behandlingsarbetet har därmed ägnats åt att patienten ska känna tillit och återbygga en känsla av trygghet och därigenom relationella förmågor. Ett sådant längre traumafokuserat terapiarbete har ibland bedrivits i faser där den initiala fasen syftat till att patienten ska uppnå känslomässig stabilitet. Först därefter övergår det terapeutiska arbete till att fokusera på de traumatiska händelser som orsakat PTSD-symtomen (Cloitre et al., 2012). Enligt en mängd traumaforskare saknas dock vetenskapligt underlag för vad

stabiliseringsfasen bör innehålla, samt om den överhuvudtaget är nödvändig (de Jongh et al., 2016; van Vliet et al., 2021).

Traumafokuserade metoder som Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement and Desensitization and Reprocessing (EMDR) (se Metodbeskrivning) har de senaste decennierna successivt fått alltmer vetenskapligt stöd vad gäller deras effektivitet att minska PTSD-symtom (de Jongh et al., 2016; Powers et al., 2010; Watkins, et al., 2018). Gemensamt för dessa metoder är att de är manualbaserade, tidsavgränsade och har mycket litet fokus på lugnande och stabiliserande interventioner. Både PE och EMDR har studerats för patienter med flyktbakgrund med gott resultat (Acarturk et al., 2016; Gattinara & Pallini, 2017; Kip et al., 2020; Lely et al., 2019; Mørkved et al., 2014; Paunovic & Öst, 2001; Turrini, et al., 2021).

Det finns åsikter om att PE och EMDR inte är lämpliga för en del PTSD-patienter vilket legat till grund för rekommendationer om försiktighet från bland annat American Psychological Association (APA), National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK) och International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Det rekommenderas att arbeta i "faser" där man behöver se till att patienten är stabil innan start av traumafokuserat terapiarbete, samt att tillit i relationen och kulturella skillnader behöver vara centralt. Utöver detta har man ansett att samsjuklighet som psykosjukdom eller missbruk varit en kontraindikation för att ge traumafokuserad behandling, och att de korta behandlingstiderna ansetts vara för begränsade för många patienter med PTSD (Becker et al., 2004; Cloitre et al., 2011; Cloitre et al., 2012; Courtois et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

I sammanhanget bör nämnas att man även i manualer och utbildningsmaterial för PTSD, PE och EMDR kan läsa om risker vid användning av metoderna på patienter som har instabila livssituationer, har svårigheter med emotionsreglering, uppvisar

suicidalitet eller har dissociativa symtom (Foa et al., 2007; Herman, 2015; Shapiro, 2001; van der Kolk et al., 1996; Van der Kolk, 2014).

Ett problem med ovanstående rekommendationer om försiktighet är att många svårt traumatiserade patienter uppvisar just dessa problem som en del av sin symtombild. Det finns därför risk att de patienter som har störst lidande av sin traumatisering inte får tillgång till evidensbaserad, effektiv vård. Vidare kan rekommendationer om försiktighet och fokus på annat än trauma i terapin förlänga behandlingstiden och därmed förlänga lidandet för patienterna. Framstående forskare inom PTSD-behandling har på senare år kritiserat riktlinjer som på olika sätt bidrar till att patienter inte får tillgång till de PTSD-behandlingar som har god vetenskaplig evidens (Brown et al., 2019; de Jongh et al., 2016; Grubaugh et al., 2021; van Minnen et al., 2010; van Minnen et al., 2012).

## **Intensivbehandling**

Intensiv traumabehandling har de senaste åren fått alltmer forskningsstöd (Sciarrino et al., 2020; Wachen et al., 2019). Man har sett att ett intensivt format av traumabehandling minskar avhopp dramatiskt, något som generellt är ett stort problem i traumabehandling, med upp till 60 procent avhopp från behandling i vissa studier (Hoppen et al., 2023; Lewis et al., 2020; Ragsdale et al., 2020; Rauch et al., 2009). I Nederländerna har flera forskargrupper arbetat med intensiv traumabehandling för svår PTSD, framför allt med en kombination av PE och EMDR. van Woudenberg med kollegor (2018) genomförde en studie på 347 patienter med svår PTSD, hög andel samsjuklighet, dissociation och suicidalitet som inte fått effekt av tidigare behandling (van Woudenberg et al., 2018). Patienterna genomgick en åtta dagar lång kombinationsbehandling med PE, EMDR och fysisk aktivitet under två veckor. Efter avslutad behandling uppfyllde 53 procent av deltagarna inte längre diagnoskriterier för PTSD och andelen avhopp var mycket lågt (2,3 procent). En liknande studie genomfördes 2020 med 308 patienter



där 85 procent av deltagarna inte längre uppfyllde diagnoskriterierna för PTSD efter behandlingen (Voorendonk, de Jongh et al., 2020). Auren med kollegor (2022) genomförde samma typ av program i norsk öppenvård med 29 patienter (inga avhopp) med goda resultat: stora effektstorlekar på symtomminskning och 52–62 procent tillfrisknade från PTSD efter åtta dagars behandling (Auren et al., 2022).

Vissa av ovanstående studier samt ytterligare andra studier har visat att traumafokuserad behandling är genomförbar och hjälpsam för patienter med samsjuklighet som depression, emotionell instabil personlighetsstörning, dissociation och psykosjukdom (Bongaerts et al., 2017; de Jongh et al., 2020; Grubaugh et al., 2021; Sin et al., 2017; van Minnen et al., 2012; Zoet et al., 2018). Flera av studierna har även visat att traumafokuserad intensiv PTSD-behandling minskar samsjukligheten som en följd av PTSD-behandlingen (de Bont et al., 2016; de Jongh et al., 2020, Grubaugh et al., 2021; Paridaen et al., 2023; Pietrzak et al., 2012; van Minnen et al., 2012; van Minnen et al., 2015).



**Det finns risk att de patienter som har störst lidande av sin traumatisering inte får tillgång till evidensbaserad, effektiv vård**

---

Det finns en mängd antaganden om vad som bidrar till dessa resultat, bland annat att ett högt behandlingstempo kan öka patienters fokus på och engagemang i behandlingen samt att intensiva traumabehandlingar kan bidra till att minska undvikandebeteenden och därmed underlätta för patienten att slutföra behandlingen (Hendriks et al., 2018). Studier kring att effektivisera ångestexponering (Cain, 2023; Craske et al., 2014; Craske, 2015) har föreslagit en rad terapeutiska strategier som gynnar exponering för terapiresistenta patienter och några av dessa kan ses vid intensivbehandling, så som att kombinera och variera

olika typer av exponering, förlänga exponeringstiden, intensifiera och fördjupa exponeringen samt att göra det svårare att ägna sig åt säkerhetsbeteenden.

## Terapeutrotation

Under en intensivbehandling tillämpas av nödvändighet terapeutrotation eftersom behandlingen är så intensiv och omfattande tidsmässigt. Terapeutrotation innebär att flera behandlare turas om att leda sessionerna med en patient. Patienten får då träffa flera olika behandlare som roterar utifrån ett schema. Inte mycket forskning har gjorts kring effekterna av terapeutrotation,



**Det kan innebära att  
behandlares rädsla för  
att gå in i trauma-  
behandling med sköra  
patienter minskar**

---

men den som finns ger stöd åt terapeutrotation minskar terapeutdrift (att behandlare inte ger evidensbelagd behandling trots att man har kunskapen) och ökar följsamheten till behandlingsplanen. Det kan till exempel innebära att en patient i

traumabehandling får mer av den verksamma traumafokuserade behandlingen och mindre av andra stödjande interventioner. Det kan också innebära att behandlares rädsla för att gå in i traumabehandling med sköra patienter minskar genom att man arbetar i team och inte är ensamt ansvarig för patienten. Det är vanligt att behandlare väljer bort att arbeta med traumafokus trots dess gedigna stöd vid behandling av PTSD. En orsak till detta är rädsla för att patienter ska försämrats i stället för att förbättras av behandling (Krampe et al., 2004; van Minnen et al, 2010; van Minnen et al., 2018). På sidorna 64–82 i denna rapport finns mer att läsa kring terapeutrotation.

Sammanfattningsvis är resultaten från studier på intensivbehandling för PTSD lovande och intressanta för Röda Korsets vårdenhet inte minst på grund av att personer med svår och komplex PTSD kunnat få så goda behandlingsresultat och att mycket få patienter har

avbrutit behandlingen. Ingen tidigare forskning kring intensivbehandling med PE eller EMDR är dock gjord för personer som traumatiserats till följd av krig, tortyr och/eller flykt.

## Syfte

Detta pilot- och processutvärderingsprojekt syftar dels till att preliminärt bedöma effekten av ett intensivt traumabehandlingsprogram, där de två evidensbaserade behandlingarna Prolonged Exposure (PE) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) kombineras för att behandla patienter med PTSD till följd av krig, flykt eller tortyr, dels att utvärdera det intensiva traumabehandlingsprogrammets genomförbarhet genom att studera hur deltagande i projektet har upplevts av patienter och behandlare.

Förhoppningen var att efter deltagande i det intensiva traumabehandlingsprogrammet skulle deltagarna uppvisa minskade symtom på PTSD, depression och ångest samt få en ökad funktionsnivå samt att patienters och behandlares upplevelse skulle vara positiv och att programmet upplevdes riskfritt trots att det förmodades vara emotionellt betungande.

## Förberedelse och modellutveckling

Detta pilot- och utvecklingsprojektet initierades samt genomfördes vid Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala där man bedriver och erbjuder behandling utifrån Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). De psykologiska behandlarna som deltog i projektet är legitimerade psykologer, legitimerad psykoterapeut samt en legitimerad hälso- och sjukvårdskurator med mångårig behandlingserfarenhet som är under utbildning till psykoterapeut. De som arbetat med psykologisk behandling i projektet har gått grund- och fördjupningskurser inom PE, EMDR och andra traumafokuserade metoder, bland annat fördjupningskurs i den utveckling av EMDR som används i de nederländska intensivuppläggen. Gruppen har därtill flerårig erfarenhet av behandlingsarbete med målgruppen.

Behandlarna har även erfarenhet av att inom ramen för individuell behandling vid behov använda mer intensiva behandlingsupplägg där samtalskontakten sker vid flera tillfällen i veckan eller med längre sessioner jämfört med vanlig standard för psykologisk behandling, som är en ca 60 minuter lång session per vecka. Centret har återkommande handledning inom EMDR, KBT och psykodynamisk terapi. Samtliga handledare är handledarutbildade. Därtill har centret intern kollegial handledning.

### Metodbeskrivning

De traumafokuserade behandlingsmetoder som intensivbehandlingen bestod av var PE och EMDR.

## **PROLONGED EXPOSURE (PE)**

PE är en behandlingsmetod för PTSD där de utmärkande huvudmomenten är två typer av förlängd exponering (Prolonged Exposure); imaginativ exponering och in vivo-exponering. Imaginativ exponering innebär att patienten upprepat återberättar en traumatisk händelse med fokus på de värsta detaljerna. In vivo-exponering är övningar i att bryta undvikande ute i verkliga livet (in vivo). Det innebär att patienten får börja öva på att vara i situationer och göra aktiviteter som hen undvikit på grund av traumarelaterad ångest och olust.

Det vetenskapliga underlaget för PE är gediget (Powers et al., 2010) och PE rekommenderas som förstahandsbehandling av bland annat APA (American Psychiatric Association). PE har testats i intensivt format med god effekt (Hendriks et al., 2018; Rauch et al., 2009). Upplägget har då varit tre veckors vistelse på ett center med helinackordering. Förutom dagliga traumaexponerande sessioner enligt PE-protokollet deltar man i grupper och föreläsningar med olika hälsoteman som sömnskola, yoga, massage, akupunktur och mindfulness samt får stöd och rådgivning av socialarbetare kring ekonomi, karriär och socialt nätverk. Veckovis PE-behandling har problem med hög andel avhopp, medan det intensiva upplägget har goda resultat med upp till 90 procent av deltagarna som slutför påbörjad behandling (Rauch et al., 2020; Sherrill et al, 2022).

## **EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR)**

I EMDR behandlas PTSD genom att patienten koncentrerar sig på en inre bild som representerar traumahändelsen samtidigt som hen följer behandlarens handrörelser med blicken. Det vetenskapliga underlaget för EMDR för PTSD är gott och EMDR rekommenderas som behandling för PTSD av till exempel Socialstyrelsen och APA. Två reviewartiklar visar på att EMDR är en effektiv behandling för PTSD (Korn, 2009; Valiente-Gómez et al., 2017).

Den traditionella förklaringsmodellen för verksamma mekanismer i EMDR är att metoden hjälper traumatiskt material i hjärnan att

integreras med patientens övriga inre friska nätverk av minnen. Nyare förklaringsmodeller kring verksamma mekanismer med EMDR är att terapin är en exponering i likhet med PE och att ögonrörelserna fungerar som en typ av belastning av arbetsminnet, vilket minskar obehag kopplat till traumaminnet som väcks under exponeringen. Genom att obehaget minskar blir det mer möjligt för patienten att våga närma sig bilder och annat kopplat till traumaminnet och patienten får en ny erfarenhet av att inte behöva vara rädd för det, vilket minskar PTSD-symtomen. EMDR har testats i intensiva format med god effekt (Bongaerts et al., 2017; Hurley, 2018).

## **FYSISK AKTIVITET OCH KONSTTERAPI**

Förutom traumafokuserade psykologiska metoder erbjöds patienterna ett "mellanpass" med samspelsövningar som hölls av en psykologisk behandlare eller fysioterapeut. Övningarna utformades tillsammans med fysioterapeut och/eller musikterapeut i syfte att deltagaren skulle få en paus från det ibland mycket påfrestande traumaarbetet. I de studier kring intensiv traumabehandling som nämnts ovan beskrivs inte syfte eller metod kring fysisk aktivitet. Under handledning av dr Suzy Matthijssen framkom att man inte utvärderat effekten av mellanpass med fysisk aktivitet utan att man använder dessa för att man upplever dem som hälsofrämjande och stödjande, samt i viss mån att patienterna blir upptagna av annat och inte har utrymme att tänka på traumatiska upplevelser, vilket ger en mental paus. Se mer kring fysisk aktivitet och musik-/konstterapi vid PTSD i avsnittet Diskussion.

## **Andra projekt kring intensivbehandling inom Svenska Röda Korset**

Under projektets gång har Röda Korsets behandlingscenter i Malmö respektive Skövde genom samverkan med behandlingscentret i Uppsala satt upp liknande intensivbehandlingsprogram. Samverkan har mestadels bestått av digitala möten mellan behandlare samt

delande av dokumenten. Samverkan med Röda Korsets behandlingscenter Skellefteå har också påbörjats via ett initiativ från Göteborgscentret. I denna rapport beskrivs upplägget på intensivbehandlingsprojektet i Uppsala. Den kvantitativa utvärderingen är gjord för intensivbehandling i Uppsala. Den kvalitativa utvärderingen är dock genomförd med behandlare från tre av Svenska Röda Korsets behandlingscenter, i Uppsala, Malmö samt Skövde.

Under tiden intensivbehandlingsprojektet pågick gjordes en studie kring terapeutrotation inom ramen för ett examensarbete på psykioterapeututbildningen. Med kvalitativa intervjuer undersöktes patienternas syn på terapeutrotation under intensivbehandling. På sidorna 64–82 finns en sammanfattning av studien.

## Utveckling av modellen

Från det att informella diskussioner kring intensivbehandling startade på behandlingscentret i Uppsala i samband med att studier från Nederländerna nådde centret, testades anpassningar av individuella behandlingskontakter i riktning mot intensivare behandling. Som exempel kan nämnas att enstaka patienter erbjöds två dubbelsessioner under en vecka eller tre dubbelsessioner dagarna efter varandra under en period då man arbetade med exponering. En annan anpassning var att man kombinerade två metoder omväxlande med samma patient. Erfarenheterna av dessa anpassningar var positiva och var en av orsakerna till att ett mer strukturerat arbete med intensivbehandling initierades.

En arbetsgrupp bestående av behandlare på centret hade regelbundna möten för att utforma och anpassa behandlingsprogrammet till verksamheten. Gemensam inläsning av relevanta studier på intensiv PTSD-behandling gjordes. Beslut kring anpassningar baserades på aktuell forskning och logistiska möjligheter för mottagningen. Gemensamt utarbetades styrdokument

för innehållet under intensivbehandlingen. Vidare diskuterades och valdes metoder för utvärdering, det vill säga formulär och utformande av intervjumallar för patienter och behandlare.

En av de mest erfarna klinikerna av kombinationen PE och EMDR i ett intensivt behandlingsupplägg är dr Suzy Matthijssen (Altrecht Academic Anxiety Center, Utrecht University) och hon ingick i projektgruppen som en arvoderad extern handledare under planering och genomförande av projektet.

Mottagningen har även etablerat samarbete med dr Maria Bragesjö som är både utbildad inom och utbildar andra inom PE-protokollet. Bragesjö har nyligen startat upp en snarlik intensivbehandling vid Psykiatri Sydväst (Stockholm) med traumapatienter där PE är enda interventionen.

## **Test av upplägget**

Under 2021 och 2022 testades ett preliminärt upplägg med sex dagar på tre patienter. För- och eftermätning med Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) och Hopkins Symtom Checklist-25 (HSCL-25) gjordes och kortare intervjuer genomfördes med dessa tre patienter. Resultaten visade på en god förbättring av tolerans för traumaminnen, förbättrade resultat på mätformulär och hög patientnöjdhet.

Ett problem som kom fram under teamkonferenser i samband med dessa test var att helgen mellan dag tre och fyra var tung för patienterna. Upplevelsen var att när exponeringen började ge effekt vid dag tre så kom en ohjälpsam paus som var svår att hantera. Det togs därefter beslut om att testa fem dagar under en vecka utan paus, vilket upplevdes positivt för patienter och även enklare logistiskt för mottagningen. Därav kom fem dagar att bli standard för intensivbehandling framöver.



# Beskrivning av behandlingen

Det som i detta projekt skiljer sig från klinisk rutin är att behandlingsintensiteten höjs under fem dagar. Mottagningen arbetar redan i team runt patienter men vid en intensivbehandling ökar antalet behandlare som träffar patienten (som standard har en patient en psykologisk behandlare, samt en session på 60–90 minuter per vecka).

Figur 1 visar proceduren från identifiering till eftermätningar.



## Identifiering

Identifiering av individer som kan vara lämpliga att erbjudas det intensiva traumabehandlingsprogrammet skedde inom ramen för den befintliga verksamheten, vilket innebär att alla personer som blev aktuella som deltagare hade en pågående kontakt vid centret. Den pågående kontakten varierade i längd, allt från någon vecka till flera år. Det säkerställdes att individen uppfyllde följande inklusionskriterier: att ha flytt krig eller tortyr, uppfyllde kriterierna för PTSD-diagnos med minst fyra händelser enligt kriterium A (DSM-5: "exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuell våld"), var över 18 år, hade förmåga att förstå instruktioner samt skulle klara av att genomföra EMDR- och PE-behandlingen. Individer som bedömdes ha förhöjd risk för självmord eller allvarligt självskadebeteende, skadligt substansbruk, pågående psykos eller som för närvarande upplevde våldsamma levnadsförhållanden uteslöts från studien.

## Rekrytering

När en behandlare bedömt att en person var lämplig gavs muntlig och skriftlig information om behandlingen. Patienter exkluderades i

flera fall från intensivbehandlingsprogrammet. Anledningar relaterat till behandlingsmetoderna var:

- Om patienten inte alls kunde återge ett narrativ. Om patienten till exempel i för hög utsträckning avbröt sig, inte höll kronologisk röd tråd, inte mindes händelseförloppet, inte förstod instruktionerna kring att närma sig traumabilder och känslor i sitt inre utan pratade på ett ytligt sätt utan detaljer, eller pratade alltför mycket om annat som inte skulle ingå (relevant för PE).
- Om patienten inte alls klarade att plocka ut en minnesbild ur händelseförloppet eller inte klarade av att fokusera på bilden (relevant för EMDR).
- Om patienten inte hade en grundläggande tolerans för traumaminnnet. Detta visade sig exempelvis i att patienten inte kunde återge ett narrativ eller att patienten inte klarade att fokusera på traumatiska minnesbilder ens under några sekunder.
- Om patienten inte reagerade känslomässigt på traumaminnnet och inte visade obehagsreaktioner i kontakt med minnena. Både PE och EMDR har verksamma mekanismer kopplade till att konfrontera obehag. Om inget känslomässigt obehag uppstår under exponering kommer intensivbehandlingen eventuellt inte hjälpa patienten. Detta är dock ovanligt och det brukar snarare vara tvärtom, att obehaget är så starkt att det är svårt att hantera för patienten.

Patienter exkluderades inte från intensivbehandling om de hade förhinder att genomföra mellanpass eller om det fanns traumadetaljer som de ännu inte hade berättat om.

Övriga anledningar till att behandlarna inte ansåg att patienter var lämplig för intensivbehandling var:

- Att patienten var alltför rädd för att träffa många behandlare.
- Att en person var gravid i tidigt skede och den kraftiga stressen bedömdes kunna öka risk för missfall.
- Att aktiv behandling redan var pågående i individuell terapi.
- Att patienten inte kunde komma till centret så tidsintensivt på grund av till exempel jobb, ansvar för barn eller somatisk problematik (till exempel inte kunde ta sig till centret eller sitta upp så ofta eller så långa stunder).
- Brist på engagemang eller motivation.
- Oförmåga att berätta om traumatiska upplevelser, till exempel på grund av kognitiva svårigheter.
- Att patienten inte hade PTSD som primärt problem (till exempel var diagnostiserad med PTSD, men hade depression eller komplicerad sorg som huvuddiagnos).

En del patienter tackade nej trots att de bedömts kunna bli hjälpta av intensivbehandling. Olika observerade orsaker var att patienterna:

- Trodde att det skulle bli för jobbigt med traumaexponeringen.
- Trodde att det skulle bli för jobbigt att träffa många behandlare.
- Trodde att de inte skulle orka det tidsintensiva formatet.
- Inte kunde på grund av arbete och ekonomisk situation.
- Hade svårt att ta sig till centret på grund av lång restid.

## Förberedelsefas

Förberedelsefasen har varit av olika omfattning tidsmässigt för olika patienter. Fasen har bestått av olika moment som har kunnat ta olika lång tid att genomföra. En aspekt som påverkat längden på förberedelsefasen är hur ofta och länge patienten har möjlighet att komma till centret för förberedelser. För en patient räckte till exempel en halvdag på plats för att göra förmätningar, ge information, få samtycke och förbereda behandlingskronologin, samt ett samtal över

telefon för några kompletterande frågor. För en annan patient som bara hade möjlighet att komma en gång i veckan, hade pågående behov av krisstöd och uteblev en del, tog förberedelserna flera månader. Gemensamt för förberedelsefasen hos de patienter som deltagit är att den varit målstyrd och inte tidsstyrd. Tre veckors veckovisa sessioner (60–90 minuter) bedömdes som en rimlig standard för förberedelser. Det har också hänt att en patient varit redo för behandlingsvecka men fått oplanerade livsförändringar, som ett nytt arbete, längre sjukdom eller sjukt barn, som gjort att behandlingsveckan flyttats fram i tid.

Förberedelsefasen bestod av följande moment:

- **Ge information om trauma och traumabehandling.** Patienten skulle bedömas som tillräckligt informerad för att kunna ge informerat samtycke till behandlingen och deltagande i studien.
- **Genomföra förmätningar**, vid behov med tolk eller förklarande stöd om patienten inte förstod frågorna. PTSD-diagnos verifierades med Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). En till två veckor innan intensivbehandlingsveckan genomfördes förmätningar av PTSD, depression och funktionsnivå med skattningsformulär (PCL-5, HSCL-25 och WHODAS-2.0-12). En kortare strukturerad intervju kring förväntningar genomfördes också.
- **Upprätta en avgränsning och kronologi för traumaminnen** som ska vara i fokus de olika dagarna på behandlingsveckan, så kallade "målminnen".
- **Beskriva och förklara hur PE- och EMDR-metoderna går till.** I syfte att bekanta deltagarna med behandlingsmetoderna har ansvarig behandlare vid behov gjort kortare testövningar. När det gäller PE görs ett test om personen kan återge ett narrativ från början till slut på ett självständigt sätt. Testet gick till så att man valde ut en

neutral händelse utan traumakoppling och bad patienten återberätta den utan stöd.

- **Vissa övriga psykoedukativa motivationsstärkande moment** ingick också i förberedelse i den mån de bedömdes behövas för att patienten skulle kunna genomgå intensivbehandlingsprogrammet.
- **Bedömning och eventuell anpassning inför mellanpassen.** Om patienten hade svårt med vissa rörelser eller musik byttes delmoment ut.
- **Logistiska förberedelser.** Exempelvis vilken lunchkost som skulle köpas in, om tidsschemat fungerade med förskolehämtning, att patienten hade möjlighet att ta sig till mottagningen och så vidare.
- **Vid behov kopplades anhöriga in** för stöd och avlastning. Då bjöds anhöriga in till en träff eller telefonsamtal för att informeras om upplägget och berätta på vilket vis de kunde stödja och underlätta för patienten under behandlingen.

En viktig del av förberedelserna inför en intensivbehandlingsvecka var att planera för vilken behandlare som skulle hålla vilka sessioner. En ambition har varit att samtliga psykologiska behandlare på centret som har kompetens och erfarenhet ska delta i genomförandet av varje intensivbehandlingsvecka och dela lika på antal sessioner, även mellanpass.

## Genomförande

Den behandling som utvecklats på behandlingscentret i Uppsala pågick under fem sammanhängande arbetsdagar från klockan 10.00 till 15.30. Upplägget var likadant alla dagar:

Tid	Metod
10.00–11.45	Prolonged Exposure
12.00–13.00	Mellanpass
13.00–13.45	Lunch
13.45–15.30	Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy

- Varje dag har ett nytt traumaminne (målminne) bearbetats i PE och EMDR-sessionerna.
- PE-sessionerna har fokuserat på den del av manualen som kallas för "imaginativ exponering". Det innebär att man närmar sig traumaminnet genom att repetera det upprepade gånger. En skillnad från manualen är att man fokuserar specifikt på "brännpunkter" (de värsta detaljerna) redan i första sessionen för att avfärda den förväntade katastrofen av att närma sig minnet. Fokus har även varit på att försöka hålla obehaget så stort som möjligt under hela sessionen genom att prompta patienten att fokusera på än mer obehagliga detaljer.
- EMDR-sessionerna har fokuserat på fas fyra inom EMDR, den huvudsakliga bearbetningen av minnesbilder, med ett specifikt fokus på att ofta gå tillbaka till målbilden. Hand- och ögonrörelser har generellt gjorts snabbare i syfte att öka belastningen på arbetsminnet. Ibland har alternativa tekniker använts, som olika klapptechniker, i samma syfte. Om obehaget minskat avsevärt har övriga faser av EMDR genomförts.

- Mellan kl 12.00–13.00 genomfördes ett "mellanpass" där deltagaren tillsammans med en behandlare utförde olika samspelsövningar, musik- och rörelseaktiviteter (i ett gymnasium eller ute på promenad). Övningarna utformades tillsammans med fysioterapeut och/eller musikerapeut i syfte att deltagaren skulle få en paus från det ibland mycket påfrestande traumaarbetet och få en stund av mer positiv sinnesstämning på olika sätt.
- Mellan klockan 13.00–13.45 åt deltagaren lunch samtidigt som förmiddagens behandlare överlämnat klinisk relevant information till andra involverade behandlare.
- Vid behov kunde riktad psykoedukation eller ytterligare motivationsarbete ges i slutet av dagen. Successivt under projektets gång har dessa pass bedömts behövas i mindre mån.

## Terapeutrotation

Sju behandlare genomförde PE- och EMDR-passen och av dessa hade samtliga kompetens inom PE och EMDR. En behandlare hade nyligen gått kurserna i PE och EMDR och handleddes av kollegor vid behov. Mellanpass hölls mestadels av psykologiska behandlare men även av musikerapeut samt fysioterapeut. En enskild patient träffade mellan fem och nio behandlare under sin intensivbehandlingsvecka. Varje behandlare höll 1–6 pass under veckan. För mer information om terapeutrotation, se sidorna 64–82.

## Eftermätningar

Efter behandlingen följde en period av fem veckor då eftermätningar genomfördes (se kapitlet Utvärdering) då ingen aktiv behandling erbjöds patienten. Patienter som bedömdes i akut behov av stöd erbjöds olika typer av insatser som inte skulle vara behandlande. Ett exempel på planering för en patient i behov av stöd efter intensivbehandling kunde vara enstaka stödsamtal hos psykolog,

fortsatt normalt deltagande i fysioterapi eller stödjande samtal över telefon. För en patient utan behov av stöd pausades behandlingskontakten tills eftermätningar gjorts.





# Utvärdering

Projektet utvärderades i en vetenskaplig studie i samarbete med Röda Korsets Högskola via Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering. Studien bestod av tre delar. Del ett var en effektutvärdering av patienters mående, mätt med strukturerade mätinstrument. Del två var en kvalitativ utvärdering av patienters upplevelse av behandlingen, vilket undersöktes med intervjuer och enkäter. Dessa intervjuer blev också ett sätt att låta patienter uttrycka sig om risker och biverkningar med behandlingen. Tredje delen av projektutvärderingen bestod av en kvalitativ utvärdering av behandlares upplevelse att delta i projektet, undersökt med fokusgruppsintervjuer.

## Patientmätningar

### Urval och procedur

Den kvantitativa datainsamlingen ägde rum på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torturerade i Uppsala. Datainsamlingen påbörjades i februari 2022 och avslutades i juni 2023. Initialt beslutades det att avsluta datainsamlingen när 8–10 deltagare hade genomgått intensivbehandlingsprogrammet. Utifrån beräkningar skulle en studiepopulation i denna storleksordning kunna påvisa signifikanta behandlingseffekter motsvarande Cohen's  $d$  på cirka 1,3 givet en 80 % power med en 5 % signifikansnivå.

Behandlarna använde flera skattningsformulär (se nästa sida) för att bedöma patienternas symtomnivåer. Projektledaren assisterade vid behov. Behandlarna hade dessutom en mapp med studiespecifik information till sitt förfogande. Denna mapp inkluderade bland annat detaljerad information om insamlingsproceduren som behandlarna också kunde använda sig av.

Den strukturerade diagnostiska intervjun (CAPS-5) med deltagarna planerades att genomföras cirka tre till fem veckor före samt fem

veckor efter avslutad behandling, medan skattningsformulären (PCL-5, HSCL-25 och Whodas 2.0-12) skulle fyllas i 1–2 veckor före samt 1–2 veckor efter avslutad behandling. Av olika praktiska och logistiska skäl samlades dock inte alltid information om patientens symtom och funktionsnedsättning in vid dessa förutbestämda tidpunkter (för detaljer se tabell 1).

**Tabell 1.** Genomsnittligt antal veckor (standardavvikelse, SD) före och efter behandlingen som mätinstrumenten administrerades.

Skattningsformulär eller diagnostisk intervju	Genomsnittligt antal veckor före interventionen som mätinstrumenten administrerades (SD)	Genomsnittligt antal veckor efter behandlingen som mätinstrumenten administrerades (SD)
<b>CAPS-5</b> PTSD	3,7 (3,0)	5,3 (0,5)
<b>PCL-5</b> PTSD	2,8 (4,0)	2,2 (1,4)
<b>Whodas-12</b> Funktionsnedsättning	1,6 (1,0)	2,0 (1,3)
<b>HSCL-25</b> Depression, ångest	1,9 (1,1)	2,0 (1,3)

## Mätmetoder

**CAPS-5:** Clinical-Adminstrated PTSD Scale är en strukturerad diagnostisk intervju för att fastställa om individers symtom uppfyller kriterierna för en PTSD-diagnos i enlighet med Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5). CAPS-5, som i allmänhet är betraktad som det mest tillförlitliga ("gold standard") mätinstrumentet för att ställa en PTSD-diagnos (Weathers et al., 2013), administreras till skillnad från de övriga mätinstrument som använts i denna utvärdering i form av en intervju. CAPS-5 består av sammanlagt 20 frågor som korresponderar mot de fem DSM-5-kriterierna för PTSD. Utifrån dessa frågor kan man dels ställa en PTSD-diagnos, dels räkna fram en symtombelastningspoäng utifrån

frekvensen och intensiteten av PTSD-symtomen. När CAPS-5 används på detta sätt får individen en symtombelastningspoäng mellan 0 och 80.

**PCL-5:** Posttraumatic Stress Disorder Checklist (version 5) används för att screena för trolig PTSD-diagnos samt för utvärdering av behandlingsinsatser (Blevins et al., 2015). PCL-5 innehåller sammanlagt 20 frågor där varje fråga behandlar ett specifikt PTSD-kriterium enligt DSM-5. Individer tilldelas ett symtombelastningspoäng mellan 0 och 80 precis som för CAPS-5. Studier har dock visat att PCL-5 tenderar att ge något högre poäng än vad en bedömning via CAPS-5 vanligtvis genererar (Resick et al., 2023). I en svensk studie av PCL-5 som nyligen genomförts (Bondjers et al., 2020) fann man stöd för att PCL-5 hade goda psykometriska egenskaper samt har godtagbar reliabilitet och validitet för att användas i svenska förhållanden. Det noterades dock att ett tydligt gränsvärde för screening av PTSD är svårt att fastställa. Studien föreslår ett gränsvärde på 31 för screening av personer med misstänkt PTSD, det vill säga i mer kliniska sammanhang, och 37 om instrumentet används vid allmänna populationsbaserade studier.

**HSCL-25:** Hopkins Symtom Checklist-25 är ett välkänt och vida använt screeninginstrument för depression och ångest. HSCL-25 utvecklades från början som ett screeningverktyg för icke-traumatiserade populationer (Parloff et al., 1954), men har senare även ofta använts för traumatiserade grupper och flyktingar (Mollica et al., 1987; Tinghög et al., 2017). Instrumentet innehåller sammanlagt 25 frågor varav 15 behandlar depressionssymtom och 10 ångestsymtom. Individen ombeds svara på i vilken utsträckning hen besvärats av symtomen under de senaste två veckorna. För att använda skalan som screeninginstrument räknar man först ut individens frågemedelvärde, det vill säga ett värde mellan 1 och 4. När HSCL-25 används som screeninginstrument för att identifiera sannolika fall används ofta en poäng på omkring 1,75–2,00 som

gränsvärde för både ångest och depression (Oruc et al., 2008; Ventevogel et al., 2007). I denna studie används dock individernas frågemedelvärdet på depressions- respektive ångestdelskalan som utfallsmått.

**WHODAS 2.0–12:** The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 är en självskattningsskala innehållande 12 frågor som mäter funktionsnedsättning utifrån sex domäner: kognition, rörlighet, personlig omvårdnad, relationer, dagliga aktiviteter (i hemmet och på arbetet) samt delaktighet i samhället. Instrumentet genererar en poäng mellan 0–48 där högre poäng indikerar högre funktionsnedsättning eller funktionsförlust. Whodas 2.0-12 är framtaget för att vara ett kort instrument som ska fungera bra oberoende av kulturellt kontext (Üstün et al., 2010). Instrumentet har vid studier uppvisat både godtagbar reliabilitet och validitet i ett flertal olika typer av populationer med eller utan psykiatrisk problematik.

### **Analys på mätdata för patienter**

I denna studie användes paired samples t-tests för att bedöma interventionens behandlingseffekter på symtom och funktion. När information inte fanns tillgänglig (6 procent) på antingen för- eller eftermätningen uteslöts deltagaren från den aktuella statistiska analysen. Behandlingseffekterna presenteras som Cohen's d med ett 95 % konfidensintervall. Därtill redovisas också medelvärden på för- och eftermätningarna tillsammans med 95 % konfidensintervall. Ett smalt konfidensintervall indikerar en liten spridning medan bredare konfidensintervall indikerar större variation bland studiedeltagarna.

## Patientintervjuer

Kvalitativ data samlades in med korta semistrukturerade intervjuguider inför och efter genomförd intensivbehandling. Dessa korta intervjuer hade som syfte att ge patienten en chans att berätta hur behandlingen upplevts för att undersöka dess godtagbarhet. Frågorna var huvudsakligen kring studiedeltagarnas förväntningar och eventuella farhågor med att delta i det intensiva

behandlingsprogrammet, samt i efterhand kring upplevelsen av behandlingens olika delmoment och resultat på psykiskt mående. Intervjuerna genomfördes som standard med ordinarie behandlare



**Skulle du rekommendera intensivbehandling för andra personer med PTSD?**

---

veckan före samt veckan efter genomförd behandling. Patientens svar nedtecknades av behandlaren. Exempel på frågor är: "Vad har du för förväntningar?", "Stämde dina förväntningar?", "Vad var hjälpsamt?", "Vad var inte hjälpsamt?", "Var det lagom med tid (fem dagar)?", "Vad kunde vara annorlunda?", "Var förberedelserna bra?" och "Skulle du rekommendera intensivbehandling för andra personer med PTSD?".

En förenklad tematisk textanalys gjordes av intervjudata. Flera genomläsningar gjordes. Data sammanfattades i preliminära teman. Därefter skedde ytterligare ett antal genomläsningar där data kodades och tillägg eller korrigerings av teman gjordes. Genomläsningarna skedde av två av författarna (LV, PT) och diskussioner hölls kring om sammanfattningen korrekt avspeglade data. Resultaten slutfördes när konsensus nåddes. Värt att notera är att det hölls teammöten på centret där patienters intensivbehandling diskuterades, vilket gav ytterligare input som teman kunde jämföras och valideras mot. De teman som framkom presenteras i avsnittet Resultat.

## Behandlarenkäter

I samband med start och avslut av intensivbehandling fick ansvarig behandlare för den patient som genomfört intensivbehandlingen fylla i en enkät kring sin kliniska bedömning av hur behandlingen påverkat patienten. Enkäternas syfte var att komplettera data från frågeformulär och patientintervjuer kring patienters symtomförändring och behandlingens godtagbarhet med behandlares upplevelse och kliniska bedömning. Enkäten bestod av ett antal öppna frågor som fokuserade på hur man ansåg att intensivbehandling hade fungerat för den specifika patienten. Exempel på frågor är: "Vilka svårigheter och utmaningar uppstod?", "Vad blev utfallet?" och "Vilka kvarvarande symtom och behov har patienten efter avslutad intensivbehandling?".

En förenklad tematisk textanalys gjordes därefter. Enkäterna genomlästes flera gånger och sammanfattades i preliminära teman. Därefter skedde ett ytterligare flertal genomläsningar där tillägg eller korrigerande av teman gjordes. De teman som framkom presenteras i Resultat.

## Fokusgrupper med behandlare

Röda Korsets behandlingscenter i Uppsala initierade och utvecklade modellen för intensivbehandling. Genom samverkan under projektets gång delades kontinuerligt information och material med Röda Korsets behandlingscenter i Malmö och Skövde. Dessa center har startat egna intensivbehandlingsprojekt. Under projektets gång genomfördes sex fokusgruppsintervjuer med behandlare som arbetat med intensivbehandlingsprojektet på de tre centren. Syftet var att inhämta information om hur programmet upplevdes utifrån behandlarnas perspektiv. Fokusgrupperna genomfördes utifrån en semistrukturerade intervjuguide. Exempel på frågor är: "Hur var processen att förbereda och/eller sätta upp den övergripande strukturen för att leverera intensivbehandling på kliniken?", "Hur har

du upplevt att rekrytera och förbereda patienten för intensivbehandling?" och "Vilka är dina erfarenheter av att delta vid genomförandet av intensivbehandlingsinterventioner?" Den semistrukturerade intervjuguiden innehöll också en lista med möjliga specifika utmaningar relaterade till intensivbehandling (till exempel terapeutrotation, teamarbete, överlämning, schemaläggning, val av lämpliga målminnen). Dessa möjliga utmaningar togs upp om de inte behandlades naturligt under samtalsgången samt för att strukturera diskussionen mer om sådant behov uppstod. Behandlarna uppmuntrades att öppet och ärligt uttrycka sina åsikter. Varje intervju var ca en timme lång.

Fokusgrupperna spelades in och transkriberades. Tematisk textanalys enligt Braun och Clarkes metod för kvalitativ analys (Braun & Clarke, 2006) användes för analysen av intervjuerna. Intervjuerna lästes flera gånger och induktiv metod användes för att gruppera meningsbärande enheter till övergripande teman. Teman diskuterades och ytterligare kodning och omgrupperingar av data gjordes. Detta upprepades tills konsensus mellan författarna nåtts. De teman som framkom presenteras i nästa avsnitt.

# Resultat

## Beskrivning av deltagarna

Deltagande patienters ålder varierade från 21 till 63 år med ett medelvärde på 45,8 och en standardavvikelse (SD) på 13,2. Sju identifierade sig som män och tre som kvinnor, med ursprung i Afghanistan, Burundi, Kongo-Kinshasa, Iran, Irak, Rwanda och Syrien. Tre fick behandling via tolk under alla sessioner, fyra hade en tolk närvarande under åtminstone några men inte alla sessioner och tre använde inte tolk alls. Deltagarna rapporterade att de upplevt olika typer av traumatiska händelser som sexuellt våld, tortyr, relationsvåld, förföljelse och strids- eller krigsrelaterade händelser. Hälften av deltagarna hade upplevt traumatiska händelser både som barn och vuxna. En majoritet av deltagarna hade permanent uppehållstillstånd i Sverige. En person var arbetslös och papperslös, några var sjukskrivna på hel- eller deltid, tre studerade och en person hade en lärlingsplats.

Samtliga deltagare hade en poäng över 1,75 på delskalan för depression på HSCL-25, vilket tyder på att de alla uppfyllde diagnoskriterierna för depression, medan en betydande majoritet (78 procent) rapporterade en symtombelastning av ångest som starkt predicerade kliniskt relevant ångest. Dessutom hade två av deltagarna tidigare upplevt dissociativa symtom.

Alla deltagare som påbörjade behandlingen fullföljde den. En deltagare missade dock behandlingsdag två och behandlingen för en deltagare avslutades efter den fjärde dagen – detta var dock helt i överensstämmelse med behandlingsprotokollet, eftersom behandlingsmålen bedömdes vara uppnådda då. I genomsnitt träffade varje deltagare 5,0 olika behandlare (SD 0,9) under veckans traumafokuserande behandlingarna och ytterligare 1,5 behandlare (SD 0,5) under veckans mellanpass.



## Effekt på patienters symtom

Resultat från statistiska analyser presenteras nedan (tabell 2). Cohen's d effektstorlek är vanlig inom psykologisk forskning. Man använder ofta generella riktlinjer, såsom låg (0,2), medel (0,5), och hög (0,8) när man tolkar effekten. Enligt tabellen nedan kan man utifrån detta se att effekterna för PTSD och ångest är mycket stora med resultat långt över det vanliga värdet för "stor effekt". Effekt för depression kan tolkas som medelstor och effekt för funktionsnivå som låg–medel. Vidare är det värt att notera att intensivbehandlingens effekter på PTSD och ångest är statistiskt säkerställda ( $p < 0,05$ ) trots att studiepopulationen endast består av tio individer (effekterna på depression och funktionsnivå uppnår inte detta). Efter behandlingen uppfyllde fem av de tio deltagarna inte längre de diagnostiska kriterierna för PTSD i enlighet med den diagnostiska intervjun CAPS-5.

**Tabell 2.** Behandlingseffekter och genomsnittliga förändringarna i funktionsnedsättning samt symtomnivåer av PTSD, ångest, depression före och efter genomgången intensivbehandling. Alla estimat presenteras med tillhörande konfidensintervall (KI 95 %).

	<b>Medelvärde – före (KI 95 %)</b>	<b>Medelvärde – efter (KI 95 %)</b>	<b>Cohen's d (KI 95 %)</b>
<b>PTSD CAPS-5</b>	46,6 (43,5–49,7)	21,2 (9,7–32,7)	1,91 (0,77–3,02)
<b>PTSD PCL-5</b>	55,8 (48,7–62,9)	33,7 (19,0–48,4)	1,31 (0,43–2,15)
<b>Depression 15 items HSCL</b>	2,8 (2,4–3,2)	2,4 (1,7–3,0)	0,75 (-0,02–1,47)
<b>Anxiety 10 items HSCL</b>	2,6 (2,0–3,2)	2,0 (1,6–2,4)	1,47 (0,49–2,41)
<b>Funktions- nedsättning Whodas-12</b>	23,7 (17,2–30,1)	19,7 (10,0–29,4)	0,46 (-0,24–1,14)

## **Patienters upplevelse av intensiv traumabehandling**

Nedan redogörs för de teman som framkom i patientintervjuer.

### **Intensivbehandling upplevs som en påfrestande behandling.**

Patienterna har känt sig mycket trötta, upplevt intensivt obehag och att det har varit "jättejobbigt". De flesta har under intensivveckan gråtit, fått ökade PTSD-symtom i form av fler påträngande minnesbilder och mardrömmar, ökad och i vissa fall mycket intensiv ångest. En del har känt sig sjuka, fått huvudvärk och någon annan har upplevt ökad smärta i kroppen. Flera deltagare beskriver behandlingen som en intensiv och mycket svår upplevelse och att man mått värre än man föreställt sig. Någon beskriver det som att hen trott att behandlarna/centret inte skulle låta någon lida så som den gjort under intensivbehandling. Flera har velat avbryta på grund av obehaget men ändå bestämt sig för att stanna. För vissa har det dock inte upplevts lika jobbigt, man har upplevt obehag men det har känts hanterbart. En person beskriver det som inte så hemskt som hen föreställt sig.

### **Samtliga patienter upplever att de fått förbättring av sitt**

**mående**, att "en tyngd lyfts", man upplever att man känner sig lättare, att minnena blivit små och svaga, att minnena inte är (lika) störande längre, att man mådde dåligt förut men nu (efter behandlingsveckan) mår bra. Flera personer rapporterar minskade suicidtankar. Andra beskriver det som att behandlingen "hjälpt" men att man är lite osäker på exakt hur. Flera beskriver stor minskning av rädsla eller att man nu inte är rädd längre, att man känner att man "tömt det dåliga" och att rädslorna är borta. För vissa är resultatet inte lika tydligt – man är osäker på resultatet men känner att det varit bra och att något förändrats till det positiva.

Inför **terapeutrotation** har många känt sig tveksamma, nervösa och oroliga. Terapeutrotation har upplevts som påfrestande, det har varit

stressande att öppna sig för många. Alla patienter har ändå upplevt det som positivt; det har gett en bredd av perspektiv som hjälpt behandlingen, bättre än med bara en behandlare, de har känt sig omhändertagna och hörda. (Läs mer om terapeutrotation på sidorna 64–82.)

**Patienterna har upplevt PE och EMDR olika.** En del har uppskattat EMDR och tyckt att det varit lugnande efter en påfrestande PE på förmiddagen. Andra har uppskattat PE med upprepningarna som gett ett tydligt resultat (bättre och bättre för varje repetition) samt känt sig lyssnade på. En del har upplevt att EMDR har känts obehagligt, att det har varit svårt med ögonrörelser, eller hindrande att gå in i minnet för att bilateral stimulering, till exempel ögonrörelser, varit distraherande.

**Längden (fem heldagar) upplevs olika.** Flera har känt att fem dagar varit för kort, man har inte känt sig ”klar” och att det har funnits mer att jobba med. En del har tyckt att dagarna varit för långa. Andra har tyckt att dagarna varit för korta.

**Alla är nöjda med behandlingen.** En majoritet vill rekommendera behandlingen till andra.

**Många har kvarvarande symtom efteråt,** allt är inte bra. Exempel är kvarvarande depressions- och PTSD-symtom eller symtom som upplevs orsakade av problem med livssituation, funktionsnivå eller relationer.

**Mellanpassen** var uppskattade av en majoritet av patienterna. Några önskade mer av dem. Passen upplevdes som en välbehövad paus från känslomässigt obehag under och efter traumapassen. Känslor lugnade sig och man upplevde att man kunde slappna av, samt att passen var nödvändiga för att orka med traumabearbetningen. Innehållet i passen varierade från rörelseövningar till lugn musik, lite mer pulsökande rörelser, till

promenader med samtal och pass med kreativa övningar i musik- och/eller bildkonst. Varje patient i studien träffade en musikterapeut under ett mellanpass i veckan, i övrigt fick man övningar i musik av andra behandlare som var utarbetade av musikterapeuten, samt musik till rörelse. Musikövningar var uppskattade och beskrevs som "hjälpssamma", "avslappnande", "intressanta", "glädjande" och "härligt". En del patienter tyckte musikpassen var hjälpssamma och hade velat ha mer.

Fysiska rörelser uppskattades för att man upplevde att det jobbiga från traumapassen försvann. Man upplevde att det var härligt att få röra på kroppen och att det var hjälpssamt för att slappna av och få en paus. En del upplevde rörelse till musik som roligt och att man kunde skratta, vilket blev en härlig paus från de annars tunga dagarna.

En del upplevde mellanpassen som meningsbärande. Övningar kunde påminna om glädjande minnen, att man upplevde att man fick perspektiv eller att man upplevde att svåra känslor fick ta plats på ett positivt lugnt sätt.

De negativa upplevelser som uttrycktes kring mellanpassen var att de förlängde dagarna, som redan upplevdes långa, samt att det var för jobbigt att promenera och göra rörelser när man upplevde att man behövde ta det lugnt och slappna av (passen anpassades då).

## **Behandlares upplevelse av intensivbehandling – enkäter**

Behandlare upplever att en del patienter får mindre förbättring än andra. Följande nämns som orsaker till detta:

- Nya stressande livshändelser har inträffat, till exempel kris i familj eller konflikter i hemlandet.
- Patienten har upplevt för många olika traumatiska händelser, det är svårt att prioritera och hinna på fem dagar.

- För lite förberedelser kring målminnen, vilket gör att man inte kommer lika långt i bearbetningen under veckan.
- Mångordiga patienter kan försvåra följsamhet till metoderna.
- Svårigheter att rapportera inre känsloupplevelser eller vara i kontakt med känslor upplevs ha bidragit till att behandlingen inte blivit lika effektiv.
- Depression och ältande.
- Komplicerad sorg snarare än PTSD.
- Andra symtom/svårigheter, till exempel neuropsykiatriska svårigheter.
- Stor svårighet att vara i kontakt med minnena kan göra att de inte bearbetas.

Behandlare upplever att det utifrån dessa faktorer kan behövas mer tid eller mer förberedelser för att intensivbehandling ska bli effektiv. Ett exempel på förberedelse som man upplever hade kunnat hjälpa är att ha interventioner kring känslor, till exempel känsluskola.

Vidare upplevde behandlare att terapeutrotation har varit svårt för många patienter. Några patienter beskrivs som oroliga innan men har tyckt att det gått bra under behandlingsveckan. Andra beskrev patienter som de upplevt bara hade tyckt att det varit svårt. Patienterna bedöms ha kunnat se flera fördelar trots att terapeutrotationen upplevts som tuff.

Förberedelsearbetet har upplevts tungt och tagit mycket tid för behandlare och patienter (framför allt att gå igenom målminnen).

Intensivbehandling har upplevts effektivt och gett stora förbättringar av PTSD-symtomen men även gett många andra positiva livsförändringar för patienterna, till exempel snabbt förbättrade relationer, minskad känsla av ensamhet, att suicidtankar försvunnit och att man tänker mer positivt.

Intensivbehandling har ibland känts obehaglig och brutal för patienter och behandlare, med mycket höga stresspåslag och ångest för patienterna som även påverkat behandlarna. Patienters fysiska symtom som huvudvärk, led- och magsmärta har ökat under behandlingen.

Observationer som rapporterats av behandlare:

- Även om inte alla minnen bearbetats klart under veckan kan PTSD försvinna av intensivbehandling.
- Även om patienten inte förstått exakt vad som skulle hända kan PTSD försvinna av intensivbehandling.
- Även om patienten har låg förmåga att emotionsreglera kan PTSD försvinna av intensivbehandling.
- Även om patienten dissocierat under intensivbehandling kan PTSD ändå minska/försvinna.
- Även om patienten fått terapi innan som inte hjälpt kan intensivbehandling ge resultat.
- Även om patienten inte kommer till intensivbehandling alla dagar kan intensivbehandling ge bra resultat.
- Det behövs ibland anpassningar av metoderna, men även om anpassningar inte gjorts (till exempel tyckte någon patient att dagarna var för långa, andra tyckte en vecka var för lite tid) kan intensivbehandling ändå ge goda resultat.
- Trots symtom kvar efteråt, eller kriser, har många patienter kunnat avsluta sin kontakt på centret på grund av ökad tolerans för traumaminnen och så pass förbättrat mående att de inte önskat fortsatt behandling.

Kvarvarande symtom som observerats efter avslutad intensivbehandling:

- Ibland har det inte funnits några behov av behandling efter intensivbehandling, trots mångårig PTSD.

- På kort sikt har patienterna upplevt ökade symtom som försvunnit på lång sikt.
- Patienterna har ibland behövt stöd med relationer/kriser.
- Ökade dissociativa symtom har noterats.
- Mycket PTSD-symtom har kvar för vissa trots symtomminskning.
- Fortsatt skuld/skam.
- Behov av in vivo (öva på situationer i vardagen som man undviker).
- Sömnproblem.
- Kvarstående depression.

Faktorer som behandlarna upplevde kan predicera positivt resultat:

- Att patientens lidande består av en tydlig PTSD-problematik med återupplevanden och undvikande som inte bearbetats innan.
- Följsamhet vad gäller att komma på möten.
- God förmåga att förstå psykoedukation.
- Hög motivation samt engagemang under sessionerna.
- Stabil livssituation inklusive trygg familjesituation.
- Att patienten var känslomässigt resursstark.
- Att de traumatiska händelserna kan avgränsas, att tillräcklig tid tagits till förberedelser av målminnen.

## Behandlares upplevelse av intensivbehandling – fokusgrupper

Tjugofyra behandlare deltog i fokusgrupperna.

**Tabell 3.** Sammansättning av deltagare i gruppintervjuer.

Behandlingscenter	Intervjunummer	Deltagare	Kliniker
Uppsala	1, 2, 5	8	Psykologer, psykoterapeut, kurator under psykoterapeututbildning.
Malmö	3, 4	9	Psykologer, fysioterapeuter.
Skövde	6	7	Psykologer, kuratorer.

Nedan följer en redogörelse för centrala teman utifrån analysen av de sex fokusgrupper som genomfördes på tre behandlingscenter.

### Del 1: Implementering

Arbetet med att utveckla och starta upp det intensiva behandlingsprogrammet upplevdes generellt mycket positivt. I fokusgrupperna diskuterades centrala faktorer som bidrog till förbättrad arbetslivserfarenhet samt vissa utmaningar.

#### Stimulerande

Ett återkommande ämne var att intensivbehandling upplevdes mycket relevant och viktigt. Man upplevde att intensivbehandling passade uppdraget på behandlingscentret och att arbetssättet fyllde luckor där man hade svårt att veta hur man skulle jobba för att hjälpa patienterna. Detta beskrev behandlarna som motiverande för att



arbeta med projektet. Behandlingsprogrammet bestod av metoder som behandlarna hade god tillit till och i kombination med terapins intensiva format ansågs det passa patientgruppens behov. Man återkom upprepade gånger till att projektet var stimulerande och teoretiskt intressant och att arbetet med upplägget fick en att lära sig nya saker som förbättrade ens terapeutförmågor (och behandlingskvaliteten, se kapitlet Genomförande).

### Tillit och flexibilitet

Organisatoriska faktorer som underlättade projektet var flexibilitet och upplevelse av frihet i organisationen. Engagemanget i projektet var frivilligt utifrån egen vilja och motivation. Man identifierade flexibiliteten i organisationen som en motiverande faktor för att arbeta med projektet men också som en trygghetsfaktor för patienter; man kunde anpassa programformatet till patientens behov (till exempel fysiska aktiviteter som fungerade för smärta, kortare behandlingsdagar att kunna hämta barn på förskola, omplanering med kort varsel på grund av akuta kriser). Att lita på sina kollegors terapeutförmågor diskuterades också som en förutsättning för implementeringen av intensivbehandling, utifrån att behandlingen var påfrestande för patienterna och man kände ett behov av att kunna veta att ens patient skulle bli väl omhändertagen av hela teamet.

### Utmaningar

Att utveckla intensivbehandlingsupplägget diskuterades både som periodvis stressande men också förvånansvärt enkelt och likt standardbehandling. Stress på grund av behov av metodträning var ett återkommande tema i diskussionerna. Vissa behandlare var nyligen utbildade i behandlingsmetoderna och behövde träning innan de kände sig bekväma med att bidra i intensivbehandling. Att bli bekväm med att använda metoderna var därför en del av implementeringen så att tillräckligt många behandlare fanns för att genomföra intensivbehandlingen. För det mesta gjordes detta genom

standardrutiner som handledning och behandlingskonferenser samt i det kliniska arbetet för att förbättra färdigheter och självförtroende.

Ett behov av att mötas för öppna och fokuserade diskussioner under utvecklandet av intensivbehandling nämndes upprepade gånger i fokusgrupperna. Möten hölls för att diskutera teoretiska och praktiska frågor och handledning och behandlingskonferenser användes som en plattform för utvecklingen av intensivbehandling.

## **Del 2: Förberedelser**

Att förbereda specifika patienter för intensivbehandling upplevdes både utmanande och centralt för att intensivbehandlingsveckan sedan skulle fungera bra. Ett återkommande tema var frustration över arbetet kring patienternas olika hinder för att delta i behandlingen.

### **Vikten av väl förberedda patienter**

Många behandlare beskrev en insikt om att patienter måste vara väl förberedda innan behandlingsveckan påbörjas. Det diskuterades att patienter som inte var noggrant förberedda i målminnesbedömningen resulterade i ofullständig bearbetning av traumaminnena under behandlingsveckan. Ett annat resultat av för kort förberedelsetid var att bedömningen under sessionerna var svårare och att det kunde äventyra behandlingskvaliteten.

Flera behandlare betonade dock att patienter som gick in i behandling utan en detaljerad behandlingsplan för veckans målminnen, och/eller otillräckliga förberedelser med att testa och justera EMDR-verktyg och/eller utan väldefinierad PE-berättelse och/eller otillräcklig psykoedukation – ändå hade stora minskningar av PTSD till följd av behandlingsveckan. Det diskuterades att det för vissa patienter fanns en risk att fördröja behandlingen genom att dra ut på förberedelserna på grund av oro för att behandlingsplanen inte

var tillräckligt detaljerade eller att patienterna inte helt förstår psykoedukationen.

## Utmaningar

Centrala aspekter av förberedelsefasen inkluderade att bedöma och välja de mest störande målminnena och förbereda lämpliga brännpunkter, motivations-interventioner, ge lämplig traumapsykoedukation, utarbeta anpassningar för EMDR- och PE-sessionerna, planera terapeutrotations-schemat och hjälpa patienter med hinder för behandling. Alla dessa aspekter av förberedelser diskuterades som ibland tidskrävande och frustrerande, förmodligen på grund av patienternas instabila livsvillkor men också höga PTSD-symtombörda.



**För vissa patienter fanns en risk att fördröja behandlingen genom att dra ut på förberedelserna**

---

Exempel på svårigheter var problem med ledighet från jobbet eller skolan under behandlingsveckan, återkommande omplanering på grund av livshändelser eller sjukfrånvaro från terapin, livshändelser som störde motivationen och att bedömningar var mer tidskrävande än planerat.

Fokusgruppsdiskussioner berörde också organisatoriska frågor relaterade till att projektet var frivilligt och teambaserat. Att projektet var på det sättet upplevdes som överväldigande positivt men gjorde att det ibland var oklart vem som skulle ansvara för förberedelser, ta ansvar och fatta beslut. Eftersom behandlingsmodellen var ny för alla, tyckte behandlare att det ibland var svårt att veta vem de skulle fråga om råd.

## Del 3: Genomförande

### Förbättrad behandling

Att arbeta med själva intensivbehandlingsveckorna upplevdes överväldigande positivt. Man upplevde behandlingsprogrammet som

förvånansvärt kraftfullt och att man hjälpte patienter ur ett stort och långdraget lidande på extremt kort tid. Att kunna hjälpa till synes terapistresistenta patienter upplevdes som mycket givande och meningsfullt. Förklaringar till att behandlingen var så effektiv diskuterades, bland annat att intensivformatet med samlade sessioner och terapeutrotation innebär ett förhöjt fokus på de centrala interventionerna:

*"Kontexten tvingar in en i att faktiskt väldigt fokuserat och aktivt jobba ...Att det verkligen blir högkvalitativa minuter som används på rätt sätt."*

Mer frekventa sessioner gav ingen tid för att nya kriser skulle kunna hända och störa motivationen och behandlingsplanen:

*"Så fort man minskar tiden mellan sessionerna så märker man ju att patienten är mycket mer kvar i processen och det är mycket lättare att jobba vidare från en till nästa och att det liksom händer saker."*

*"En sak som jag upplevt som ett problem under alla år är det ju det här med att man får börja om så mycket med de här veckovisa mötena. Det händer saker, att det tar tid i nästa session innan man kommer igång med liksom det vi avslutade med förra sessionen. Och att jobba med det här momentumet på ett annat sätt och att..tänker också att det nog är lättare för patienten på många vis, att dra av plåstret fort, än att hålla på lite i taget."*

Utöver detta upplevdes kortare tid mellan sessionerna och omsorgen om patienten efter de känslomässigt belastande sessionerna bidra till att behandlaren vågade pressa patienter hårdare in i obehag vilket gjorde traumaexponeringen mer effektiv:

*"Nu vet man att okej, han kommer tillbaka imorgon så då kan vi trycka på hårdare och verkligen exponera på riktigt."*

Terapeutrotationen och intensivformatet fick behandlare att känna både mod och press att följa manualerna och vägleda och pressa patienter tuffare in i obehag. De upplevde mindre tendenser att skydda patienter från obehag genom att avbryta traumafokuserad exponering eller försöka reglera känslomässig smärta. Konsekvenser av detta var att man fick erfarenhet av att detta sätt att arbeta är både effektivt och säkert för patienterna.

En återkommande uppfattning var också att arbetet med intensivbehandling förbättrade kvaliteten i standardbehandlingar på centret, eftersom erfarenheter av patienternas resultat var att traumaexponering är obestridligt säkert och effektivt och man blev mindre orolig och försiktig även i andra patientkontakter. Genom att arbeta med intensivbehandling upplevde behandlare att deras terapeutiska färdigheter förbättrades:

*”Jag upplever att det också har påverkat mitt arbete med andra patienter väldigt mycket. Jag känner att jag liksom har ett helt annat självförtroende att kliva in och sätta i gång med bearbetande sessioner.”*

*”Det tycker jag också när man jobbar under veckan att...och det har också översatts, tycker jag, till mina andra behandlingar. Alltså, det är någonting jag verkligen tagit med mig in i liksom det andra behandlingsarbetet.”*

Man upplevde även att arbetet med intensivbehandlingen bidrog till man blev bättre på att motivera patienter och presentera traumametoder:

*”Den har påverkat mig mycket mer än vad jag tror sådär... är det tydliga PTSD-symtom så tänker jag mig att det är ju jättebra om vi kan få bort dem snabbt, även fast det finns annat. Det stora hindret är ju...det ena är att man inte vill, att man inte är beredd att hoppa in i det... jag tror vi kommer bli bättre på att presentera det här med vår egen trygghet.”*

## Känslomässigt påfrestande men säker

Behandlarna upplevde arbetet med intensivbehandling som känslomässigt krävande även för sig själva som vårdgivare. Att bevittna patienters intensiva obehag i form av traumatisk rädsla och djup förtvivlan påverkade. Dessutom fylldes pauser upp med informellt extrajobb och många diskussioner under intensivveckorna som gjorde dem belastande och tröttsamma. Många upplevde att deras behov av att vila och ladda om ökade och att det sällan fanns tid för detta.

Man pratade också om en ihållande oro för att skada patienter när de pressades in i det intensiva obehag som traumaexponering ofta innebär, men också att denna oro försvann när man såg resultatet av minskade symtom. Vändpunkten med minskade symtom beskrevs kunna komma under veckan eller sessionen, och ibland mitt i exponering med till synes intensiv känslomässig smärta som plötsligt försvann. Trots att behandlingen var känslomässigt påfrestande lyckades patienterna fortsätta arbeta igenom sin traumarelaterade smärta. Upplevelser av behandlingen som säker rapporterades upprepat under fokusgrupperna och att oro för att skada patienter med intensivt obehag var ogrundad. Man diskuterade till och med intensivbehandling som mindre riskabel, på grund av täta uppföljningssessioner och föredrogs därför som ett förstahandsval för behandling för sårbara patienter:

*"Det här är samma risker som det är för veckovisa exponeringar (...) då kommer vi att träffa patienten på onsdag, dagen efter. Det gör vi ju inte annars när det är en gång i veckan (...) Det med intensiteten erbjuder ju också ett annat hållande."*

Tillsammans med uttalanden om ökat tryck på och utmaning för patienten diskuterades hur detta behövde kompletteras med följsam omsorg mellan sessionerna för att förhindra patientavhopp.

Kombinationen av omsorg och att bli utmanad diskuterades upprepade gånger som den centrala aktiva mekanismen för att intensivbehandlingen var effektiv:

*"På nåt sätt det dubbla i, otroligt välhållen, samtidigt som man också hela tiden utmanas i att gå tillbaka till det vi skulle jobba med."*

Mellanpassen med fysioterapeutiska och kreativa inslag tyckte man bidrog till patienternas upplevelse av omsorg genom att obehag lugnades. Mellanpassen underlättade att orka och våga fortsätta att guida patienter in i ökat obehag under exponering, på grund av en vetskap om att kvarvarande obehag skulle tas om hand i nästa session:

*"Med vissa patienter så kanske man liksom är lite rädd själv för att exponera för mycket och då... när man är i det här sammanhanget så vet man ju att ja men, jag har mina kollegor här liksom. Jag kan få stöd av fysioterapeuterna efteråt liksom, jag vet att patienten inte lämnar... man kan också diskutera eller såhär, ha mycket utbyte tycker jag med kollegorna."*

## Roligt teamarbete

Deltagarna pratade om värdet av att arbeta tillsammans som grupp med det intensiva behandlingsprogrammet eftersom arbetet med psykologiska behandlingar ofta kan vara ett ensamt arbete, även om handledning i grupp är vanligt. Att arbeta med terapeutrotation gav en starkt känsla av gemenskap på arbetsplatsen. Man pratade om att teamarbetet var spännande och roligt och ledde till att man trivdes bättre på jobbet. Möten med nya patienter under terapeutrotation upplevdes fint och tillitsfullt och att tillsammans med kollegor dela en patients förändringsprocess var en stark och mycket givande upplevelse:

*”Det har varit väldigt spännande och energigivande, inspirerande. Och också, man kommer ihop som grupp också tycker jag.”*

*”Teamkänslan som det ger är ju alltså, det är som man är lite adrenalinstinnad under den veckan. Det är ju jätteroligt.”*

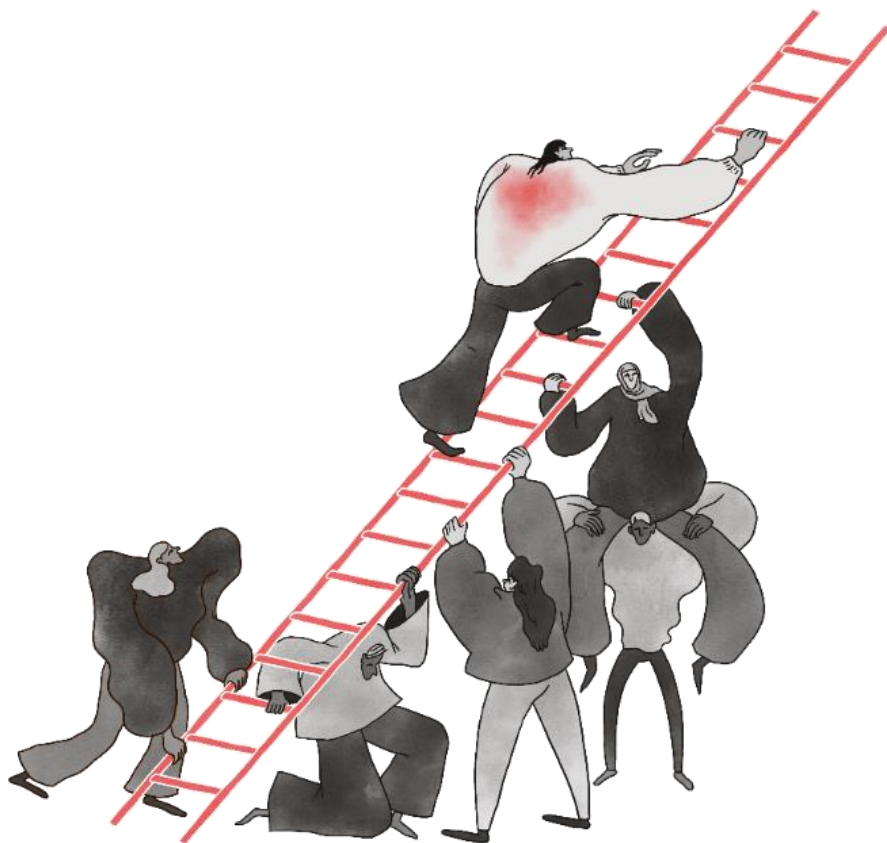
Det diskuterades också att den ökade känslan av gemenskap/enhet på arbetsplatsen ledde till närmare band mellan kollegor. Denna närhet och känsla av tillit i gruppen upplevdes centralt för att leverera behandlingen på ett säkert och effektivt sätt; att arbeta tillsammans bidrog till patientsäkerhet och undvikande av behandlingsrisker, inklusive avhopp. Att kollegor bekräftade ens bedömning och att man fick stöd i att ge insatser bidrog också till en känsla av ökad patientsäkerhet.

## **Sammanfattning**

Behandlares upplevelse av intensivbehandling:

- Intensivbehandling var säker och fullt genomförbar.
- Behandlingen var mer effektiv än standardbehandling.
- Intensivbehandling minskade hinder för behandling och gjorde att fler patienter kunde få traumaterapi.
- Intensivupplägget ledde till ökat teamarbete och känsla av gemenskap på jobbet.
- Intensivbehandling ledde till förbättrade terapeutfärdigheter.





---

Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av tortyr, krig och flykt

# Diskussion

## Effektivitet

Sammanfattningsvis visar studien att ett intensivt behandlingsprogram tycks vara effektivt i att reducera posttraumatisk stress även för personer som har upplevt traumatiska situationer som tortyr, väpnade konflikter och/eller flykt. Detta är inte förvånande utan i linje med tidigare forskning kring intensivbehandling för andra traumatiserade grupper (Brynhildsvoll Auren et al., 2021; Hendriks et al., 2018; Sciarrino et al., 2020; van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk et al., 2020).

Detta är även väntat utifrån att de traumametoder som används i behandlingen (PE och EMDR) är effektiva i standardformat även för denna population (Gattinara & Pallini, 2017; Kip et al., 2020; Lely et al., 2019; Mørkved et al., 2014; Paunovic & Öst, 2001; Turrini et al., 2021). PE och EMDR har forskningsstöd för komplex PTSD i flera andra populationer, även i intensivt format (de Jongh et al., 2019; Hendriks et al., 2018; Voorendonk et al., 2020). Sammantaget finns stöd för att förkasta eventuella idéer om att PTSD orsakat av krig, tortyr eller flykt skulle fungera så annorlunda från PTSD hos andra traumatiserade grupper att behandlingsmetoderna därför inte skulle fungera för dessa personer.

Behandlingseffekten för depression och funktionsnivå var inte signifikant. Detta förklaras troligen främst av att studiepopulation var begränsad. En annan förklaring kan vara att behandlingen består av uttalade PTSD-protokoll. Det går även att reflektera kring att tidsformatet, fem sammanhängande dagar, är alltför kort för att kunna förändra beteenden kopplade till allmän funktionsnivå i vardagen. Därtill mäter formulären flera beteenden och problem som inte uteslutande kan förklaras med psykologiska faktorer.

## Säkerhet

Ett viktigt resultat som studien visar på är att det tycks vara säkert att arbeta med intensiv traumabehandling, då inga skador eller oväntade händelser inträffade under arbetet med intensivbehandling. Patienterna uttrycker i intervjuer att behandlingen var påfrestande men mycket hjälpsam och rekommenderar behandlingen till andra med samma svårigheter. Detta är i linje med tidigare studier (Sherrill et al., 2022; Thoresen et al., 2022). Till skillnad från traumafokuserad behandling i traditionellt format var avhoppet från behandlingen noll, där det traditionella formatet har haft avhopp upp till 60 procent. Även detta är i linje med annan forskning på intensiv traumabehandling (Hoppen et al., 2023; Ragsdale et al., 2020).

I gruppintervjuer med behandlarna framkommer vidare att det generella omhändertagandet av den enskilda patienten upplevs som mer omfattande och stödjande än när man träffas en timme i veckan. Man upplever även att mellanpassen med rörelse och musik bidragit till omhändertagandet. Behandlarna uttrycker att intensivformatet erbjuder ett bättre kollegialt stöd och hjälpt en som behandlare att bibehålla följsamhet till behandlingsupplägget, vilket är i linje med annan forskning (van Minnen et al., 2018). Man upplever vidare att formatet var mer effektivt än standardbehandling och att arbetet med intensivbehandling varit kompetenshöjande. Teamarbetet bidrog delvis till detta, men också den upprepade erfarenheten av att snabbt starta och strikt behålla fokus på traumaexponering.

Flera aspekter bidrar till möjligheten att erbjuda intensiv traumabehandling på ett tryggt och säkert sätt. Mottagningsvariabler som bidragit till trygghet är att patienterna har känt sig omhändertagna och att behandlarna upplevts empatiska, flexibla, lyhörda och hjälpsamma. Att det gjorts anpassningar till patientens enskilda behov har hjälpt patienterna att fortsätta vilja och orka ta sig igenom behandlingen. Patienter på centren har även återkommande

beskrivit att man haft högt förtroende för Röda Korset som organisation.

## Urval och metod

Antalet patienter i denna studie är litet (n=10) och studiedesignen inbegriper ingen kontrollgrupp till vilken deltagare kunnat randomiseras. Urvalet består dessutom av patienter som bedömts som lämpliga för ett intensivt format. Det har i perioder varit svårt att rekrytera patienter till intensivbehandling, vilket skulle kunna betyda att behandlingen bara passar ett urval. Detta inbegriper sannolikt både patient- som behandlaraspekter där patienter känner tveksamhet till att berätta om sina traumatiska erfarenheter och att

”

**Intensivbehandling är genomförbar och effektiv**

göra det till flera olika behandlare (terapeutrotation) och behandlare är osäkra kring patienters skörhet och förmågor. Ett stort antal patienter har också tackat nej eller inte tillfrågats på grund av praktiska orsaker som att man inte kan få ledigt från jobb eller skola, eller att ansvar för barn försvårat deltagande. Kroppssmärta som hindrar patienten att sitta i sessioner så många timmar per dag eller att man redan påbörjat en effektiv veckovis behandlingsplanering har också varit praktiska hinder.

Studien kan bara med säkerhet uttala sig om behandlingseffekt bland de som tackat ja till och sedan genomfört behandlingen. Ett större urval hade kunnat ge ett säkrare resultat och det finns en risk att behandlingen inte är effektiv för hela populationen. Samtidigt är det värt att notera att patienterna varierat brett vad gäller ålder, ursprung, funktionsnivå, socioekonomisk status och symtombild. Upplevelsen bland behandlare var även att representationen av patienter i studien motsvarar bredden i den komplexa målgrupp som befinner sig på mottagningen. Utifrån detta går det att göra ett försiktigt antagande om att behandlingen bör fungera likvärdigt på en stor del av patientmålgruppen.

En styrka med resultaten är dock att flera olika datainsamlingsmetoder använts för att få en bredare bild av behandlingen. Symtommätningar, enkäter och intervjuer både med patienter och behandlare visar på att intensivbehandling är genomförbart och effektivt för att hjälpa traumatiserade personer som flytt tortyr och krig att få ett minskat lidande och inte innebär några tydliga risker.

## Utvecklingsområden

### Anpassningar och rekrytering

Arbete med anpassningar och förberedelser inför intensivbehandlingen är ett viktigt arbetsområde framöver. Att undersöka dels vilka faktorer som hindrar deltagande och genomförande vad gäller både behandlar- och patientbeteenden skulle kunna bidra till att formatet kan bli mer hjälpsam för fler. Exempelvis kan arbete med ytterligare förberedelser för att hitta ett mer individanpassat format där den enskilda patientens situation tas i beaktande vara värdefullt. (Det skulle kunna handla om att erbjuda en uppföljningsvecka samt att i vissa fall erbjuda fler behandlingsdagar.) Att tidsanpassa behandlingen skulle kunna möjliggöra för en del patienter att kunna delta, exempelvis genom att ha tre halvdagar. Att undersöka individuella styrkor och hinder hos patienter skulle kunna öka följsamhet under sessioner med traumafokus.

Upplevelsen bland behandlare har varit att fler patienter än de som tackat ja kunde ha blivit hjälpta av upplägget med intensivbehandling då den ger snabb effekt och erbjuder ett större omhändertagande och stöd. Flera patienter som tillfrågades om att delta tackade nej medan andra patienter aldrig tillfrågades. I detta finns sannolikt både behandlar- som patientvariabler. En observation under studiens gång var att rekryteringen gick smidigare mot slutet av studien vilket skulle kunna tala för att behandlare behöver träning i att rekrytera

patienter till intensivbehandling. Erfarenheten av lyckad intensivbehandling bidrog i arbetsgruppen till mer trygghet kring att behandlingen inte är farlig. Att utbilda och träna varandra i att bedöma och motivera patienter skulle kanske ytterligare kunna förbättra tillgängligheten till behandlingen.

## **Metodförbättring**

Resultaten från denna pilotstudie är lovande samtidigt som patienter svarat olika bra på insatsen. Några av deltagarna bedömdes som besvärslösa efter avslutad intensivbehandlingsvecka medan andra, trots viss förbättring, var i fortsatt behov av psykoterapi för sin posttraumatiska stress. Att förstå vilka faktorer som bidrar till dessa skillnader är ett utvecklingsområde för att intensivbehandling även ska kunna ge en god effekt för den grupp patienter som i denna studie inte nådde besvärslöshet.

En reflektion som gjorts under projektets gång har rört att vissa patienter haft svårt att komma i kontakt med sina känslor. Det diskuterades om utökade förberedelser ytterligare skulle kunna ha hjälpt vissa patienter. Eventuellt skulle intensivveckan kunna föregås av färdighetsträning som exempelvis känsluskola eller medveten närvaro för en del patienter. Att öva på att komma i kontakt med känslor skulle kunna bidra till bättre förutsättningar inför traumaexponering.

Forskning kring att optimera ångestbehandling har visat att en rad faktorer kring inlärningspsykologi är centrala för att mekanismer i behandlingen ska ge effekt, till exempel strategier för att fördjupa och variera exponeringen (Craske et al., 2014; Hendriks et al., 2018). Att titta närmare på dessa faktorer i kontexten av intensivbehandling skulle kunna ge viktig kunskap för att hjälpa fler patienter effektivt. Att ta tid och utrymme till att vidareutbilda behandlare eller arbeta med effektivare teamarbete kring att optimera exponeringssessioner

skulle kunna bidra till att förbättra både intensivbehandlingen och den ordinarie behandlingsverksamheten.

I denna studie sågs, trots en betydande effektstorlek, ingen signifikant förbättring av depression för patienterna. En del tidigare studier har visat att patienter fått sämre effekt av en traumabehandling om de har samsjuklighet med depression (Burton et al., 2022; de Bont et al., 2016). Förekomst av komplex PTSD har i en studie i högre grad predicerat återfall i depression efter intensivbehandling vilket tyder på att personer med högre symtombörda kan ha behov av fortsatt depressionsbehandling efter intensivinsatsen (Paridaen et al., 2023). Andra studier, bland annat en översikt av 18 studier, har dock visat att traumabehandling för PTSD även minskar depressionssymtom (Acarturk et al., 2016; Paridaen et al., 2023; van Minnen et al., 2015). Depression har en välkänt hög samsjuklighet med PTSD (American Psychiatric Association and Association, 2013). Att undersöka faktorer som samverkar före, under och efter intensivbehandling för att kunna ge en ännu bättre effekt även för depressionssymtom är ett viktigt område att utforska framöver.

## **Mellanpassen**

Mellanpassen i denna studie har inbegripit fysisk aktivitet och musikterapeutiska inslag. Det finns visst forskningsstöd som visar på att behandling för PTSD med fysisk aktivitet som tillägg förbättrar behandlingen (Rosenbaum et al., 2015) samt att träning som fristående behandling för PTSD också reducerar PTSD-symtom (Björkman & Ekblom 2022). En studie kring intensivbehandling för PTSD föreslår att fysisk träning fungerade som en typ av stabiliseringsarbete som underlättar för personer med mycket svår PTSD att ta sig igenom behandling (Zoet et al., 2018). En liten fallstudie av Ley (2018) föreslår bland annat att fysisk aktivitet kan förbättra en PTSD-behandling på flera sätt. Genom att fungera som distraktion och ge glädje kan fysisk aktivitet fungera motiverande och

återhämtande. Genom att ha en exponerande effekt för kroppssensationer kan man komplettera traumaexponeringen samt genom att patientens förmåga att reglera känslor förbättras via ökad kroppsmedvetenhet (Ley et al., 2018). När man bytt ut fysisk aktivitet mot kreativ aktivitet i de intensiva traumaprogram som erbjuds i Nederländerna har dock ingen skillnad mellan insatserna påvisats (Voorendonk et al., 2023). Musikterapi har visst vetenskapligt stöd för sin stressreducerande effekt i psykologisk behandling vilket kan bidra till en optimerad PTSD-behandling (de Witte et al., 2022; Landis-Shack et al., 2017; Schnitzer et al., 2021; Voorendonk et al., 2023). Det finns således ett visst stöd för att både fysisk aktivitet och vissa kreativa aktiviteter, exempelvis musikterapi, är insatser som har en hjälpsam inverkan vid behandling av PTSD.

I denna studie har innehållen i mellanpassen varierat brett och syftet och funktionen med passen har inte varit helt tydligt men baserats på den kunskap som redovisats i föregående stycke. Passen har därtill troligtvis bidragit till ett generellt omhändertagande och en mental paus mellan betungande exponeringspass. Ingen strukturerad utvärdering gjordes kring mellanpassens effekt och roll i denna studie men både patienter och behandlare tillfrågades i intervjuer kring mellanpassen. Upplevelsen hos både patienter och behandlare var att mellanpassen var uppskattade då de bidrog till återhämtning som hjälpte patienterna ta sig igenom det betungande traumaarbetet. Att ytterligare undersöka mellanpass med fysisk aktivitet eller konstterapeutiskt innehåll skulle kunna bidra till förståelse om hur intensiv traumabehandling ytterligare skulle kunna optimeras men också om hur fysisk aktivitet och konstterapi kan bidra i vård för traumatiserade.

## **Arbetsmiljö**

Patientmålgruppen bär med sig omfattande våldsupplevelser som aktiverar starka känsloupplevelser under exponering och det framkom i studiens gruppintervjuer att detta även upplevts



emotionellt påfrestande för behandlarna. Det framkom även hur intensivbehandling kunde ta mycket extra tid som skapade behov av mer återhämtning. Man har dock även upplevt arbetet med intensivbehandling som avlastande då man fått hjälp av kollegor kring svåra patienter. Ett gott arbetsklimat och arbetsglädje samt en uppmuntrande arbetskultur diskuterades som motiverande faktorer för att vilja fortsätta utveckla och arbeta med modellen. Därtill har metodkunskap, klinisk erfarenhet, utbildning och handledning varit viktigt. Vidare har man upplevt arbetet med intensivbehandling som kompetenshöjande och att man blivit bättre på att hjälpa patienter även i det övriga patientarbetet. Att uppmärksamma behandlarupplevelser och se till att behandlare som arbetar med intensiv traumabehandling har stödfunktioner är viktigt för att intensiv traumabehandling ska bli en positiv upplevelse för de behandlare som arbetar med den, men också för att säkerställa att behandlingen ges i en trygg och omhändertagande kontext för patienten.

# Fördjupning

Patienters upplevelser av terapeutrotation

*Malin Anderman  
Helena Ölund*

## Patienters upplevelser av terapeutrotation

Inom ramen för pilotstudien genomfördes även en separat kvalitativ intervjustudie med intensivbehandlingspatienterna i syfte att få en djupare förståelse för deras upplevelse av själva terapeutrotationen. Studien gjordes som ett examensarbete på psykoterapeutprogrammet vid Umeå universitet och kan läsas i sin helhet på Digitala Vetenskapliga Arkivet (Anderman & Ölund, 2024).

### Bakgrund

#### Alliansens betydelse för psykoterapeutisk behandling

Den terapeutiska alliansen är en av de gemensamma faktorer som vi idag vet bidrar till ett bättre behandlingsresultat, oavsett terapiform och behandlingsfokus (Flückiger et al., 2018; Horvath, 2011). Det råder ingen konsensus kring definitionen av begreppet allians, men flera gemensamma aspekter av alliansbegreppet återkommer i forskningslitteraturen, såsom att den terapeutiska alliansen karaktäriseras av ett känslomässigt band mellan behandlare och patient där faktorer hos behandlaren såsom öppenhet, värme, intresse, ärlighet och respektfullhet bidrar till alliansens kvalitet (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Edward S. Bordin (1979) definierade alliansen som bestående av tre delar: överenskommelse om mål med terapin (goal), samarbete kring uppgifter i terapin (task), samt det känslomässiga band som uppstår mellan patient och behandlare (bond). I forskning om allians är det främst dyaden mellan behandlare och patient som varit i fokus då det traditionellt är så som psykoterapi bedrivs och har bedrivits (DeRubeis et al., 2005).

För patienter med brist på tillit till andra, svårigheter med känsloreglering och undvikande menar flera forskare att det kan vara mer utmanande att bygga en terapeutisk allians (Beierl et al., 2021; Cloitre et al., 2004; Howard et al., 2021). Vid PTSD och komplex PTSD finns ofta denna symtombild, vilket har lyfts fram som en viktig aspekt att förhålla sig till i det terapeutiska arbetet (Charuvastra &

Cloitre, 2008). Detta motsägs av Ellis et al. (2018) som i en systematisk forskningsöversikt inte fann stöd för hypotesen att traumaöverlevare har svårare att bygga allians än andra patienter. Majoriteten av de studier Ellis et al. (2018) tittade på visade att traumaöverlevare kan bygga tillitsfulla relationer och att antalet traumahändelser, eller hur tidigt i livet de inträffat, inte påverkar den terapeutiska alliansen. Att alliansen är viktig vid traumabehandling är dock något som många forskare påpekar, då en stabil och trygg allians antas minska rädsla och interpersonell stress (Charuvastra & Cloitre, 2008; Karatzias, 2022), och underlätta för att patienterna ska våga arbeta med sina traumaminnen i terapin (Buchholz & Abramowitz, 2020). En fråga som väcktes inför implementeringen av intensivbehandlingen var om våra patienter skulle uppleva en tillräckligt trygg och stabil allians med behandlarna i arbetsgruppen för att våga genomföra behandlingen, trots att de skulle träffa flera behandlare på kort tid.

### Tidigare forskning om terapeutrotation

Idén om terapeutrotation är inte ny. I början av 1900-talet introducerades multiple psychotherapy av Alfred Adler, verksam vid Vienna Child Guidance Clinic (Wolk & Wolk, 1969). Multiple psychotherapy har definierats som alla terapeutiska situationer där det är två eller fler behandlare involverade i den terapeutiska processen (Spitz & Kopp, 1957). I artiklar på området spekuleras det i fördelar med att patienten får träffa två eller flera behandlare i sin terapi, som möjligheten för behandlarna att kombinera sina erfarenheter och kunskaper, möjligheten att patienten kan fångas upp av den andre/de andra behandlarna om det uppstår dödläge i terapin samt minskad risk för motöverföring eller att patienten blir beroende av en behandlare (Dreikurs et al., 1952a; Dreikurs et al., 1952b).

Inom behandling för alkoholberoende har en variant av terapeutrotation använts i behandlingsmodellen Outpatient Long

Term Intensive Therapy (OLITA) i många år (Krampe & Ehrenreich, 2012). Terapeutrotation inkluderades i denna modell främst för att minska överbelastning av behandlarna och minska patienternas beroende av en enskild behandlare. Krampe et al. (2004) och Krampe & Ehrenreich (2012) menar att en fördel med terapeutrotationen är dess potential att ha en positiv påverkan på behandlingsresultatet genom huvudmekanismerna (1) kongruens och repetition samt (2) variation. Med kongruens menas att behandlarna behöver ha en gemensam grundsyn på terapins mekanismer och presentera behandlingens grundläggande element på ett liknande sätt. Teamet utgör en enhet och genom kongruensen kommer de att upprepa viktiga behandlingselement för patienterna på ett liknande sätt, vilket leder till den repetition som är så viktig för inläring. Variationen som kommer ur mötet med de olika behandlarnas unika personligheter och arbetsstilar beskrivs som positiv så länge den sker inom den samstämmiga ramen. Vidare framkom i en studie av terapeutisk allians i OLITA att patienter skattade en upplevd hög grad av samarbete, stöd och hjälp genom behandlingsperioden (Krampe & Ehrenreich, 2012). Författarna drog, mot bakgrund av dessa självskattningar, slutsatsen att patienterna upplevde sig kunna etablera stabila arbetsallianser med flera behandlare i OLITA.

Hur terapeutrotationsmomentet upplevs av patienter med PTSD är ett hittills nästintill outforskat område. I dagsläget finns, till vår kännedom, endast en studie som undersökt detta. Van Minnen et. al (2018) har utforskat hur patienter upplevde alliansen till behandlarteamet i en traumafokuserad intensivbehandling. Där framkom att en majoritet av patienterna (62 procent) rapporterade god eller mycket god relation till teamet med behandlare. Och på frågan "Skulle du ha föredragit att behandlas av en terapeut i stället för ett roterande team av terapeuter?" svarade bara 14 procent "ja". Vid patientskattningar av arbetsalliansen sågs jämförbara resultat med det som uppvisas i individuell behandling, vilket indikerar att

patienter med PTSD kan etablera arbetsallians med flera behandlare. För att studera hur anknytningsstil påverkade arbetsalliansen jämfördes skattningar för patienter med otrygga anknytningsstilar med patienter med trygg anknytning. Ingen signifikant skillnad noterades mellan grupperna, vilket indikerade att även patienter med anknytningssvårigheter verkade uppleva god arbetsallians med ett team av flera behandlare. Resultatet från denna studie pekar i positiv riktning, men författarna till studien lyfter fram att det finns behov av fler studier på området då metoden ännu är ny och terapeutrotation är ett så utforskat område. Risken finns att de patienter med PTSD som inte upplevde att de klarade att genomgå behandling med terapeutrotation valde bort behandlingen och därmed inte sökte och inkluderades i studien.

## **Intervjustudien**

För att få en djupare förståelse för hur patienterna som genomfört intensivbehandlingen upplevde själva terapeutrotationsmomentet gjordes en kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex av de tio patienterna. Två patienter befann sig vid tidpunkten för studien i en livssituation som gjorde att deltagande inte var aktuellt och två patienter valde att inte delta. När intervjuerna gjordes hade det gått mellan sex månader och två år sedan de genomgått intensivbehandlingen. Bearbetningen av intervjumaterialet gjordes med tematisk analys.

### **Frågeställningarna var:**

1. Hur upplevde patienter som genomfört traumafokuserad intensivbehandling terapeutrotation?
2. Hur upplevde patienter i traumafokuserad intensivbehandling relationen med behandlarna?
3. Hur upplevde patienter i traumafokuserad intensivbehandling att terapeutrotationen har påverkat deras relation till andra människor?

## Resultat

Den tematiska analysen resulterade i fyra huvudteman: (1) Att våga påbörja behandling med terapeutrotation, (2) Relationen med behandlarna, (3) Lika, men olika, samt (4) Förändrade känslor i möten med andra människor. Sammanfattningsvis beskrev deltagarna en upplevelse av att ha blivit väl bemötta och att en god relation skapats till behandlarna under intensivveckan. Samtliga uttryckte att behandlingen varit hjälpsam, men deras upplevelse av terapeutrotationen skilde sig åt.

### Tema 1: Att våga påbörja behandling med terapeutrotation

En av deltagarna i intervjustudien upplevde inte tanken på terapeutrotation som något obehagligt, men de andra fem beskrev att de haft en inledande känsla av obehag och ett motstånd inför tanken på att träffa flera olika behandlare och att behöva berätta om sina traumahändelser för personer de aldrig träffat förut. Som en av deltagarna sa: "hellre berätta om min historia för bara en person, inte berätta för alla". För fyra av dessa minskade dock obehaget när behandlingen väl kommit i gång.

Deltagarna berättade om en stark ambivalens inför beslutet om deltagande och beskrev hur de på olika sätt samlat information från andra och diskuterat med sig själva innan de tog sina beslut. Att få tydlig information och förstå syftet med intensivbehandlingen och vad som skulle hända under behandlingsveckan beskrevs som viktigt för beslutet att delta:

*"Det är så här att från början när jag fick reda på att den slutliga planen var att jag skulle komma över min rädsla och att behandlingen ska gå ut på att jag så småningom inte ska vara så rädd för saker och ting som jag varit, det gjorde att jag blev lite mer motiverad. Och sedan, så småningom, ju mer tiden gick och ju mer behandlingen fortsatte, så blev jag mer*

*och mer säker på att jag ville fortsätta att vara med och till slut blev det resultat.”*

Intervjuerna visade också på informanternas egen agens inför beslutet och hur de aktivt övertalade sig själva att våga ta steget att tacka ja: ”Jag sa ’Det är okej, det kan hjälpa mig. Det kan också hjälpa mig att träffa olika människor, även om de har olika tillvägagångssätt’”. En annan deltagare beskrev att möjligheten att delta i en forskningsstudie som skulle kunna komma att hjälpa andra bidrog till beslutet att delta och en tredje förklarade sin beslutsprocess så här:

*”Alla i personalen, de var jättebra först. Och sen kände jag ’nej, de här personerna, de vill hjälpa mig!’ Och jag har pratat med mig själv ’jag måste berätta, jag måste säga sanningen till dem och de vill hjälpa mig på något vis’. Ja, och det är det som jag har sett, att de vill hjälpa mig, de vill att jag kommer fram, och då började jag prata, och då sa jag att ’jag måste hjälpa mig själv och jag måste hjälpa dem och då kan jag komma fram’.”*

När de såg tillbaka på behandlingen i efterhand tyckte tre deltagare att terapeutrotationen enbart var positiv, två uppskattade den och såg ett mervärde med den, men upplevde den samtidigt som arbetsam, och en deltagare såg inga fördelar med terapeutrotation.

## Tema 2: Relationen med behandlarna

Samtliga deltagare beskrev en känsla av att ha blivit vänligt bemötta och väl omhändertagna. En sa: ”Det handlar inte om mig, det handlar om terapeuterna. Terapeuterna här har den här karaktären... man kan så lätt få en god kontakt med dem”. En annan tog upp vikten av den icke-verbala kommunikationen:

*”Jag förväntade mig att vara nervös, men från var och en, när det var dags att träffas, var det ett leende. Jag blev verkligen*



*imponerad. När någon tar emot dig med ett leende, när någon tar emot dig med omsorg, känner du att nervositeten försvinner. Den har verkligen ingen plats. ... Jag tror att det hjälpte mig att öppna upp."*

Fem av sex informanter tog på olika sätt upp en känsla av tillit till behandlarna. Deras punktlighet, kunskap och expertis, samt känslan av att kunna uttrycka sina behov och få dem bemötta, var aspekter som lyftes, men allra viktigast tycktes tilliten till behandlarnas genuina vilja att hjälpa, vara.

*"Så du kunde känna att, från den ena till den andra, är huvudfokus bara att hjälpa dig att komma ur det du gått igenom. Inte för att ge dig några riktlinjer, nej. Du kunde känna [paus] jag kände det. Alla dessa terapeuter, huvudmålet var bara att hjälpa mig att komma ur det jag gått igenom och jag kunde känna att det var riktigt strukturerat."*

Vikten av att inte bli behandlad annorlunda utifrån sin härkomst eller andra bakgrundsfaktorer togs också upp och en deltagare förklarade att promenaderna på mellanpassen gav en känsla av jämlikhet med behandlarna.

*"Och när man promenerar med någon. Hos oss säger vi att när någon är en tjänsteman som sitter i en organisation som den här, att prata med honom eller henne, man känner att man inte är värd det. Men vi kunde gå runt tillsammans och skratta tillsammans, titta på naturen tillsammans. Alla dessa små, små saker. Till synes små, men stora! För mig. För de var verkligen hjälpsamma. ... Vi begrunder tillsammans, vi ser naturen tillsammans och en person säger "ser du det här?", "ser du det här?" Du känner att du är i en gemenskap som välkomnar dig."*

Flera beskrev dock känslor av rädsla eller obehag under inledningen av behandlingsveckan.

*"I början kände jag att jag blev rädd på något sätt, men senare var det bara bra att man fick flera behandlare och att man blev mer trygg... för varje person säger på sitt perspektiv och har sin syn så det är bra att ha flera, tycker jag.*

*En gång, jag kommer inte ihåg om det var första dagen eller andra dagen, blev jag jättetrött. Jag mådde inte bra och jag tänkte lämna platsen. Jag gick, och lämnade, och stannade. [Behandlaren] ropade på mig och jag började gråta väldigt mycket. Sen efteråt tänkte jag [paus] jag satt där och jag tänkte att "jag ska andas och börja prata igen"."*

De flesta beskrev dock att det initiala obehaget minskade efter hand:

*"Jag tycker att ni ska fortsätta med samma bemötande som jag fick för man kan inte i förväg göra något åt patientens rädsla för att börja behandlingen, men så småningom när man har kommit i gång med behandlingen försvinner den rädslan automatiskt, precis som den gjorde för mig."*

En deltagare upplevde dock terapeutrotationen som genomgående svår och ohjälpsam: "Nu när jag sitter och tänker på första dagen känner jag att jag skakar, jag mår inte bra. Det var jättesvårt för mig. Jag är en person som inte tycker om att berätta om mig själv för andra. Svårt, svårt." Samtidigt beskrev samma deltagare en positiv och familjär relation till behandlarna och ett gott resultat av behandlingen, som hen dessutom rekommenderat till andra.

Flera deltagare beskrev hur de utvecklat ett slags djupare känslomässigt band till behandlarna: "ja, ni som jobbar här jag måste verkligen säga att ni är så fina och ni är så snälla och man verkligen älskar er. Ni är så jättefina!" och ett par deltagare tog också upp att de nu efter behandlingen känner sig välkomna och trygga redan i väntrummet.

Slutligen tog en deltagare även upp att kännedomen om Röda Korset som organisation bidrog till hens tillit till behandlarna och behandlingsprogrammet. "Jag vet hur den här internationella organisationen arbetar och när de gör något, gör de det från hjärtat. De gör det inte för inkomsten eller något annat. De gör det för att de vill göra något för människorna."

### Tema 3: Lika, men olika

Fem av sex deltagare beskrev en upplevelse av att behandlarnas olika personligheter, erfarenheter och sätt att arbeta gav ett mervärde till behandlingen. En deltagare beskrev fördelen med terapeutrotation så här:

*"Till exempel, om jag satt och berättade om min historia som gjorde mig ledsen. Om jag skulle fortsätta att vara med samma person skulle det inte ge mig ro. När jag bytte från ena rummet till det andra och från ena behandlaren till den andra behandlaren så kom tankarna i andra banor och sedan blev det lite olika. På det sättet kände jag att man inte fastnade i att bara sitta och gråta eller tänka tankar."*

En annan deltagare formulerade det på detta sätt:

*"Först och främst tror jag att när man har en terapeut så är man van vid vad personen gör, hur personen tar emot en, och jag kan säga att det är positivt, men det är också negativt eftersom man inte öppnar sinnet. Du vet inte hur andra människor agerar eller reagerar. Hur andra människor kan prata med dig, kan ta emot dig. Så för mig tror jag att det var en mycket bra idé och jag uppskattade det. Att träffa andra människor. När du träffar andra människor har de också ett annat sätt att prata med dig. De har ett annat sätt att ta emot dig. De har ett annat sätt att ställa frågor. En fråga kan vara densamma, men de har ett annat sätt att formulera den."*

En annan fördel som togs upp var att träffa behandlare av olika kön. En deltagare lyfte vikten av att få uppleva att en manlig behandlare kan ge hjälp, vilket stod i kontrast mot personens tidigare erfarenheter av män:

*”Det är min önskan, det är en uppmaning, kanske någon har gått igenom en erfarenhet som gjorts av en kategori människor, då tror jag att det skulle vara bättre att också konfrontera någon som är från det könet för att se vad det kan ge.”*

Samtidigt betonades även likheterna mellan behandlarna och känslan av att de arbetade som ett team.

*”Om jag blundar är alla en för mig. Nu när jag sitter i väntrummet känner jag att det inte spelar någon roll för mig vem som kommer. Jag känner samma känsla från alla. Av denna anledning förändras bara deras ansikten, men när det kommer till känslan känner jag själen. En grupp har en stor själ.”*

#### Tema 4: Förändrade känslor i mötet med andra människor

Ett sista tema som togs fram ur intervjuerna var deltagarnas upplevelser av hur deras känslor i relation till andra människor förändrats efter behandlingen. Skam, rädsla och tillit var känslor som togs upp. Ett par deltagare berättade om minskade skamkänslor efter behandlingen och beskrev en ökad känsla av avslappning även vid samtal om tidigare skamfyllda händelser. En deltagare beskrev sin förändring så här:

*”Ja för att när jag kommer hit känner åtminstone nästan fyra, fem personer till mig. Jag ser dem, jag hälsar på dem när jag kommer hit till Röda Korset. Och nu känner jag inte den skammen som jag kände förut. Jag känner inte den. Förut kände jag skam. Och nu när jag pratar är jag inte blyg längre,*

*jag pratar om det. ... Ja, och det är det som hänt med mig, nu har jag inte den där skammen som jag hade förut. Jag träffar de här personerna som jag har pratat med och jag hälsar på dem. De skrattar. Det är lugnt. ... De finns här för de vill hjälpa mig."*

En annan deltagare tog upp hur modet att våga lita på några andra personer och dela sitt skamfyllda minne med dem kan leda till minskad skam: "om du kan lita på vissa människor och visa ditt minne för dem, lite i taget förstår du att det inte är så tabu, att det är en normal effekt, den mänskliga effekten. Du gjorde det, det är allt".

Den deltagare som inte uppskattade terapeutrotationen beskrev dock fortsatta oros känslor och viss ambivalens vid tanken på behandlarna hen träffat: "Ibland tänker jag 'varför har jag berättat, hur har jag berättat framför alla?' och sen tänker jag 'nej, det var viktigt att jag berättade så att jag fick uppleva hur det skulle bli'.

Tre deltagare berättade att deras tillit till andra människor ökat efter behandlingen och en av dem kopplade tydligt den förändringen till erfarenheten av att ha träffat flera olika behandlare, vilket hjälpt hen att inse att människor är olika och att inte alla vill en illa: "jag tror det är bättre att interagera med många människor, eftersom alla inte är dåliga ... människor är olika".

## **Diskussion**

### **Kongruens och variation**

Våra deltagares utsagor vittnar om att terapeutrotationen för majoriteten verkade ha haft en positiv påverkan på behandlingen då de fick möta olika behandlare som återkommande förklarade, frågade och lyfte de mest centrala delarna i terapin. Genom detta fick patienterna såväl repetition av viktiga delar i behandlingen, som ökad hjälp att se olika aspekter av samma behandlingsmoment. I intervjuerna lyfte deltagarna hur variationen hjälpte dem då den

gjorde behandlingen rikare, samtidigt som ingen beskrev någon upplevd förvirring eller motsägelse, vilket man hade kunnat förvänta sig om variationen inte skett inom en kongruent ram. Samstämmigheten inom teamet kan tänkas ha varit en förutsättning för att behandlarnas olikheter skulle ge ett mervärde till behandlingen. Detta ger stöd åt teorin om terapeutrotationens dubbla huvudmekanismer som Krampe et al. (2004) och Krampe och Ehrenreich (2012) har utvecklat i sina studier av OLITA. En annan aspekt som lyftes av ett par deltagare var att deras beroende av en behandlare minskade och att det var positivt att ha flera behandlare att vända sig till. Terapeutrotation skulle alltså kunna tänkas bidra till en ökning av patientens autonomi och minska risken för att patienten känner sig beroende av en viss behandlare.

## Den terapeutiska relationen

Våra deltagare beskrev hur de kände värme, vänlighet och välvilja från behandlarna, kvaliteter som i forskning och litteratur lyfts fram som viktiga för att bygga en trygg och tillitsfull allians (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Den icke-verbala dimensionen av relationen, som lyftes av flera deltagare i studien, stödjer teorier och forskning om att mycket av interaktionen i mötet mellan behandlare och patient sker på ett icke-verbalt plan (Jensen et al., 2021; Wiwe, 2021). Att som behandlare träna på, och arbeta med, denna dimension kan underlätta skapandet av en god terapeutisk allians.

Vårt resultat visar att majoriteten av de deltagare vi intervjuade klarade att bygga relation till flera behandlare under intensivbehandlingen, även om det upplevdes som svårare och mer utmanande för vissa av dem. Hur teamet bemötte patienterna och skapade förutsättningar för att kunna bygga en tillitsfull relation med dem på kort tid ser vi som en röd tråd genom de flesta av deltagarnas berättelser. Många deltagare beskrev att de upplevde en varm och trygg atmosfär på mottagningen och behandlarna verkar, för de flesta informanter, ha lyckats med att bygga en känsla hos

patienterna av att bli sedd och hållen under behandlingen. Ett tryggt team, som kan skapa en varm och tillitsfull atmosfär, beskrivs av Krampe et al. (2004) vara av vikt för att patienter ska våga tala om svåra och skamframkallande ämnen med flera behandlare. Vårt resultat överensstämmer med tidigare forskning om terapeutrotation i intensivbehandling för patienter med PTSD där man sett att dessa patienter har kunnat etablera en arbetsallians med flera behandlare under kort tid (van Minnen et al., 2018).

### Minskade skamkänslor och ökad tillit efter behandlingen

Minskade skamkänslor efter behandlingen var något som några deltagare tog upp. Detta är något som förmodligen till stor del beror på själva traumabehandlingen, men en fundering vi har är om också själva terapeutrotationen för vissa deltagare kan ha fungerat skamreducerande genom att de fick berätta om sina svåra traumaminnen för flera behandlare som lyssnade och validerade dem. Terapeutrotationen kan ha gett en slags mängdtränning i att möta och hållbara skamkänslorna. Några deltagare lyfte också att deras tillit till andra människor blivit bättre efter behandlingen och att de blivit hjälpta i att se att människor är olika och att alla människor inte vill en illa. Även här kan man tänka att de många olika terapeutiska relationerna kan ha inneburit en möjlighet att våga prova att öka tillit och minska misstro och isolering i förhållande till andra människor.

Den amerikanska psykiatrikern Richard A. Chefetz menar att värdighet (dignity) är motsatsen till skam (2017) och refererar till professor Donna Hicks (2015) definition av värdighet som upplevelsen av att bli erkänd såväl för sitt mänskliga värde som för sin mänskliga sårbarhet. Chefetz hävdar att patienters skam minskar när de bemöts med värdighet och Hicks skriver att vi skapar kontakt och närhet med andra människor genom att erkänna deras värdighet, vilket vi gör när vi bemöter dem med, bland annat, acceptans, inkludering, rättvisa, förståelse och erkännande. Vi

menar att deltagarnas upplevelser av en ökad känsla av tillit och minskade känslor av rädsla och skam i relation till andra människor delvis kan ha berott på att behandlarna lyckades skapa en miljö av värdighet där deltagarna fick uppleva att bli sedda som värdefulla och sårbara individer på samma gång.

## Kliniska implikationer

Vårt resultat visar att majoriteten av våra informanter med PTSD efter multipla traumahändelser från krig, tortyr och/eller flykt upplevde sig kunna bygga allians med flera behandlare på kort tid. Detta hoppas vi ska stärka behandlare i att våga erbjuda och implementera intensivbehandling med terapeutrotation till PTSD-patienter generellt, och till denna patientgrupp specifikt, så att tillgången på effektiv behandling för målgruppen ökar. Utifrån studiens resultat ser vi att det kliniskt kan vara viktigt att utveckla bedömnings- och förberedelsefasen för att se om det går att fånga upp de individer som eventuellt behöver annan form av behandling eller där anpassningar med färre behandlare under intensivbehandlingsveckan skulle behöva göras. Här kan det också vara viktigt att fånga upp var patienten befinner sig när det gäller motivation och beredskap för förändring, samt att ge information om terapeutrotation och varför terapeutrotation kan vara hjälpsamt i behandlingen. Resultatet i vår studie belyser också hur behandlarna aktivt arbetade för att skapa förutsättningar för patienterna att klara av att bygga allians på så kort tid. För att underlätta för patienter att genomgå intensivbehandling med terapeutrotation är det av vikt att behandlarna signalerar värme, välvilja och ett genuint engagemang, samt att de är sammansvetsade som team, har en gemensam syn på viktiga behandlingskomponenter och tillsammans bygger en atmosfär av tillit, värme och trygghet.



## Referenser Patienters upplevelser av terapeutrotation

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). "A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance." *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Anderman, M., & Ölund, H. (2024). "Patienters upplevelser av terapeutrotation i traumafokuserad intensivbehandling." [Studentuppsats, Umeå universitet]. DiVA. Hämtad från <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-219284>
- Beierl, E. T., Murray, H., Wiedemann, M., Warnock-Parks, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2021). "The relationship between working alliance and symptom improvement in cognitive therapy for posttraumatic stress disorder." *Frontiers in psychiatry*, 16(12), Artikel 602648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.602648>
- Bordin, E. S. (1979). "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance." *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2020). "The therapeutic alliance in exposure therapy for anxiety-related disorders: A critical review." *Journal of anxiety disorders*, 70, Artikel 102194. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102194>
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). "Social bonds and posttraumatic stress disorder." *Annual review of psychology*, 59(1), 301-28. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Chefetz, R. A. (2017). "Dignity is the opposite of shame, and pride is the opposite of guilt." *Attachment*, 11(2), 119-133. <https://doi.org/10.33212/att.v11n2.2017.119>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). "Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder." *Journal of*

consulting and clinical psychology, 72(3), 411-6.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.411>

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). "A conceptual and methodological analysis of the Nonspecifics Argument." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy/bpi022>

Dreikurs, R., Mosak, H. H., & Shulman, B. H. (1952a). "Patient-therapist relationship in multiple psychotherapy II: Its advantages for the patient." *Psychiatric quarterly*, 26(4), 590-596.  
<https://doi.org/10.1007/BF01568493>

Dreikurs, R., Shulman, B. H., & Mosak, H. (1952b). "Patient-therapist relationship in multiple psychotherapy". I: "Its advantages to the therapist." *Psychiatric quarterly*, 26(2), 219-227.

Ellis, A. E., Simiola, V., Brown, L., Courtois, C., & Cook, J. M. (2018). "The role of evidence-based therapy relationships on treatment outcome for adults with trauma: a systematic review." *Journal of trauma and dissociation*, 19(2), 185-213.  
<https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329771>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). "The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis." *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Hicks, D., (2016). "A matter of dignity: building human relationships". I S. S. Levine (Red.) "Dignity matters: psychoanalytic and psychosocial perspectives." (s. 1-21). Routledge.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). "Alliance in individual psychotherapy." I J. C. Norcross (Red.). "Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness" (s. 25-69). Oxford University.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>

Howard, R., Berry, K., & Haddock, G. (2021). "Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic

*review and meta-analysis.* Clinical psychology & psychotherapy, 29(2), 373-766. <https://doi.org/10.1002/cpp.2642>

Jensen, T.W., Høgenhaug, S.S., Kjølbye, M., & Skaalum Bloch, M. (2021). *"Mentalizing bodies: explicit mentalizing without words in psychotherapy."* Frontiers in Psychology, 12:577702. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577702>

Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., & Cloitre, M. (2022). *"Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment."* Development and psychopathology, 34(3), 1192-1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>

Krampe, H., & Ehrenreich, H. (2012). *"Therapeutic alliance and multiple psychotherapy in the context of therapist rotation: Experiences with OLITA."* Neurology, psychiatry and brain research, 18(4), 137-152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npbr.2012.05.003>

Krampe, H., Wagner, T., Küfner, H., Jahn H., Stawicki, S., Reinhold, J., Timmer, W., Kröner-Herwig, B., & Ehrenreich, H. (2004). *"Therapist-rotation: A new element in the outpatient treatment of alcoholism."* Substance use & misuse, 39(1), 135-178. <https://doi.org/10.1081/JA-120027769>

Spitz, H. H., & Kopp, S. B. (1957). *"Multiple psychotherapy."* Psychiatric quarterly supplement, 31(2), 295-311.

van Minnen, A., Hendriks, L., Kleine, R. de, Hendriks, G. J., Verhagen, M., & de Jongh, A. (2018). *"Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder."* European Journal of Psychotraumatology, 9(1), Artikel 1492836-8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492836>

Wiwe, M. (2021). *"Vi måste prata om epistemisk tillit, mentalisering och pålitliga relationer."* Gothia Kompetens.

Wolk, R. L., Wolk, R. B. (1969). *"Multiple psychotherapy: An evaluation."* Journal of contemporary psychotherapy, 1(2), 95-108.



## Referenser

- Acarturk, C., E., Konuk, M., Cetinkaya, I., Senay, M., Sijbrandij, B. Gulen & P. Cuijpers. (2016). "*The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial.*" *Psychological medicine* 46(12): 2583-2593.
- American Psychiatric Association. (2014). "*MINI-D 5, Diagnostiska kriterier enligt DSM-5.*" Stockholm, Pilgrim Press.
- American Psychiatric Association, D. & A. P. Association. (2013). "*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.*" American psychiatric association Washington, DC.
- Auren, T. J. B., Klæth, J.R., Jensen, A.G. & S, Solem. (2022). "*Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity.*" *European Journal of Psychotraumatology* 13(2): 2128048.
- Baolu, M., Başoğlu, M. & Basoglu, M. (1992). "*Torture and its consequences: Current treatment approaches*". CUP Archive.
- Becker, C. B., C. Zayfert & E, Anderson. (2004). "*A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD.*" *Behaviour research and therapy* 42(3): 277-292.
- Björkman, F. & Ö. Ekblom. (2022). "*Physical exercise as treatment for PTSD: A systematic review and meta-analysis.*" *Military medicine* 187(9-10): e1103-e1113.
- Blackmore, R., Boyle, J.A., M. Fazel, Ranasinha, S., Gray, K.M., Fitzgerald, G., Misso, M. & M. Gibson-Helm. (2020). "*The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis.*" *PLoS medicine* 17(9): e1003337.
- Blevins, C. A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T. K. & J.L. Domino. (2015). "*The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation.*" *Journal of traumatic stress* 28(6): 489-498.

- Bondjers, K., Willebrand, M. & Arnberg, F. (2020). "*Psychometric Properties of the Swedish Version of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): Sensitivity, Specificity, Diagnostic Accuracy and Structural Validity in a Mixed Trauma Sample.*"
- Bongaerts, H., van Minnen, A., de Jongh, A., Minnen, A. & de Jongh. (2017). "*Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: A case series.*" *Journal of EMDR Practice and Research* 11(2): 84-95.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). "*Using thematic analysis in psychology.*" *Qualitative research in psychology* 3(2): 77-101.
- Brown, L. A., McLean, C.P., Zang, Y., Zandberg, L., Mintz, J., Yarvis, J.S., Litz, B.T., Peterson, A.L., Bryan, C.J. & Fina, B. (2019). "*Does prolonged exposure increase suicide risk? Results from an active duty military sample.*" *Behaviour research and therapy* 118: 87-93.
- Brynhildsvoll Auren, T. J., Gjerde Jensen, A., Rendum Klaeth, J., Maksic, E. & Solem, S. (2021). "*Intensive outpatient treatment for PTSD: a pilot feasibility study combining prolonged exposure therapy, EMDR, physical activity, and psychoeducation.*" *Eur J Psychotraumatol* 12(1): 1917878.
- Burton, M. S., Rothbaum, B.O. & Rauch, S.A. (2022). "*The role of depression in the maintenance of gains after a prolonged exposure intensive outpatient program for posttraumatic stress disorder.*" *Depression and anxiety* 39(4): 315-322.
- Cain, C.K. (2023). "*Beyond Fear, Extinction, and Freezing: Strategies for Improving the Translational Value of Animal Conditioning Research.*" *Fear Extinction: From Basic Neuroscience to Clinical Implications*, Springer: 19-57.
- Carpiniello, B. (2023). "*The mental health costs of armed conflicts—a review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones.*" *International journal of environmental research and public health* 20(4): 2840.
- Cloitre, M., Courtois, C., Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J. & O. Van der Hart. (2012). "*The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults.*"

- Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C. & Green, B.L. (2011). "*Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices.*" *Journal of traumatic stress* 24(6): 615-627.
- Courtois, C., Sonis, J., Brown, L., Cook, J., Fairbank, J., Friedman, M. & Schulz, P. (2017). "*Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults.*" *American Psychological Association*: 119.
- Craske, M. (2015). "*Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: an inhibitory learning and inhibitory regulation approach.*" *Verhaltenstherapie* 25(2): 134-143.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). "*Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach.*" *Behav Res Ther* 58: 10-23.
- de Bont, P., van Den Berg, D., van Der Vleugel, B., de Roos, C., de Jongh, A., van Der Gaag, M. & van Minnen, A. (2016). "*Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders.*" *Psychological Medicine* 46(11): 2411-2421.
- de Jongh, A., Bicanic, I., Matthijssen, S., Amann, B.L., Hofmann, A., Farrell, D., Lee, C.W. & Maxfield, L. (2019). "*The current status of EMDR therapy involving the treatment of complex posttraumatic stress disorder.*" *Journal of EMDR Practice and Research* 13(4): 284-290.
- de Jongh, A., Groenland, G., Sanches, S., Bongaerts, H., Voorendonk, E. & Van Minnen, A. (2020). "*The impact of brief intensive trauma-focused treatment for PTSD on symptoms of borderline personality disorder.*" *European Journal of Psychotraumatology* 11(1): 1721142.
- de Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M., Foa, E.B., Wheeler, K., t. Broeke, E. & Feeny, N. (2016). "*Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults.*" *Depression and anxiety* 33(5): 359-369.
- de Witte, M., Pinho, A.D.S., Stams, G.J., Moonen, X., Bos, A.E.R. & van Hooren, S. (2022). "*Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis.*" *Health Psychol Rev* 16(1): 134-159.

- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review." *The Lancet* 365(9467): 1309-1314.
- Foa, E. B., Hembree, E.A. & Rothbaum, B.O. (2007). "Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences: therapist guide". Oxford University Press.
- Gattinara, P. C. & Pallini, S. (2017). "The use of EMDR with refugees and asylum seekers: A review of research studies." *Clinical Neuropsychiatry*(5).
- Grubaugh, A. L., Brown, W.J., Wojtalik, J.A., Myers, U.S. & Eack, S.M. (2021). "Meta-analysis of the treatment of posttraumatic stress disorder in adults with comorbid severe mental illness." *The Journal of Clinical Psychiatry* 82(3): 33795.
- Hendriks, L., de Kleine, R.A., Broekman, T.G., Hendriks, G.J. & van Minnen, A. (2018). "Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts." *Eur J Psychotraumatol* 9(1): 1425574.
- Hendriks, L., d. Kleine, R.A., Broekman, T.G., Hendriks, G.J. & v. Minnen, A. (2018). "Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts." *European journal of psychotraumatology* 9(1): 1425574.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*". Hachette uK.
- Hoppen, T. H., Kip, A. & Morina, N. (2023). "Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials." *Journal of Anxiety Disorders* 95: 102684.
- Hurley, E. (2018). "Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches." *Frontiers in Psychology* 9: 1458.
- Kip, A., Priebe, S. Holling, H. & Morina, N. (2020). "Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in



- refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials.* Clinical Psychology & Psychotherapy 27(4): 489-503.
- Korn, D. L. (2009). "EMDR and the treatment of complex PTSD: A review." Journal of EMDR Practice and Research 3(4): 264-278.
- Krampe, H., Wagner, T., Kufner, H., Jahn, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Timmer, W., Kroner-Herwig, B. & Ehrenreich, H. (2004). "Therapist rotation--a new element in the outpatient treatment of alcoholism." Subst Use Misuse 39(1): 135-178.
- Landis-Shack, N., Heinz, A.J. & Bonn-Miller, M.O. (2017). "Music therapy for posttraumatic stress in adults: A theoretical review." Psychomusicology: Music, Mind, and Brain 27(4): 334.
- Lely, J. C., Smid, G.E., Jongedijk, R.A., Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2019). "The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis." European journal of psychotraumatology 10(1): 1550344.
- Lewis, C., Roberts, N.P., Gibson, S. & Bisson, J.I. (2020). "Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta-analysis." European journal of psychotraumatology 11(1): 1709709.
- Ley, C., Rato Barrio, M. & Koch, A. (2018). "'In the sport I am here': therapeutic processes and health effects of sport and exercise on PTSD." Qualitative health research 28(3): 491-507.
- Mollica, R. F., Wyshak, G. & Lavelle, J. (1987). "The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees." The American journal of psychiatry 144(12): 1567-1572.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A. & Trumbetta, S.L. (2002). "Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model." Schizophrenia research 53(1-2): 123-143.
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L., Holen, D., Milde, A., Bomyea, J. & Thorp, S. (2014). "A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD." Clinical psychology review 34(6): 453-467.

- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2018). "Post-traumatic stress disorder." NICE Guideline No. 116.
- Oruc, L., Kapetanovic, A., Pojskic, N., Miley, K., Forstbauer, S., Mollica, R.F. & Henderson, D.C. (2008). "Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist." *International Journal of Culture and Mental Health* 1(2): 105-116.
- Paridaen, P., Voorendonk, E.M., Gomon, G., Hoogendoorn, E.A., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2023). "Changes in comorbid depression following intensive trauma-focused treatment for PTSD and complex PTSD." *Eur J Psychotraumatol* 14(2): 2258313.
- Parloff, M. B., Kelman, H.C. & Frank, J.D. (1954). "Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy." *American Journal of Psychiatry* 111(5): 343-352.
- Paunovic, N. & Öst, L-G. (2001). "Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees." *Behaviour research and therapy* 39(10): 1183-1197.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M. & Grant, B.F. (2012). "Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 20(5): 380-390.
- Powers, M. B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. & Foa, E.B. (2010). "A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder." *Clinical psychology review* 30(6): 635-641.
- Ragsdale, K. A., Watkins, L.E., Sherrill, A.M., Zwiebach, L. & Rothbaum, B.O. (2020). "Advances in PTSD treatment delivery: Evidence base and future directions for intensive outpatient programs." *Current Treatment Options in Psychiatry* 7(3): 291-300.
- Rauch, S. A., Defever, E., Favorite, T., Duroe, A., Carrity, C., Martis, B., & Liberzon, I. (2009). "Prolonged exposure for PTSD in a Veterans Health Administration PTSD clinic." *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 22(1): 60-64.

- Rauch, S. A. M., Rothbaum, B.O. & Smith, E.R. (2020). *“Prolonged exposure for PTSD in intensive outpatient programs (PE-IOP): therapist guide.”* New York, NY, Oxford University Press.
- Resick, P. A., Straud, C.L., Wachen, J.S., LoSavio, S.T., Peterson, A.L., McGeary, D.D., Young-McCaughan, S., Taylor, D.J., Mintz, J., Consortium, S.S. & STRONG STAR Consortium and the Consortium to Alleviate PTSD (2023). *“A comparison of the CAPS-5 and PCL-5 to assess PTSD in military and veteran treatment-seeking samples.”* European Journal of Psychotraumatology 14(2): 2222608.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Ward, P.B., Curtis, J. & Sherrington, C. (2015). *“Physical activity interventions: an essential component in recovery from mental illness.”* Br J Sports Med 49(24): 1544-1545.
- Schnitzer, G., Holttum, S. & Huet, V. (2021). *“A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder.”* International Journal of Art Therapy 26(4): 147-160.
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A.J. & Teng, E.J. (2020). *“A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder.”* J Trauma Stress 33(4): 443-454.
- Shapiro, F. (2001). *“Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures.”* Guilford Press.
- Sherrill, A. M., Maples-Keller, J.L., Yasinski, C.W., Loucks, L.A., Rothbaum, B.O. & Rauch, S.A.M. (2022). *“Perceived benefits and drawbacks of massed prolonged exposure: A qualitative thematic analysis of reactions from treatment completers.”* Psychol Trauma 14(5): 862-870.
- Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T. & Norman, I. (2017). *“Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness.”* Cochrane Database of Systematic Reviews(1).
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A. & van Ommeren, M. (2009). *“Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis.”* Jama 302(5): 537-549.

- Thoresen, I. H., Auren, T. J. B., Langvik, E.O., Engesaeth, C., Jensen, A.G. & Klaeth, J.R. (2022). "*Intensive outpatient treatment for post-traumatic stress disorder: a thematic analysis of patient experience.*" *Eur J Psychotraumatol* 13(1): 2043639.
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A. & Saboonchi, F. (2017). "*Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey.*" *BMJ open* 7(12): e018899.
- Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosè, M., Ostuzzi, G., Purgato, M. & Ricciardi, C. (2021). "*A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD.*" *BMJ Global Health* 6(6).
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V. & Amann, B.L. (2017). "*EMDR beyond PTSD: A systematic literature review.*" *Frontiers in psychology* 8: 1668.
- van der Kolk, B. (2014). "*The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.*" New York 3.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996). "*Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.*" Guilford Press.
- van Minnen, A., Harned, M.S., Zoellner, L. & Mills, K. (2012). "*Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD.*" *European journal of Psychotraumatology* 3(1): 18805.
- van Minnen, A., Hendriks, L., Kleine, R., Hendriks, G.J., Verhagen, M. & de Jongh, A. (2018). "*Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder.*" *Eur J Psychotraumatol* 9(1): 1492836.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olf, M. (2010). "*When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors.*" *Behaviour research and therapy* 48(4): 312-320.

- van Minnen, A., Zoellner, L.A., Harned, M.S. & Mills, K. (2015). "*Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: A literature review.*" *Current psychiatry reports* 17: 1-16.
- van Vliet, N. I., Huntjens, R.J., Van Dijk, M.K., Bachrach, N., Meewisse, M-L. & de Jongh, A. (2021). "*Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial.*" *BJPsych Open* 7(6): e211.
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E.M., Bongaerts, H., Zoet, H.A., Verhagen, M., Lee, C.W., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2018). "*Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder.*" *Eur J Psychotraumatol* 9(1): 1487225.
- Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W.F., Shinwari, N.R., Faiz, H., Nassery, R., van den Brink, W. & Olf, M. (2007). "*Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan.*" *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42: 328-335.
- Voorendonk, E. M., de Jongh, A., Rozendaal, L. & van Minnen, A. (2020). "*Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme.*" *European Journal of Psychotraumatology* 11(1): 1783955.
- Voorendonk, E. M., Sanches, S.A., Tollenaar, M.S., Hoogendoorn, E.A., de Jongh, A. & van Minnen, A. (2023). "*Adding physical activity to intensive trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder: results of a randomized controlled trial.*" *Front Psychol* 14: 1215250.
- Wachen, J. S., Dondanville, K.A., Evans, W.R., Morris, K. & Cole, A. (2019). "*Adjusting the timeframe of evidence-based therapies for PTSD-massed treatments.*" *Current Treatment Options in Psychiatry* 6: 107-118.
- Watkins, L. E., Sprang, K.R. & Rothbaum, B.O. (2018). "*Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions.*" *Front Behav Neurosci* 12: 258.

- Weathers, F. W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P. & Keane, T.M. (2013). "*The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*." Psychological assessment. Interview available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov), 6. .
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., v. Korff, M. & Pull, C. (2010). "*Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0*." Bulletin of the World Health Organization 88: 815-823.
- Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2018). "*Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD*." Eur J Psychotraumatol 9(1): 1468707.

## **Svenska Röda Korset**

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på sex platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Stockholm, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade i Stockholm 1985.

## **Röda Korsets Högskola**

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

## **Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering**

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi klinisk forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



**Röda Korsets Högskola** Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059  
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | [info@rkh.se](mailto:info@rkh.se) | [www.rkh.se](http://www.rkh.se)