



Martina Datavs Johansson
Johanna Steivik

Stabiliseringsgrupp vid PTSD

Känsloreglering och mindfulness

Stabilizing group for PTSD
Emotional regulation and mindfulness skills

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2014-12-09, HT
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anna Söderpalm Gordh

Sammanfattning

Studien avsåg undersöka vilken effekt en ny gruppbehandling vid PTSD, kallad Stabiliseringsgrupp, hade på PTSD-symtom, depressionssymtom, dissociativa symtom samt upplevd hanterbarhet av symtomen. En behandlingsmanual utvecklades av två psykologer vid PTSD-mottagningen i Borås. Behandlingen innehöll interventioner så som psykoedukation, strategier för stresshantering, känsloreglering och mindfulness. Stabiliseringsgruppen omfattade åtta gruppssessioner. Deltagare var sex patienter från Björkängens psykiatriska öppenvårdsmottagning i Borås, diagnostiserade med PTSD. Fyra självskattningsformulär användes: PCL-C, MADRS-s, DES och en VAS-skala, utvecklad för studien. Deltagarna fyllde i självskattningsformulären före behandling och vid sista behandlingstillfället. Resultaten visade att samtliga utfallsmått förändrades i önskad riktning. Dock uppnåddes inte statistisk signifikans för något av måtten och det är tveksamt om förändringarna är så stora att de är kliniskt meningsfulla. För att ta reda på om behandlingen ger meningsfulla resultat behövs en storskalig kontrollerad studie. Det vore också intressant att undersöka om behandlingen kan fungera som förberedande behandling inför traditionell traumafokuserad KBT. Tidigare studier har visat på lovande resultat för behandlingar där färdigheter i känsloreglering och mindfulness föregår traumafokuserad KBT. Fortsatta studier behövs för att klargöra om känsloreglering och mindfulness kan bidra till förbättrade behandlingsutfall. Möjligen kan fortsatt forskning också bidra till ny teoribildning där fokus flyttas från kognitiva till emotionella processer, vilket kan leda till ytterligare förbättringar i utformning av behandling för patienter med PTSD.

Nyckelord: PTSD, behandling, stabiliseringsgrupp, känsloreglering, mindfulness,

Abstract

The aim of the present study was to evaluate the effect of a new group therapy for PTSD, called Stabilizing group, in PTSD-symptoms, symptoms of depression, dissociative symptoms and the perceived ability to handle the symptoms. A treatment manual was developed by two psychologists at the PTSD-unit in Borås. The treatment included interventions like psycho education, stress management strategies, emotional regulation and mindfulness. The stabilizing group comprised eight group sessions. Six patients from Björkängens psychiatric outward unit in Borås, diagnosed with PTSD, were participants. Four self-assessment inventories were used: PCL-C, MADRS-s, DES and a VAS-scale constructed for the study. The participants filled out the self-assessment inventories before the treatment and at the last session. Results showed that all outcome measures changed in the wanted direction. Statistical significance was not found for any of the measures, though, and it is questionable if the changes are clinically meaningful. A new large scale controlled study is needed to determine if the treatment leads to significant results. It would also be interesting to study if the treatment could work as a preparatory treatment for traditional trauma focused CBT. Previous studies have shown promising results for treatments where emotional regulation and mindfulness skills precede trauma focused CBT. Further studies are needed to clarify if emotional regulation and mindfulness can contribute to treatment outcome. Perhaps continuous studies also could contribute to construction of new theories where the focus moves from cognitive to emotional processes, which could result in further improvements in design of treatment for patients with PTSD.

Key words: PTSD, treatment, stabilizing group, emotional regulation, mindfulness

Förord

Vi är glada att under uppsatsarbetet ha fått fördjupa oss i ett problemområde, PTSD, som vi båda kommer i kontakt med i vårt dagliga kliniska arbete. Uppsatsskrivandet har gett oss ökad förståelse för problematikens uppkomst och vidmakthållande samt hopp om att de behandlingsmetoder som finns i dag kan utvecklas ytterligare så att fler människor i framtiden kan bli hjälpta.

Vi vill här passa på att tacka:

De två psykologerna, Odd Berg och Liv Raissi (tidigare Bengtsson), för att de gav oss chansen att få utvärdera deras nya gruppintervention ”Stabiliseringsgrupp” och att de berättade för oss om tidigare forskning som inspirerat till denna.

Chefen vid PTSD-mottagningen i Borås, Katrin Sepp, som var den som gav oss förslaget att genomföra utvärderingen.

Chef och medarbetare vid Björkängens psykiatriska öppenvårdsmottagning, för hjälpen med att rekrytera och informera deltagare och att överhuvudtaget genomföra projektet.

Deltagarna i gruppen, som tålmodigt fyllde i omfattande formulär före och efter gruppinterventionen.

Personal vid biblioteket och FoU enheten SÄS för hjälp att söka referenser, plats att skriva, mm. Sist men inte minst, vår handledare Torsten Norlander, för all uppmuntran samt den snabba och tydliga feedbacken under vårt uppsatsskrivande. Det gjorde vårt arbete mycket lättare!

Tack!

Inledning

PTSD; diagnos och samsjuklighet

Nära 60 % av alla män respektive 50 % av alla kvinnor, erfar minst en traumatisk händelse under sin livstid (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Kessler, 2000). I kliniska populationer, för de som är behandlingssökande, kan traumaprevalensen vara så hög som 80% eller mer (Schnurr, Friedman, & Bernardy, 2002). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett ångestsyndrom som kan drabba personer som varit utsatta för en eller flera traumatiska händelser (Mendes, Mello, Ventura, Passarela, & Mari, 2008).

Enligt Diagnostic and statistical manual of mental disorder (American Psychiatric Association, 2000) innebär PTSD att personen har varit med om en traumatisk händelse där personen (1) upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet och (2) reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. De symtom som PTSD karakteriseras av är återupplevande av trauma, undvikande av traumarelaterade stimuli samt överspändhetssymtom (American Psychiatric Association, 2000). Det finns även flera sammanhängande följder och tillstånd till PTSD som personer med diagnosen kan drabbas av. Dessa är bland andra hörselhallucinationer, smärtsam överlevnadsskuld, paranoida tankar samt undvikande beteenden som kan påverka sociala kontakter och skapa relationsproblem. Andra symtom som framförallt är sammankopplade med interpersonella stressorer, såsom sexuella eller fysiska övergrepp under barndomen eller våld i hemmet, är försämrad affektreglering, dissociativa symtom, självdestruktivitet, impulsivt beteende, känslor av hopplöshet, skamkänslor, känslor av ineffektivitet, förtvivlan och somatiska besvär (American Psychiatric Association, 2000).

Livstidsprevalensen för PTSD har beräknats till 7,8 % (Kessler et al, 1995; Kessler et al 2005). Kvinnor har enligt Kessler et al (1995) dubbelt så stor risk som män att få diagnosen PTSD (10,4 % jämfört med 5 %). I den behandlingssökande populationen har PTSD prevalensen rapporterats kunna vara så hög som 50 %, även hos de individer som inte söker specialiserad traumabehandling (Schnurr et al, 2002). Livstidsprevalensen för PTSD i Sverige har i en studie beräknats till 5,6 % (Frans, Rimmö, Åberg, & Fredriksson, 2005).

I jämförelse mellan olika typer av traumatiska händelser ökar risken för PTSD om den traumatiska händelsen har inkluderat interpersonellt våld, särskilt av sexuell art eller

krigsrelaterat trauma, jämfört med olyckor och naturkatastrofer. Den vanligaste utlösande traumatiska händelsen är sexuella övergrepp för kvinnor respektive krigsrelaterat trauma för män (Kessler et al, 1995; Mendes et al, 2008). Ökad risk för att utveckla PTSD föreligger vid tidigare psykiatrisk sjukdom, personlighetsrelaterad sårbarhet, låg utbildningsnivå, låg ålder, traumats allvarlighetsgrad, graden av hot personen upplever under traumat, brist på socialt stöd efter traumat samt tilläggsstressorer som tvångsförflyttning och död av nära anhörig (Schnurr et al, 2002; Ehlers & Clark, 2000). Skyddande faktorer är en aktiv mental hållning under händelsen, att det är en avgränsad traumatisk händelse, positiva nära relationer samt uppsökande eller konfronterande bemästringsstrategier (Ehlers & Clark, 2000).

Samsjukligheten med andra axel I diagnoser är vanlig hos de med kronisk PTSD. Högst komorbiditet föreligger med depression (Kessler et al, 1995). PTSD ökar även risken för att utveckla andra psykiatriska diagnoser. Symtomöverlappning kan också förklara den livslånga komorbiditeten. Komorbiditeten och symtomöverlappningen fordrar kliniskt att alla patienter får en noggrann klinisk bedömning, inklusive en utförlig traumaanamnes. En risk är annars att en patient med allvarlig PTSD som uppvisar ångestattacker, suicidalt beteende, drog eller alkoholintoxikation, kan felbedömas och behandlas utifrån depression, panikångest eller beroendeproblematik. Underliggande PTSD riskerar då att upptäckas då först efter en längre tid. Jämfört med icke traumatiserade personer rapporterar traumaöverlevare mer medicinska symtom, använder mer sjukvårdsresurser samt visar högre dödlighet (Schnurr et al, 2002).

Behandling

Läkemedelsbehandling kan fungera som akut symtomlindring av svåra associerade tillstånd till PTSD, som till exempel insomni, men har endast liten effekt på PTSD-symtomen (Arnberg, & Bergh Johannesson, 2013). Flera olika psykologiska behandlingar har utvecklats för PTSD, t ex avspänning, systematisk desensivering, stress inoculation training (SIT), prolonged exposure (PE), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), och kognitiv omstrukturering (Leahy, Holland, & Mc Ginn, 2011).

I en systematisk översikt och metaanalys från 2007, som inkluderade 38 randomiserade kontrollerade studier menar Bisson et al. att följande terapier visat sig ge förbättring av PTSD-symtom jämfört med väntelistekontroller eller sedvanlig behandling: Traumafokuserad KBT (TFCBT), EMDR, ångesthantering och KBT i grupp. Enlig författarna fanns det inte någon

skillnad mellan TFEBT och EMDR, men det fanns visst stöd för att både TFEBT och EMDR var bättre än ångesthantering och ”andra terapier” (d v s stödjande terapi, psykodynamiska terapier och hypnoterapi) samt att ångesthantering var bättre än ”andra terapier”. I begreppet ”TFEBT” ingår, i Bisson et al’s översikt, såväl ren exponeringsbehandling (så som PE) som kognitivt inriktad traumafokuserad terapi. Det är oklart om termen ”ångesthantering” (”stressmanagement”) avser exakt samma behandling som annars benäms SIT, men det rör sig troligen om likartade behandlingar.

I en annan metaanalys menar däremot Benish, Imel och Wampold (2007) att alla ”bonafide psykoterapier” ger likande resultat för patienter med PTSD. Med ”bonafide psykoterapier” menar författarna terapier som har utformats för att hjälpa vid just den specifika diagnosen och man redovisar flera kriterier som ska uppfyllas för att en terapi ska vara ”bonafide”; bl a att psykoterapin ska levereras av en tränad terapeut och skraddarsys efter patienten. Bland de psykoterapier som ingår i denna metaanalys finns bl a psykodynamisk terapi och hypnoterapi med.

Ehlers et al (2010) menar i en översikt att Benish et al’s studie har flera metodologiska brister. De hävdar att sju andra metaanalyser eller systematiska översikter visat att det finns gott stöd för traumafokuserade psykologiska behandlingar (TFEBT och EMDR) vid PTSD, men att behandlingar som inte fokuserar på patientens traumaminnen eller minnenas innebörd antingen är mindre effektiva eller ännu ej tillräckligt utvärderade. De lyfter fram ökade effektstorlekar i TFEBT i senare års studier.

En form av traumafokuserad KBT som har gott stöd är Prolonged exposure, utvecklad av Edna Foa (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Den bygger på teorin om emotionell bearbetning, som i sin tur bygger på Langs bioinformationsteori om känslor. Enligt den känslomässiga bearbetningsteorin beror ångeststörningar på patologiska rädslostrukturer. Patologiska rädslostrukturer skiljer sig från normala rädslostrukturer genom att rädslan är mycket stark, att den innehåller stimulus-stimuluskopplingar som inte stämmer med verkligheten, samt kopplingar mellan harmlösa stimuli och flykt/undvikande. Foa menar att anledningen till att vissa personer som utsätts för trauma utvecklar PTSD, och andra inte, kan vara de scheman personen hade om sig själv och världen redan innan traumat, samt hur minnena från traumat och händelser efter traumat ser ut. (Foa & Jaycox, 1999). Behandlingen bygger i princip enbart på exponering, dels in vivo för traumarelaterade stimuli, dels imaginärt för minnen av trauma. Vissa kognitiva

inslag i form av reflektion och ”processande” efter exponeringen ingår också, men instruktioner för typisk kognitiv omstrukturering (t ex bevis för och emot olika antaganden) ingår inte (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). Behandlingen har valts till program för nationell spridning i USA av Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA) (Nemeroff, et al. 2006). Det är också den behandlingsmetod som främst används för vuxna vid PTSD-mottagningen i Borås, där studien som denna uppsats beskriver genomförs.

En annan form av traumafokuserad KBT är kognitiv terapi. En form av kognitiv terapi vid PTSD bygger på en teori av Anke Ehlers (Ehlers & Clark, 2000). Enligt teorin uppkommer PTSD när en person bearbetar ett trauma på ett sätt som gör att ett omedelbart hot upplevs. Ehlers menar att upplevelsen av akut hot uppkommer genom överdrivet negativa tolkningar av traumat samt störningar i det autobiografiska minnet. Behandlingen innehåller strategier för att modifiera överdrivet negativa uppfattningar om traumat och dess efterverkningar, strategier för att minska återupplevande genom utarbetande av traumaminnen och diskriminering av triggers, samt strategier för att släppa dysfunktionella beteenden och kognitiva strategier som bidrar till vidmakthållande. Metoden har utvärderats och visat sig leda till förbättring i PTSD-symtom samt låg förekomst av behandlingsavhopp (Ehlers, Clark, Hackman, Mc Manus & Fennell, 2005).

En jämförelse mellan kognitiv terapi och prolonged exposure samt en kombination av dessa visade att båda behandlingarna var för sig samt i kombinerad form ledde till förbättring i PTSD-symtom. Det blev dock ingen ökad effekt genom att kombinera behandlingarna (Mark, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher. 1998).

Foa och medarbetare har även jämfört PE, SIT och en kombination av PE och SIT med en vänteliste-kontroll. Alla tre behandlingarna ledde till minskning i PTSD- och depressionssymtom jämfört med väntelista, men de skilde sig inte signifikant från varandra (Foa et al., 1999).

När det gäller barn och ungdomar har The European network for traumatic stress (TENTS) dragit slutsatsen att äldre barn med svåra akuta stressreaktioner kan erbjudas traumafokuserad KBT, och vid kroniskt PTSD hos barn och unga finns vetenskapligt stöd för traumafokuserad KBT. Behandlingen behöver anpassas efter barnets utvecklingsnivå, och även vårdnadshavare involveras i behandlingen. TENTS har inte funnit tillräckligt stöd för andra typer av psykoterapi (t ex familjeterapi, bildterapi) eller för läkemedelsbehandling (Arnberg & Johanesson, 2013).

Behov av nya terapiformer

Trots att många patienter blir hjälpta med de behandlingsmetoder som finns idag finns det fortfarande mycket att göra vad gäller utveckling av PTSD-behandling då så många som en tredjedel av patienterna inte svarar på behandling med traumafokuserad KBT (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Vissa studier har även visat på många tidiga behandlingsavhopp vid PE (van Minnen, Arntz & Keijsers 2002). På senare år har ”den tredje utvecklingsfasen” av KBT, det vill säga KBT med inslag av mindfulness och acceptansstrategier influerat sedvanlig KBT på en rad områden (Kåver, 2006). En av de numera mest kända och utvärderade av dessa behandlingar är Dialektisk beteendeterapi (DBT), som utvecklats av Marsha Linehan (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991). DBT har visat sig kunna minska självskada och andra symtom hos patienter med borderline personlighetsstörning (Linehan et al., 1991; Lundh, 2014). ”Emotional regulation group therapy” (ERGT) är en annan lovande behandling som tycks ha god effekt vid borderline-personlighetsstörning och självskaideproblematik (Gratz & Gunderson, 2006; Lundh, 2014). Gemensamt för DBT och ERGT är fokus på känsloreglering, bland annat genom förståelse för känslors funktion, benämning av känslor och acceptans av känslor (Linehan, 2000; Bjureberg & Sahlin Berg, 2013) I DBT anses färdigheter i mindfulness, vara grundläggande för att lära sig andra färdigheter, så som känsloreglering (Linehan, 2000). Även i ERGT, med dess fokus på acceptans (Bjureberg & Sahlin Berg, 2013), kan man säga att det finns inslag av mindfulness. Teoretiskt är det rimligt att även patienter med PTSD, vars lidande består i att de har svårt att tolerera plågsamma minnesbilder och känslor som uppkommit efter trauma skulle kunna ha nytta av känsloreglering. Det finns också en överlappning mellan de två diagnoserna borderline personlighetsstörning och PTSD. Några av de tidigare nämnda sammanhörande följderna av PTSD (försämrad affektreglering, dissociativa symtom, självdestruktivitet, impulsivt beteende) som beskrivs i DSM-IV, är beskrivningar av problem som ingår bland diagnoskriterierna för borderline personlighetsstörning (American Psychiatric Association, 2000). I en studie fann man att 55.9 % av patienter med BPD även uppfyllde kriterierna för PTSD (Zanarini et al. 1998). Vid behandling av patienter med båda dessa diagnoser inleds behandlingen med sedvanlig DBT till dess att patienterna nått stabilitet så tillvida att farliga och livshotande beteenden är under kontroll och patienterna har en villighet att uppleva intensiva känslor utan att fly/undvika. Därefter påbörjar man exponeringsbehandling som vid PE, parallellt med fortsatt DBT. Detta har visat sig ge goda resultat i form av bl a minskade

PTSD-symtom (Harned, Korslund, Foa & Linehan, 2012; Harned, Korslund & Linehan, 2013). Att ha en stabiliserande fas med fokus på mindfulness och känsloreglering innan exponeringsbehandling inleds tycks alltså fungera väl, åtminstone för patienter med samtidig borderline personlighetsstörning.

I en studie har man undersökt effekten av känsloregleringsfärdigheter som tillägg till exponeringsbehandling vid PTSD (Cloitre et al., 2010). Studien var en randomiserad kontrollerad studie där försökspersonerna var kvinnor med PTSD relaterad till sexuella eller fysiska övergrepp i barndomen. Experimentgruppen fick även genomgå en behandling som inleddes med färdighetsträning följt av exponeringsbehandling. Färdighetsträningen, kallad STAIR, var en anpassning av DBT-färdigheter och innehöll huvudsakligen känsloreglering och interpersonella färdigheter. Exponeringsbehandlingen var en anpassning av prolonged exposure. De två kontrollgrupperna fick stödjande samtal följt av exponering, respektive STAIR följt av stödjande samtal. Resultatet blev att fler patienter i STAIR/exponering-betingelsen uppnådde full remission av PTSD jämfört med stöd/exponering, medan STAIR/stöd hamnade mitt emellan. STAIR/exponering ledde även till större förbättring i känsloreglering jämfört med stöd/exponering och större förbättring avseende interpersonella problem än båda de andra betingelserna. Dessutom blev det färre behandlingsavhopp i STAIR/exponering jämfört med stöd/exponering.

I en likande studie av Bryant et al. (2013) undersöktes om känsloregleringsfärdigheter kunde tillföra något till KBT för patienter med PTSD. Patienter fördelades slumpmässigt till behandling som inleddes med träning i känsloregleringsfärdigheter respektive stödjande samtal, därefter fick båda grupperna KBT. Man fann att känsloregleringsfärdigheter i kombination med KBT ledde till såväl färre behandlingsavhopp som minskade PTSD- och ångestsymtom, jämfört med stödjande samtal i kombination med KBT. Fler patienter (31 %) av de som inledande fick träning i känsloreglering nådde en hög grad av funktion vid uppföljning, än av de som inledande fick stödjande samtal (12 %).

Man kan tänka att resultaten av de ovan nämnda studierna (Cloitre et al., 2010; Bryant et al., 2013) delvis motsäger resultatet från Foas studie där man fann att tillägg av stresshanteringsstrategier till exponeringsbehandling inte gav någon ökad behandlingseffekt (Foa et al., 1999). Denna skillnad mellan Foas studie och de nyare studierna skulle kunna förklaras med att traditionella stresshanteringsstrategier som ingår i SIT, t ex kontrollerad andning och

progressiv avspänning, inte är särskilt hjälpsamma, utan att de strategier som lärs ut för att handskas med stress/andra känslor måste skraddarsys utifrån de specifika problem som PTSD-patienter har.

Jaycox, Foa & Morral (1998) undersökte i en studie vad som gör att vissa patienter med PTSD tillgodogör sig exponeringsbehandling bättre än andra. De fann med hjälp av klusteranalys tre typer av patienter: (1) Patienter som tidigt i exponeringsbehandling uppvisar en hög grad av känslomässigt engagemang i kombination med gradvis habituering mellan sessionerna, (2) Patienter med initialt högt känslomässigt engagemang utan habituering samt (3) patienter med medelstarkt känslomässigt engagemang utan habituering. Patienter i den första gruppen förbättrades mer i behandlingen än patienterna i de övriga grupperna. Författarna diskuterar varför patienter i grupp två inte habituerar, och menar att en förklaring kan vara att exponeringsbehandlingen, för att vara effektiv, måste lyckas göra skillnad på att minnas något och att återuppleva det, och att det möjligen är detta som inte lyckats i behandlingen för dessa patienter. Att grupp tre förbättras i mindre grad än den första gruppen menar författarna beror på att ingen nyinläring sker när rädslostrukturen inte aktiveras under behandlingen.

Man kan tänka sig att känsloregleringsfärdigheter skulle kunna bidra till patienters förmåga att tolerera sina känslor, vilket skulle kunna förhindra dissociation och andra former av emotionell avtrubning som annars kan minska det känslomässiga engagemanget under exponeringsbehandling. Teoretiskt är det även möjligt att färdigheter i mindfulness skulle kunna bidra till att göra åtskillnad mellan att minnas och att återuppleva, eftersom träning i mindfulness bl a innebär träning i att observera och beskriva tankar, känslor och sinnesintryck och att göra skillnad mellan dessa. Vujanovic, Youngwirth, Johnsson & Zvolensky (2009) fann i en studie att en aspekt av mindfulness, kallad "Accepting without judgment", mätt med skalan KIMS, hade ett negativt samband med PTSD-symtom hos personer som erfarit trauma, men inte uppfyllde kriterierna för någon axel-I-diagnos. I samma studie fann man att en annan aspekt av mindfulness, kallad "Acting with awareness" hade ett negativt samband med återupplevandesymtom. Författarna drar slutsatsen att både förmågan att vara medveten om den aktuella kontexten och att vara villig att acceptera den utan dömande/värderande kan spela roll i upplevelsen av PTSD. I en annan studie undersöktes samband mellan förändringar i olika aspekter mindfulness mätt med KIMS och behandlingsutfall för militärveteraner som genomgick Group Cognitive Processing Therapy (CPT) (Tyler Boden et al., 2012). Man fann att PTSD-

svårighetsgrad så väl som depressionssvårighetsgrad efter behandlingen hade negativa samband med några olika aspekter av mindfulness. Författarna menar att detta tyder på att en KBT-baserad behandling, trots att den inte är utformad just för att lära ut mindfulness, ändå kan leda till förändring av olika mindfulnessaspekter, som kan vara relaterade till behandlingsutfall.

PTSD-mottagning Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås

Följande beskrivning gäller hur PTSD-mottagningen och vården av PTSD-patienter var organiserad vid den psykiatriska kliniken då studien planerades.

PTSD-mottagningen i Borås erbjuder specialistpsykiatrisk behandling och konsultation för patienter med huvuddiagnos PTSD. Mottagningen är åldersövergripande (barnpsykiatri och vuxenpsykiatri). Patienter tas emot efter remiss från barn- eller vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning, när diagnos är ställd (Södra Älvsborgs Sjukhus, 2013). Den behandling som ges till vuxna patienter är Prolonged exposure (PE) (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991) medan barn ges Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) (Cohen, Deblinger & Mannarino, 2004). Denna manualbaserade behandling för barn heter just TF-CBT vilket kan orsaka begreppsförvirring. Då termen traumafokuserad KBT i övrigt används i denna uppsats avses ett vidare begrepp som inkluderar KBT-behandlingar där man fokuserar på återberättande/återupplevande av traumaminnen, oavsett om dessa huvudsakligen innehåller exponeringsmoment eller kognitiva interventioner. Vuxna patienter med PTSD erbjuds även mer stödjande insatser vid Björkängens öppenvårdsmottagning. Vuxna patienter med PTSD finns också vid andra öppenvårdsmottagningar i Borås, men då har annan psykiatrisk problematik bedömts som den primära.

Vid PTSD-mottagningen har man lagt märke till två problem när det gäller tillgång och genomförande av behandlingen: 1, Många patienter klarar inte av att gå direkt in i exponeringsbehandlingen, vilket kan bero på dissociativa problem, men även rädsla för att utsätta sig för de känslor som kommer väckas under behandlingen, 2, Tillgången till behandlingen är mindre än behoven, många patienter får vänta länge på behandling. Att köerna på senare tid vuxit hänger bl a samman med att man tidigare haft principen att inte genomföra behandlingar med tolk, men på senare tid börjat erbjuda behandling med tolk, vilket innebär att betydligt fler patienter kan bli aktuella för behandling (Bengtsson & Berg, personlig kommunikation 13 april 2013).

Stabiliseringsgrupp

Utifrån den forskning på området som ovan nämnts och de problemen avseende tillgång och genomförande av behandling man har på PTSD-mottagningen, har två psykologer som under år 2013 var verksamma vid kliniken utvecklat en manual för en behandling kallad Stabiliseringsgrupp (SG) (Bengtsson & Berg, 2013). Stabiliseringsgruppen är en gruppbehandling omfattande åtta sessioner. Behandlingen baseras huvudsakligen på färdighetsträning i känsloregulering, utifrån DBT-färdigheter, som i studierna av Bryant et al (2013) och Cloitre et al. (2010), och har även inslag av mindfulness och traditionella ångesthanteringsstrategier (som vid SIT). Innehållet är bl a psykoedukation om PTSD, avspänning, mindfulness samt känsloregulering; bl a att identifiera, beskriva och acceptera känslor. Den behandling som utvärderas i vår studie ges alltså i gruppformat, vilket är en viktig skillnad jämfört med de ovan nämnda studierna där färdighetsträningen har skett individuellt (om vi förstått författarna rätt). Tanken med att ha gruppformatet är främst att det är resurseffektivt och att kunna erbjuda fler patienter behandling.

Detta är en första pilotstudie av Stabiliseringsgrupp och förhoppningen är att man ska kunna avgöra om denna behandling framöver ska erbjudas patienter med PTSD i väntan på PE eller annan bearbetande, traumafokuserad behandling.

Syfte

Syftet med denna pilotstudie är att undersöka om även en kortare behandlingsinsats i grupp som bygger på känsloregleringsfärdigheter i kombination med mindfulness och ångesthantering kan bidra till minskade psykiatriska symtom för patienter med PTSD.

Frågeställningar

Leder behandling med SG till minskning av PTSD-symtom?

Leder behandling med SG till minskning av depressiva symtom?

Leder behandling med SG till minskade dissociativa symtom?

Leder behandling med SG till ökning av känsla av symtomens hanterbarhet?

Metod

Deltagare

Deltagare var patienter med PTSD-diagnos tillhörande Björkängens psykiatriska öppenvårdsmottagning. Ursprungliga exklusionskriterier var: (a) pågående psykotiskt skov, (b) pågående självskadebeteende/hög suicidalitet, (c) känt begåvningshandikapp, (d) behov av tolk, och (e) ålder under arton år. Under metodinsamlingen gjordes ett tillägg till exklusionskriterierna, nämligen (f) analfabetism. Orsaken till tillägget var att det uppdagades att en tilltänkt deltagare inte var läs- och skrivkundig, och det bedömdes att det då skulle ta för lång tid att hjälpa denne att fylla i formulären. Nitton patienter vid mottagningen informerades om studien. Tio patienter tackade ja till att delta. Sex personer, fem kvinnor och en man påbörjade gruppbehandlingen. Åldern varierade från 37- 53 år, medelåldern var 45 år. Samtliga var sjukskrivna. Två personer medicinerade vid behandlingsstart med bensodiazepiner i någon grad. Fyra personer var födda i Sverige och två personer i något utomeuropeiskt land.

Design

Studien är en före- eftermätning, som avser mäta effekter av stabiliseringsgrupp vid PTSD. Utfallsmått är PTSD-symtom, depressiva symtom, dissociativa symtom, samt upplevelse av symtomens hanterbarhet. Mätningarna genomfördes före behandling och efter åtta sessioners behandling samt vid sex veckors uppföljning.

Instrument

PCL-C, The PTSD Checklist-Civilian Version (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) mäter symtom på posttraumatisk stress som är definierade enligt DSM IV. Formuläret innehåller 17 frågor som besvaras på en skala 1-5 där högre skattning innebär svårare symtom.

MADRS-s, Montgomery-Åsberg Depression rating Scale-Self Rating (Montgomery & Åsberg, 1979 i Svanborg & Åsberg, 1994) mäter depressiva symtom och innehåller nio frågor. På frågorna kan man få 0-6 poäng, där högre poäng innebär svårare symtom.

DES, Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986 i Bernstein Carlsson, 1993), är ett kliniskt screening-instrument för att identifiera personer med potentiell dissociativ

psykopatologi. Skalan består av 28 frågor och skattas på en procentskala (0-100) om hur ofta upplevelsen har förekommit. Poängsumman beräknas genom medelvärdet av de 28 frågorna.

Fråga om hanterbarhet,” En fråga om deltagarnas känsla av hanterbarhet konstruerades för studien. Deltagarna ombads skatta på en VAS-skala ”Hur väl tycker du att du i dagsläget kan hantera dina besvär”, 0= inte alls, 10= Fullständig kontroll över besvären.

Datainsamlingsmetod

Syftet med att ha med ett mått på PTSD-symtom var att se om denna relativt korta behandlingsinsats kunde ha någon effekt på kärnsymtomen vid PTSD. Instrumentet PCL-C valdes utifrån att det är ett väl utvärderat instrument. PCL finns i flera versioner: PCL-M (militär) som frågar efter problem som kan ha uppkommit efter obehagliga militära erfarenheter, PCL-S (specifik) som frågar efter problem som uppkommit efter en specifik obehaglig upplevelse och PCL-C (civil), som frågar mer generellt om problem relaterade till stressande händelser. Den civila versionen valdes utifrån att den bedömdes passa bäst för de försökspersoner som deltar, och som kan tänkas ha varit med om varierande typer av trauman. Formuläret är egentligen konstruerat som ett diagnostiskt instrument och avser inte främst att mäta förändring i symtom efter behandling, men detta gäller även andra mått på PTSD-symtom som vi övervägde att använda (t ex PSSS eller TSQ). PCL-C har visat sig ha god reliabilitet och validitet (Conybeare, Behar, Solomon, Newman, & Borkovec, 2012). Det har visat sig ha god överensstämmelse med den diagnostiska intervjun The Clinical Administered PTSD Scale (CAPS) (Dobie et al., 2002).

MADRS-s togs med utifrån att personer med PTSD ofta även utvecklar depressiva symtom (Kessler, 2000). MADRS-s utgår ifrån depressionskriterierna i DSM-IV. Skalan har god reliabilitet (Andersson & Engström, 2010) och validitet (Svanborg & Åsberg, 1994) och har visat sig väl lämpat för att mäta förändring i depressiva symtom (Fantino & Moore, 2009)

DES-skalan användes eftersom dissociativa symtom kan tänkas försvåra bearbetande behandling (Ehlers & Clark, 2000). Om stabiliseringsgruppen skulle visa sig bidra till minskade dissociativa symtom skulle det kunna tala för att deltagande i stabiliseringsgrupp före bearbetande behandling skulle kunna öka chansen att en patient kan tillgodogöra sig den bearbetande behandlingen. DES-skalan är egentligen inte primärt skapad för att mäta förändring i dissociativa symtom, utan för att avgöra huruvida dissociativ problematik finns eller ej. Den har funnits ha god reliabilitet och validitet (Bernstein & Putman, 1986). Teoretiskt kan man tänka sig

att dissociation är ett tillstånd som är raka motsatsen till mindfulness, och att behandling som innehåller moment av mindfulness skulle kunna leda till minskade dissociativa symtom.

Frågan om hanterbarhet skapades utifrån att såväl manualförfattarna som författarna av studien hade en idé om att stabiliseringsgruppen skulle kunna bidra till att PTSD-symtomen blir mer begripliga för deltagarna, att de skulle få redskap att handskas med symtomen, och att känslan av att kunna hantera symtomen därmed skulle kunna öka, utan att symtomen i sig nödvändigtvis minskade.

Genomförande

De patienter som bedömdes kunna bli aktuella för studien inbjöds muntligen av sina behandlare till ett informationsmöte. Vid mötet fick de patienter som kom muntlig så väl som skriftlig information (bilaga 1) om studien, samt ombads ta ställning till om de ville delta och skriva under informerat samtycke. Studien planerades som en randomiserad kontrollerad studie, där deltagarna skulle slumpas till antingen experimentgruppen som fick gå i Stabiliseringsgrupp (SG) eller till treatment as usual (TAU), men eftersom endast hälften av de patienter som inledningsvis bedömts aktuella visade intresse för att delta fick upplägget ändras till en före- efter mätning, med mätning före samt efter sista sessionen. En uppföljande mätning efter sex veckor i samband med en boostersession, planerades.

Vid informationsträffen delades formulär ut med bakgrundsinformation (ålder, kön, sysselsättning, eventuell pågående medicinering med bensodiazepiner) samt de fyra skattningsformulären i föremätningen och formulär för informerat samtycke (bilaga 1). De som önskade hjälp med att förstå frågorna i formulären fick det av författarna. Då det blev tydligt att alla som önskade delta av olika skäl inte förmådde fylla i formulären på plats beslöts att deltagare även kunde ta med formulären hem, eller ta hjälp av sin kontaktperson vid Björkängen för att fylla i dem. Då flera patienter som skulle kunna vara aktuella ej kom till mötet, beslutades att kontaktpersonerna kunde ge den skriftliga samt muntliga informationen till patienterna och att patienterna då fick ta ställning till om de ville delta samt fylla i bakgrundsinformation och skattningsskalor. Vid andra gruppträffen fick deltagarna fylla i ett formulär med kompletterande bakgrundsinformation (exakt ålder, etnisk härkomst, antal år i Sverige).

Gruppdeltagarnas närvaro vid gruppstillfällena var enligt följande: tre deltagare var med sex av åtta tillfällen, en deltagare var med sju av åtta tillfällen och två deltagare var med vid alla

åtta tillfällena. Parallellt med stabiliseringsgruppen träffade deltagarna även sina kontaktpersoner. Tanken var att deltagarna skulle träffa behandlarna individuellt ungefär varannan vecka. Kontaktpersonerna fick fortlöpande information av manualförfattarna om vad man gått igenom i gruppen och uppmanades att följa upp detta individuellt. Exakt hur ofta varje deltagare har träffat sin individuella behandlare och vad samtalen innehållit har inte kartlagts.

Eftermätningen skedde efter sista gruppstillfället, d v s åtta veckor efter föremätningen. Uppsatsförfattarna besökte gruppen och deltagarna ombads att fylla i samma fyra formulär som vid föremätningen. Vid detta tillfälle fanns fyra av gruppdeltagarna på plats. En av dem valde att ta med sig formulären hem och lämnade in det via sin individuella behandlare. De två personer som inte närvarade ombads av sina behandlare att fylla i formulären. Samtliga formulär lämnades in inom två veckor efter mättillfället.

Uppföljningsmätningen var planerad att äga rum vid en boostersession sex veckor efter eftermätningen. Till den sessionen kom dock endast en av deltagarna, varför deltagarna istället fick ett brev med uppmaning att fylla i samma fyra formulär som vid före- och eftermätning och skicka in dessa inom fem veckor i ett i förväg frankerat kuvert. Endast en deltagare har skickat in formulären gällande uppföljningsmätningen.

Gruppintervention

Stabiliseringsgruppen (SG) genomfördes som ett samarbete mellan PTSD-mottagningen och ÖVM Björkängen i Borås. Stabiliseringsgruppen pågick under åtta veckor hösten 2013. Dessutom inbjöds deltagarna till en boostersession efter sex veckor. Grupp-sessionerna ägde rum i Björkängens lokaler en gång i veckan, två timmar per tillfälle. Manualförfattarna som båda är psykologer ledde gruppen utifrån sin manual (Bengtsson & Berg, 2013). Två behandlare från Björkängen (sjukgymnast resp. mentalskötare) närvarade i inlärnings syfte.

Innehållet var sedvanliga KBT-strategier som till exempel psykoedukation om PTSD, avspänning, kontrollerad andning, mindfulness samt känsloreglering. Stor vikt lades vid känsloreglering. Behandlingen innehöll psykoedukation om känslors funktion och olika strategier för att reglera känslor, däribland acceptans. Teoretiska genomgångar varvades med praktiska övningar. Förslag till hemuppgifter för deltagarna gavs, men dessa följdes inte upp på något systematiskt sätt.

Manualen hade följande upplägg:

1. Introduktion – upplägg och psykoedukation PTSD
2. Minska din sårbarhet
3. Förstå dina känslor med Medveten närvaro (svensk term för mindfulness, författarnas anmärkning)– att uppmärksamma och beskriva
4. Hantera dina känslor
5. Hantera dina känslor – att agera tvärtemot känslan
6. Hantera dina känslor – flashbacks och dissociation
7. Hantera dina känslor – att acceptera det svåra
8. Utvärdering och vidmakthållande

Gruppen presenterades för patienterna mer som en skola i PTSD och känsloreglering än som en direkt behandling. Syftet som presenterades för patienterna var att de skulle få lära sig strategier för ökad tolerans för inre och yttre upplevelser och kunna observera sig själva och sin omgivning med minskat ångestpåslag.

Databearbetning

Samtliga beräkningar utfördes med SPSS Statistics. För att undersöka eventuella skillnader i utfallsmåtten efter jämfört med före behandling genomfördes beräkningar med Wilcoxon signed ranks test.

Bortfall

Personal vid Björkängens mottagning gjorde först bedömningen att nitton patienter kunde bli aktuella för behandlingen/studien. Tio patienter kom till informationsmötet, sju tackade ja till att delta genom att skriva på informerat samtycke vid mötet. Tre patienter som inte varit på mötet, tackade ja efter att ha fått individuell information. Vad gäller övriga sex från början tilltänkta deltagare som alltså ej kom till mötet eller tackade ja efter individuell information känner vi ej till orsaker till att de inte ville/kunde delta i behandlingen/studien. Totalt tackade alltså tio patienter ja till behandlingen, men bara sex kom i slutändan att delta. Det som orsakade bortfall bland deltagare som först tackat ja, var i ett fall frånvaro av barnomsorg, i två fall där patienterna uppgav att de hade för dåligt mående och i ett fall släktskap med en annan deltagare i gruppen. Vid uppföljningsmätningen kom endast en deltagare till den inplanerade

boostersessionen, och var därigenom den enda som fyllde i uppföljningsmätningen. En av deltagarna som fick formulär för uppföljningsmätning per post besvarade dessa. Orsaken till detta är inte klarlagd.

Etiska överväganden

De tilltänkta deltagarna informerades om studien såväl muntligt som skriftligt (bilaga 1). De informerades om att endast uppsatsförfattarna, gruppledarna och deras ordinarie behandlare skulle komma att ha tillgång till uppgifterna i skattningsformulären och att resultaten i uppsatsen skulle komma att presenteras så att ingen enskild person kan bli igenkänd. De fick även information om att deras behandlare för in resultaten av skattningsformulären i journal och att uppsatsförfattarna inte tar del av journaler. Det framgick även att deltagandet var frivilligt och de hade rätt att avbryta sitt deltagande när som helst, och att det inte skulle påverka den vård de redan får om de valde att inte medverka eller att avbryta sitt deltagande. De fick skriva på en blankett om informerat samtycke.

Ett etiskt övervägande var om patienter skulle kunna erbjudas att delta i SG även om de ej skulle önska delta i studien. Det etiska övervägandet gällde huruvida patienter skulle känna sig pressade att delta i en studie för att få en behandling de behöver. Med tanke på att SG är en tidigare icke utvärderad behandling och att patienterna inte blev utan behandling om de tackade nej, utan erbjöds sedvanlig behandling vid Björkängens öppenvårdsmottagning, bedömdes det ändå som det mest rimliga att patienter som erbjöds SG också behövde tacka ja till deltagande i studien, vilket beslöts i samråd med enhetschef vid Björkängens öppenvårdsmottagning.

Ett annat etiskt övervägande var om och hur informationen från skattningsformulären skulle återkopplas till behandlarna vid Björkängens öppenvårdsmottagning. Med tanke på att formuläret MADRS-s t ex innehåller en fråga som kan indikera förhöjd suicidrisk, bedömdes det som mest etiskt att vid höga skattningar snabbt återkopplatill behandlarna. Behandlarna informerades inom ett par veckor efter ifyllandet av formulären om en deltagare skattade 4 eller högre på fråga 9 (Livslust) på MADRS-s. Samtliga formulär från före- och eftermätning lämnades till behandlarna efter att den tänkta uppföljningsmätningen avklarats, med tanken att formulären innehåller viktig information för patienternas fortsatta behandling.

Resultat

PTSD symtom

Mätning av patienternas PTSD-symtom gjordes med skattningsformuläret PCL-C. Medelvärde låg vid föremätningen på 61,33 ($SD = 12,86$) och vid eftermätningen hade det sjunkit till 59,17 ($SD = 13,09$), vilket innebär en minskning av PTSD symtom. Enligt Wilcoxon signed ranks test är skillnaden inte statistiskt signifikant men ligger ändå nära gränsen för signifikans: ($p = .068$). Median före: 61, Median efter: 61.

Depressiva symtom

För att mäta patienternas depressiva symtom användes skattningsformuläret MADRS-S. Vid föremätningen låg medelvärdet på 25,33 ($SD = 8,14$) och vid eftermätningen hade det sjunkit till 23,17 ($SD = 7,63$), vilket innebär en minskning av depressiva symtom. Enligt Wilcoxon signed ranks test är skillnaden ej signifikant, men ligger nära gränsen för signifikans: ($p = .058$). Median före: 25,5, Median efter: 25.

Dissociativa symtom

Patienternas dissociativa symtom mättes med skattningsformuläret DES. Vid föremätningen låg medelvärdet på 17,83 ($SD = 7,55$) och vid eftermätningen hade medelvärdet sjunkit till 14,00 ($SD = 10,51$), vilket innebär en minskning av dissociativa symtom. Wilcoxon visar ingen signifikant skillnad ($p = .345$). Median före: 16,5, Median efter: 10.

Upplevd hanterbarhet

För att mäta deltagarnas känsla av hanterbarhet ombads de skatta på en VAS-skala i hur hög utsträckning de upplever att de kan hantera sina besvär. 0= inte alls, 10= Fullständig kontroll över besvären. Medelvärde låg vid föremätningen på 37,83 ($SD = 21,82$) och vid eftermätningen hade graden av känsla av hanterbarhet ökat till 50,83 ($SD = 14,13$). Detta innebär en ökning av upplevd hanterbarhet. Wilcoxon visar ingen signifikant skillnad ($p = .249$). Median före: 36, Median efter: 52,5

Tabell 1 här

Diskussion

Alla utfallsmått i studien tycktes förändras i önskad riktning, även om statistisk signifikans inte uppfylldes för något av dem. PTSD-symtom, depressiva symtom och dissociativa symtom fick lägre medelvärden vid den andra mätningen, medan upplevelsen av hanterbarhet fick ett högre medelvärde. Det är dock, utifrån dessa resultat omöjligt att besvara frågeställningarna i inledningen då det ligger en mycket stor osäkerhet att genomföra statistiska analyser med endast sex personer även om man använder icke-parametrisk statistik. Men eftersom ändå alla utfallsmått förändrades i positiv riktning var det intressant att beräkna ett samlat effektmått (Cohens' *d*) för utfallsmåtten (Nordén, Malm & Norlander, 2012). Cohens *d* visade en effect-size på 0.40 vilket skall sättas i relation till att 0.20 bedöms som en låg effektstorlek, 0.50 som en medelnivå och 0.80 och mer som en hög effektstorlek (Cohen, 1988 i Nordén, Malm & Norlander, 2012). Detta mått skulle möjligen i det aktuella fallet kunna indikera en viss förändring men det är tveksamt om det är en klinisk meningsfull förändring. Avseende PTSD-symtom var skillnaden från före- till eftermätning nära statistisk signifikans, men frågan är om den lilla skillnaden är kliniskt meningsfull. Det är tveksamt om en förbättring från 61,33 till 59,17 i PCL-C skulle innebära en upplevd förbättring för en "genomsnittlig" person som genomgått behandlingen. Tittar man på median före och efter finns ingen skillnad alls.

Ett liknande resonemang kan man föra angående depressionssymtom. Även här låg skillnaden nära statistisk signifikans, men frågan är om den är kliniskt meningsfull. Såväl medelvärdet vid föremätningen (25,33) som vid eftermätningen (23,17) ligger inom det intervall som enligt vedertagna tolkningsnormer tyder på "måttlig depression". (Snaith, Harrop, Newby & Teale, 1986). Avseende dissociativa symtom var minskningen, mätt med DES, inte signifikant. Såväl medelvärdet före (17,83) som medelvärdet efter (14,00) ligger under "cut off" (30) för att det ska tolkas som hög sannolikhet att patienten lider av dissociationsproblematik och behöver utredas närmare (Bernstein & Putnam, 1986 i Bernstein Carlsson et al., 1993). Det tyder på att

den dissociativa problematiken inte var särskild uttalad bland deltagarna, och att den inte heller påverkades i någon högre grad av behandlingen.

Vad gäller patienternas upplevelse av symtomens hanterbarhet kan skillnaden tyckas större (M före: 37,83, M efter 50, 83), men skillnaden var inte statistiskt signifikant, vilket sammanhänger med stor spridning. Med få patienter är det svårt att uppnå statistisk signifikans. För att besvara frågeställningarna i inledningen hade det varit önskvärt att ha fler deltagare. En annan brist i denna studie är avsaknaden av kontrollgrupp. Utan kontrollgrupp är det omöjligt att besvara om det var den aktuella behandlingen, Stabiliseringsgrupp (SG), som ledde till den förbättring som ändå kan anas, eller om det skedde ett spontantillfrisknande över tid.

Målsättningen var från början att studien även skulle inkludera en kontrollgrupp och att deltagarna skulle vara fler. Det successiva bortfall av tilltänkta deltagare som beskrivs i metodavsnittet (se Genomförande) säger en del om både hur svår och handikappande PTSD kan vara för drabbade personer, och hur komplicerat det därmed blir att forska kring denna patientgrupp. Att delta i ett informationsmöte med andra personer och fylla i formulär med många frågor var helt enkelt omöjligt för flera tilltänkta deltagare. Det var beklagligt att svarsfrekvensen vid uppföljningsmätningen var så låg, vilket även det kan vara ett utslag för en handikappande problematik med låg funktionsnivån hos deltagarna. Det hade varit mycket intressant att se hur skattningarna sett ut en tid efter avslutad grupp, med tanke på att det kan ta tid innan tillämpandet av de strategier man försökt lära ut i gruppen får effekt och genomslag i det verkliga livet. Resultaten som helhet kan dock ändå tolkas som försiktigt positiva och kan sägas vara rimliga utifrån tidigare studier om att såväl SIT (Bisson et al., 2007) som behandlingar med inslag av DBT-inspirerad färdighetsträning kan vara till nytta för patienter med PTSD (Cloitre et al., 2010; Bryant et al., 2013)

En skillnad i upplägget i denna studie jämfört med största delen av den forskning som finns tidigare kring PTSD-behandling är att behandlingen vanligtvis ges individuellt, medan stabiliseringsgruppen var just en gruppbehandling. Tanken med att erbjuda behandling i grupp är ju att kunna erbjuda flera patienter behandling snabbare. Med tanke på de svårigheter som blev uppenbara i rekryterandet av deltagare till denna studie och det generellt mycket utbredda undvikande som finns hos många PTSD-patienter är frågan dock om inte individuell behandling ändå är att föredra.

En annan skillnad mellan denna studie och de tidigare nämnda studierna av Cloitre et al, (2010) och Bryant et al. (2013) är att man i de tidigare studierna undersökte hur färdigheter i känsloreglering och andra stabiliserande åtgärder fungerade i kombination med traumafokuserad behandling, medan det i denna studie endast var möjligt att utvärdera effekten av stabiliseringsgruppen i sig. Om stabiliseringsgruppen verkligen kan bidra till en minskning i depressiva och dissociativa symtom, är det rimligt att det skulle öka möjligheten för patienterna att senare fullfölja och tillgodogöra sig PE eller annan behandling som innebär bearbetning av traumaminnen, med tanke på att ett högt känslomässigt engagemang inledningsvis visat sig vara kopplat till ett gott behandlingsutfall (Jaycox, Foa & Morral, 1998.) Även en ökning i känslan av hanterbarhet skulle kunna tänkas vara en bra förberedande grund för att gå in i bearbetande behandling. Detta skulle man behöva undersöka genom ett liknande forskningsupplägg som det Cloitre et al. (2010) använt, d v s jämföra SG i kombination med PE med t ex stödjande samtal i kombination med PE.

Även om det är omöjligt att dra säkra slutsatser utifrån vår studie så är resultaten som sagt försiktigt positiva. För patienter som antingen inte förmår delta i bearbetande behandling, eller som måste vänta länge på bearbetande behandling på grund av otillräckliga resurser, är det rimligt att Björkängens mottagning fortsätter erbjuda stabiliseringsgruppen, dock med löpande utvärderingar. Man kan också fundera på om man skulle vinna något på att fortsätta använda manualen, men i individuella behandlingar. Om man har två gruppleddare och gruppen inte är så stor, är det inte säkert att det är så mycket mer tids- och kostnadseffektivt att behandla i grupp, jämfört med att erbjuda individuella behandlingar. Individuella behandlingar skulle kanske göra det möjligt även för patienter med utbrett undvikande eller med behov av tolk att delta.

Med tanke på att stödet för stabiliseringsgrupp fortfarande är mycket svagt, och att stödet som finns från tidigare studier av liknande behandlingar inte främst rör känsloreglering som enda intervention utan som komplement till exponeringsbehandling (Cloitre et al., 2010), är det dock viktigt att denna stabiliseringsgrupp inte blir den enda systematiska psykologiska behandling som erbjuds inom psykiatriska öppenvården i Borås. I skrivande stund (oktober 2014) har omhändertagandet av PTSD-patienter i Borås omorganiserats, så att vuxna med PTSD inte längre erbjuds PE vid PTSD-mottagningen i Borås. Istället behandlar mottagningen nu endast barn upp till 18 år och deras anhöriga. Det är viktigt att patienter med PTSD inom psykiatri i Borås även fortsättningsvis erbjuds evidensbaserad behandling i form av traumafokuserad KBT.

Med tanke på undvikandeproblematik, och hur svårt det kan vara för en patient med PTSD att överhuvudtaget våga pröva en behandling, skulle det vara ett intressant forskningsområde framöver internetbehandling. Internetbehandling har ju gett goda resultat vid ångeststörningar som t ex paniksyndrom (Bergman Nordgren et al, 2014). Det är lätt att tänka sig att Psykoedukation om PTSD och färdigheter som kontrollerad andning, mindfulness och känsloreglering mycket väl kan läras ut över internet, och för en patient med starkt undvikande skulle det kunna vara första steget för att närma sig en bearbetande behandling. Viss forskning har redan gjorts angående internetbaserad behandling och PTSD (t ex Spence et al 2014), och visar på lovande resultat. Omvänt skulle ett framtida forskningsområde vara huruvida man skulle kunna dra bättre nytta av gruppformatet, för de patienter som klarar av att delta i grupp. I SG-manualen ingår inga moment som kräver särskilt mycket interaktion mellan deltagarna. För PTSD-patienter som utvecklat ett undvikande av sociala interaktioner skulle gruppen kunna bli ett sätt att stegvis börja med exponering in vivo för sociala situationer. En skillnad mellan SG och STAIR (Cloitre et al., 2010) är att STAIR även innehöll interpersonella färdigheter. Ett gruppformat är egentligen idealiskt för att träna sådana. Fortsatt forskning krävs för att ta reda på precis *vilka* färdigheter som är hjälpsamma och bör ingå i ett förberedande behandlingspaket inför exponeringsbehandling.

Det intressanta med de nya behandlingsmodellerna är att fokus läggs mer på emotioner än på kognitioner. Teorin om emotionell bearbetning (Foa & Jaycox, 1999) som ligger till grund för PE, har, trots namnet, stort fokus på kognitioner i form av tolkningar och antaganden om en själv och världen. Det är inte helt självklart hur teorin hänger ihop med behandlingen (PE), som nästan uteslutande bygger på exponering och innehåller mycket få traditionella kognitiva interventioner. Med tanke på att inte bara människor, utan även t ex hundar, kan utveckla PTSD, (Wicklén, 2010) kan man fundera på hur stor betydelse teoretiska konstruktioner som "Självschema" och "världsschema" egentligen har för att vi ska förstå uppkomsten av PTSD och hur det bäst behandlas. Med nya behandlingar som STAIR, ERGT och liknande kommer kanske även teoretiskt fokus flyttas från kognitiva till emotionella processer. Förhoppningsvis kommer detta att leda till ökad förståelse och mer effektiva behandlingsmetoder för PTSD i framtiden.

Referenser

- American Psychiatric Association: *The Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Publishing 2000
- Andersson, G., & Engström, I. (2010) A comparison of psychometric properties between internet and paper versions of two depression instruments (BDI-II and MADRS-S) administered to clinic patients. *Journal of Medical Internet Research*, 12, 19-27.
- Arnberg, F. K., & Bergh Johannesson, K. (2013). Posttraumatisk stress: Vad vi bör göra efter allvarliga händelser. *Läkartidningen*. Nr 3.
- Bengtsson, L., & Berg, O. (2013) Stabiliseringsgrupp. PTSD-mottagning. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Södra Älvsborgs Sjukhus.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., Wampold, B. E. (2007). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Bergman Nordgren, L., Hedman, E. Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, Å., Eriksson, S., Lindkvist, E., Andersson, G., Carlbring, P. (2014) Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered care population: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 1-11.
- Bernstein Carlsson, E., Putnam, Frank. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J. & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Scale in Screening for Multiple Personality Disorder: A Multicenter Study. *American Journal of Psychiatry* 150:7, 1030-1036.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bjureberg, J. & Sahlin Berg, H (2013) emotion regulation group therapy – vid självskadebeteende. [översatt från Gratz, K. L., An acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm] Nationella självskadeprojektet, ERGT-studien
- Bradley, R., Greene J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162, 214-227.
- Bryant, R. A., Mastrodomenici, J., Hopwood, S., Kenny, L., Cahill, C., Kandris, E., & Taylor,

- K. (2013). Augmenting cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder with emotion tolerance training: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *43*(10) 2153-2160.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas P, Cherry, S., Jackson C. L., Gan, W., & Petkova, E., (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* *167*, 915-924
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A, (2004). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy -for sexually abused children. In *Psychiatric Times*, 21. Issue 10, 52.
- Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, MG., & Borkovec, T.D, (2012). The PTSD checklist- civilian version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*. *Jun;68*(6), 699-713.
- Dobie, D. J, Kivlahan D. R., Maynard, C., Bush, K.R., Mc Fall, M., Epler, A. J. (2002). Screening for posttraumatic stress disorder in female Veteran's Affairs patients: validation of the PTSD Checklist. *General Hospital Psychiatry*. *24*, 6, nov-dec, 367-374.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D. Schnurr, P. P., Turner, S., Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *30*, 269-276.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackman, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour research and therapy*, *43*, 413-431
- Fantino, B. & Moore, N., (2009). The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, *9*:26.
doi:10.1186/1471-244X-9-26
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H, Meadows, E. A. & Street, G. P., (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*:2, 194-200

- Foa, E. B., Hembree, DE. A., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Foa, E. B. & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stressdisorder. In Spiegel, D. (Ed). *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. (23-61). Arlington, VA, US. American psychiatric publishing.
- Foa, E. B. Rothbaum, R. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stressdisorder in rape victims. A comparision of cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 715-723.
- Frans, Ö., Rimnö, P-A., Åberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in rape victims. A comparision of cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 715-723.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa. E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour research and Therapy*, 50, 381-386.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized conrolled trial of Dialectical Behavior and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol for suicidal and self-injuring women with PTSD. *Behaviour research and Therapy* 55, 7-17.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, (1), 185-192.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to the Society. *J Clin Psychiatry* 61:4-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-on-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archhives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kåver, A.(2006). KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Leahy, R, Holland, S., & Mc Ginn, L. K. (2011). *Treatmentplans and interventions for depression and anxiety disorders*, New York. Guilford Publications.
- Linehan, M.M. (2000). *Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsträningsmanual*. [Skills training manual for Treating Borderline Personality disorder, 1993] Stockholm. Bokförlaget Natur och kultur.
- Linehan, M.M, Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of cronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Lundh, L-G, (2014). Behandling vid icke-sucidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur. Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT. *Läkartidningen*. 2014;111CH9E.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., Passarela, C. M., & Mari, J. J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C., S., Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the science review. *Journal of psychiatric research*, 40, 1-21.
- Nordén, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). Resource group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 144-151.
- Schnurr, P.P., Friedman, M. J., & Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 877-889.

- Snaith, R. P., Harrop, F.M., Newby, D. A. & Teale C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *The British Journal of psychiatry*. 148, 599-601.
- Spence, J, Titov, N., Johnston, L., Jones, M., Dear, B., Solley, K. (2014). Internet-based trauma-focused cognitive behavioural therapy for PTSD with and without exposure components: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 162, 73-80.
- Svanborg, P. & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychological rating scale. *ACTA Psychiatrica, Scandinavia*, 89, 21-28.
- Södra Älvsborgs Sjukhus (2013). Hämtad 2013-05-23 från <http://sas.vgregion.se/sv/Sodra-Alvsborgs-Sjukhus/SAS/Kliniker-och-enheter/Barn-och-ungdomspsykiatrisk-klinik/PTSD-mottagning/>
- Tyler Boden, M., Bernstein, A., Walser, R. D., Bui, L., Alvarez, J., & Bonn-Miller, M. O. (2012). Changes in facets of mindfulness and posttraumatic stress disorder treatment outcome. *Psychyatri research*. 200, 609-613.
- Van Minnen, Arntz & Keijsers (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD predictors of treatment outcome and dropout. *Research and Therapy*. 40, 439-458.
- Vujanovic, A. A., Youngwirth, N. E., Johnson, K. A., & Zvolensky, M., J. (2009). Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without axis I psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 297-303.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. Paper resented at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October, 1993.
- Wicklén, J. (2010). Bombhunden som drabbades av posttraumatiskt stressyndrom. Hämtad från <http://www.svt.se/nyheter/varlden/bombhunden-som-drabbades-av-posttraumatiskt-stressyndrom>. Publ 100805. Hämtad 140826
- Zanarini, M. C, Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, M. A., Trikha, A., Levin., A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 12, 1733-1739

Tabell 1. Medelvärden (och standardavvikelser) för Montgomery-Åsberg Depression rating Scale-Self Rating (MADRS-S), Dissociative Experiences Scale (DES), The PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) samt deltagarnas känsla av hanterbarhet (Hanterbarhet), före respektive efter åtta tillfällen med Stabiliseringsgrupp (SG), (n = 6).

	PCL-C	MADRS-S	DES	Hanterbarhet
Före	61,33 (12,86)	25,33 (8,14)	17,83 (07,55)	37,83 (21,82)
Efter	59,17 (13,09)	23,17 (7,63)	14,00 (10,51)	50,83 (14,13)

Vuxenpsykiatriska kliniken

Södra Älvsborgs Sjukhus

Studie angående PTSD-behandling



Information om studie angående PTSD-behandling

Som ett led i vuxenpsykiatriska kliniken arbete med att kvalitetssäkra och förbättra vården vill vi undersöka om en ny gruppbehandling kan vara till nytta för patienter med PTSD (posttraumatiskt stressyndrom).

Den behandling som idag har bäst forskningsstöd vid PTSD är en form av KBT (kognitiv beteendeterapi) som kallas ”prolonged exposure”. Denna behandling kan vara ganska krävande för patienten och ibland kan det behövas annan behandling, för att stabilisera måendet, innan man förmår genomgå prolonged exposure, eller annan bearbetande behandling. Två psykologer som arbetar vid PTSD-mottagningen har tagit fram en gruppbehandling som är tänkt att fungera stabiliserande, så kallad ”stabiliseringsgrupp”. Stabiliseringsgruppen är en form av KBT och innebär att man träffas tillsammans med gruppledarna en gång i veckan under åtta veckor. Behandlingen är ungefär som en kurs där man får lära sig mer om PTSD och om hur känslor fungerar och får redskap att hantera PTSD-symtom och känslor. Behandlingen innehåller även hemuppgifter, för att man ska ha möjlighet att träna det man lär sig på träffarna i sin vardag. Träffarna kommer äga rum onsdagar 13:00-15:30.

För att undersöka om behandlingen är hjälpsam kommer ett antal patienter erbjudas delta i stabiliseringsgrupp. De som tackar ja kommer slumpvis fördelas i två olika grupper. Grupp 1 kommer erbjudas stabiliseringsgrupp med start den 11e september 2013. Grupp 2 får under tiden sedvanlig behandling vid Björkängens öppenvårdsmottagning, och kommer att fungera som ”kontrollgrupp”. Om stabiliseringsgruppen visar sig vara verksam, kommer även grupp 2 erbjudas stabiliseringsgrupp i februari 2014. Båda grupperna kommer att få fylla i ett antal formulär med frågor om vissa bakgrundsfaktorer samt om symtom som är vanliga vid PTSD. På det viset kommer vi ha möjlighet att jämföra om det blir någon skillnad i mående för personer som går i stabiliseringsgruppen jämfört med personer som får sedvanlig behandling.

De första formulären fylls i idag, innan grupp 1 har påbörjat behandlingen. Nästa tillfälle då formulären ska fyllas i är när grupp 1 har avslutat behandlingen, d v s 30e oktober 2013. Även grupp 2, kontrollgruppen kommer vid denna tid kallas till ett möte där formulären fylls i. För grupp 2 kommer besök hos individuella behandlare bokas i anslutning till detta tillfälle. Sista mättillfället då vi vill att båda grupperna fyller i formulären är sex veckor efter att grupp ett avslutat behandlingen, vilket kommer bli i mitten av december. Grupp 1 kommer i samband med detta kallas till en återträff med sammanfattning och repetition kring vad man lärt sig i behandlingen. Grupp 2 kommer då åter kallas till en träff för ifyllande av formulär, samt besök till individuella behandlare i anslutning till detta.

Resultaten av studien kommer att redovisas i en uppsats som skrivs av Martina Datavs Johansson och Johanna Steivik, som arbetar som psykolog respektive socionom vid allmänpsykiatriska kliniken. Uppsatsen skrivs inom ramen för Psykoterapeutprogrammet i kognitiv och beteendeorienterad psykoterapi (KBT) vid Evidens AB i Göteborg. Uppsatsen är ett led i utbildningen och skrivs under handledning. Förhoppningen är denna undersökning ska kunna bidra till att behandlingen för personer med diagnos PTSD vid kliniken förbättras. Det är endast uppsatsförfattarna, gruppledarna och dina ordinarie behandlare som kommer att ha tillgång till uppgifterna i skattningsformulären. I uppsatsen kommer resultaten presenteras så att ingen enskild person kan bli igenkänd. Behandlare kommer föra in resultaten av skattningsformulären i journal. Uppsatsförfattarna kommer ej att ta del av journaler.

Vi hoppas att Du vill delta i undersökningen, men deltagandet är givetvis frivilligt och du har rätt att avbryta ditt deltagande när som helst. Om du inte medverkar eller avbryter ditt deltagande kommer det inte påverka den vård du redan får.

Om Du är intresserad, skickar vi gärna en kopia till dig på uppsatsen när den är klar. Kontakta i så fall någon av uppsatsförfattarna.

Tack på förhand!



Vid frågor rörande studien är du välkommen att kontakta:

Martina Datavs Johansson
033 – 616 35 73
martina.d.johansson@vgregion

Johanna Steivik
033 – 616 44 60
johanna.steivik@vgregion.se

Vänliga hälsningar

.....
Martina Datavs Johansson

.....
Johanna Steivik

.....
t f Vårdenhetschef PTSD-mottagning
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, SÄS

.....
Vårdenhetschef Björkängen
Vuxenpsykiatriska kliniken, SÄS



Godkännande

Markera ett av följande alternativ:

- Jag har tagit del av så väl muntlig som skriftlig informationen kring studien angående stabiliseringsgrupp som behandling vid PTSD. Jag har även fått möjlighet att ställa frågor. Jag vill delta i studien och godkänner härmed att de uppgifter jag lämnar används i Uppsatsen.
- Jag är inte intresserad av att delta i studien.

Namn

Datum

.....

.....

