



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psyko­terapeut­pro­gram­met, 90 hp

Examens­uppsats på av­an­cerad nivå, 15 hp

VT 2012

EMDR-behandling vid posttraumatiskt stress-syndrom

EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder

Författare:

LISA POUSETTE

Förord

Ett varmt tack till min handledare socionom, leg. psykoterapeut, dr.i medicinsk vetenskap Gunilla Lundqvist på Ersta Sköndal Högskola, till leg. psykolog, leg. psykoterapeut , cert. EMDR-terapeut och ordförande i EMDR föreningen i Sverige Raili Hultstrand samt till socionom, leg. psykoterapeut, cert. EMDR-terapeut Carin Britz på S:t Lukas Stockholmsmottagning. Utan er hjälp hade inte detta arbete varit möjligt att genomföra!

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
2	Teoretisk bakgrund	4
2.1	Trauma och PTSD	4
2.2	EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing	4
3	Tidigare forskning	7
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	7
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	9
4	Frågeställningar	10
5	Metod.....	10
5.1	Undersökingsdeltagare	10
5.2	Undersökningsmetod	11
5.3	Datainsamlingsmetoder.....	11
5.4	Bearbetningsmetoder.....	12
5.5	Genomförande	13
6	Forskningsetiska frågeställningar	13
7	Resultat	14
7.1	Sammanfattande resultat.....	14
7.2	Bakgrundsvariablers betydelse för behandlingens resultat.....	17
7.3	Resultatet för olika antal behandlingstillfällen	24
8	Diskussion	24
8.1	Metoddiskussion.....	24
8.2	Resultatdiskussion	25
8.3	Förslag till fortsatt forskning.....	28
	Referensförteckning.....	29

Sammanfattning/abstract

Inledning: EMDR, eye movement desentization and reprocessing, är en evidensbaserad psykoteraeutisk metod för behandling av bl. a trauma.

Syftet med undersökningen var att undersöka effekten av EMDR-behandling på patienter hos S:t Lukas.

Frågeställningar: Hur skattar S:t Lukas patienter Posttraumatisk stress disorder (PTSD)-kriterierna återupplevande, undvikande och överspändhet, före och efter EMDR-behandling? Finns det utifrån bakgrundsvariablerna kön, ålder, typ av trauma, tidigare trauma samt antal behandlingstillfällen några skillnader i personernas skattningar före respektive efter behandlingen?

Metod: I denna kvantitativa studie undersöktes 21 kvinnor och 9 män före och efter EMDR behandling. Självskattningsformuläret Impact of Event Scale-Revised, IES-R användes, vilket mäter PTSD-kriterierna återupplevande, undvikande och överspändhet.

Resultat och diskussion: Resultaten från studien visar statistiskt signifikant symtomminskning i återupplevande, undvikande och överspändhet. Ingen av patienterna gav indikation på PTSD efter EMDR-behandlingen. Före behandlingen var genomsnittet för IES-värdet 2,8. Efter behandlingen hade genomsnittet för IES-värdet sjunkit till 0,7. Det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan IES-värdet när olika bakgrundsvariabler särskiljs: yngre (personer under 40 år) har ett signifikant lägre IES-värde för återupplevande än äldre efter behandling, personer som utsatts för rån har ett signifikant högre IES-värde för överspändhet än personer som utsatts för andra trauma före behandling och personer som utsatts för rån har ett signifikant högre IES-värde för undvikande än personer som utsatts för andra trauma efter behandling. Det genomsnittliga IES-värdet minskade med 2,1 för kvinnor och 2,0 för män. Kvinnor och män svarar således på behandlingen på likartat sätt men de könsbundna variationerna i denna undersökning är inte signifikanta. Personer som utsatts för tidigare trauma har före behandling ett genomsnittligt högre IES-värde, 2,9, än personer som inte utsatts för tidigare trauma, 2,6. Skillnaden i IES-värde är emellertid inte statistiskt signifikant och efter behandling är IES-värdet i stort sett detsamma för de två grupperna.

Nyckelord: Posttraumatiskt stressyndrom. PTSD. Psykiskt trauma. EMDR.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder. PTSD. Psychological Trauma. EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

1 Inledning

EMDR, ”Eye movement desensitization and reprocessing”, är en evidensbaserad psykoterapeutisk metod för behandling av trauma (Michel, Berg Johansson, Lundin, Nilsson & Otto, 2010). Metoden är utvecklad av en amerikansk psykolog, Francine Shapiro, som gjorde sin första kontrollerade studie år 1989. Därefter har otaliga studier gjorts, bl.a. en svensk studie (Högberg, 2008). EMDR-behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) rekommenderas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2010), vilket är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Syftet med denna undersökning är att studera hur EMDR-behandling fungerar för S:t Lukas patienter vid mottagningen i Stockholm avseende återupplevande, undvikande och överspändhet, som är inklusionskriterier för diagnosen PTSD.

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Trauma och PTSD

DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klassificerar bl.a. syndrom och störningar som betecknas som följd av en traumatisk händelse. DSM-systemet definierar alla stressrelaterade tillstånd, från tillfälliga rubbningar till långvariga/permanenta tillstånd som är livshotande och förlamande (Mini-D IV, 2002).

Kriterierna för att kunna diagnostisera PTSD innebär att patienten ska uppfylla ett visst antal symtom inom sex områden: Personen har varit utsatt för traumatisk händelse, den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen, ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat, ihållande symtom på överspändhet, störningen har varat mer än en månad samt störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (Mini-D IV, 2002). Posttraumatiskt stressyndrom inkluderades första gången år 1980 som diagnos i det amerikanska klassifikationssystemet DSM-III. På den tiden betraktades PTSD som ett sällsynt psykiskt trauma men forskningen under de senare decennierna har visat att diagnosen inte är ovanlig (Hännessad, Lindholm, Moe, Ruggiero, Rydmark-Venegas & Søndergaard, 2005).

2.2 EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, är en psykoterapeutisk behandlingsmetod för traumabearbetning. Behandlingsmetoden utvecklades år 1987 av den amerikanska psykologen Francine Shapiro. Hon hade blivit medveten om att i snabb takt utförda ögonrörelser (vänster-höger-vänster-höger) minskade ångesten i hennes

negativa tankar. Metoden hade till att börja med endast en empirisk förklaringsmodell. Den teoretiska modellen för EMDR utvecklades främst under 90-talet (Shapiro, 2001).

EMDR är en manualbaserad psykoterapeutisk behandlingsmetod. Patienten ombeds att tänka på den tidigare upplevda traumatiska händelsen och samtidigt känna efter vad det är för tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser som minnet av traumat väcker. Traumaupplevelsen blir därmed exponerad för patienten. Parallellt med exponeringen ombeds patienten med blicken följa terapeutens finger som terapeuten rör fram och tillbaka i patientens synfält. EMDR-behandlingen gör att patienten på ett aktivt sätt kan börja bearbeta traumaupplevelsen. EMDR-behandlingen baseras på Shapiros teori om ”accelererad informationsbearbetning”, begreppet som Shapiro senare ändrade till ”adaptiv informationsbearbetning”. Teorin beskriver hur traumatiska minnesbilder med hjälp av EMDR-behandling blir integrerade minnen. EMDR-metoden är en sammansättning från olika psykologiska inriktningar såsom bland annat psykodynamisk teori, inlärningsteori och kognitiv teori. Metoden arbetar med patientens minne, känsla, tankar och kroppsförnimmelser. EMDR-metoden beskrivs i åtta steg: (1) anamnes och behandlingsplanering, (2) förberedelse och förstärkning av den terapeutiska alliansen, (3) bedömning, (4) desensibilisering och bearbetning, (5) länkning, (6) kroppslig genomgång, (7) avslutningsfas och (8) uppföljning och utvärdering.

Steg 4 – 6 är unika för EMDR; de övriga stegen ingår även i andra terapiformer. Exempel på begrepp som är unika för EMDR är länkning, vilket innebär att patienten ”länkar” en positiv tanke till den tidigare upplevda traumatiska erfarenheten, samtidigt som en bilateral stimulering äger rum. Ett annat begrepp som är unikt för EMDR är ”kroppslig genomgång” då patienten behandlas med bilateral stimulering, såsom ögonrörelser, tills eventuella resterande kroppsliga signaler på spänning och obehag avtar. (Shapiro, 2001.)

2.2.1 Adaptiv informationsbearbetning samt dysfunktionellt lagrad information

Enligt teorin om adaptiv informationsbearbetning har den mänskliga hjärnan ett medfött informationsprocessande psykobiologiskt system där ett nätverk av tidigare förvärvade minnesassociationer finns. Lärandet sker genom att de nyförvärvade kunskaperna kopplas till tidigare erfarenheter. Nytt lärande adderas med relaterande minnen, tankar, bilder och kroppsliga sensationer (Shapiro, 2001).

Vid en traumatisk händelse kan informationssystemet komma i obalans. Traumat blir ”låst” i nervsystemet i en tillståndsspecifik form, det vill säga minnet av traumat fortsätter att vara kopplat till samma känslor och kroppsliga förnimmelser som patienten hade när det ursprungliga traumat ägde rum. Den

psykologiska länkningen har blivit blockerad och den traumatiska upplevelsen kan inte integreras med tidigare minnen. Traumaupplevelsen blir då dysfunktionellt lagrad med störande tankar och fysiska sensationer som följd. Med hjälp av ögonrörelser i EMDR-behandlingen flyttas den dysfunktionellt lagrade informationen till informationsbearbetningssystem där koppling sker till adaptiva, associativa minnesverk. Den dysfunktionellt lagrade traumaupplevelsen blir nu ett bearbetat minne som kan kopplas till tidigare erfarenheter. Den minskade ångesten hos patienten är ett tecken på att en ny inlärning har skett. Teorin bakom adaptiv informationsbehandling hämtar sin kunskap från neurobiologin och är inte känd i någon annan psykoterapiform. Psyket har samma självläkande förmåga som kroppen (Shapiro, 2001).

2.2.2 Likheter mellan EMDR och andra psykoterapiformer (Shapiro, 2001).

Psykodynamisk terapi

Kännetecknande för den psykodynamiska teorin är bland annat fria associationer, allians, överföring, motöverföring och det omedvetna.

Tillämpning i EMDR: EMDR har många inslag från den psykodynamiska terapin, såsom ovannämnda fria associationer, allians och det omedvetna. På samma sätt som i den psykodynamiska terapin går man i EMDR tillbaka till klientens historia för att kunna arbeta med problem som patienten har i nuet. Man utgår ifrån vad patienten upplever problemet har varit och söker sedan orsaker till patientens upplevelse. Det är patienten som styr vad det är som ska behandlas.

Inlärningsteori

Klassisk inlärning. Ivan Pavlov var en förgrundsgestalt för inlärningsteorin bl.a. med studien ”Pavlovs hundar”. Hundarna associerade en klocksignal med mat. Efter inlärningen började hundarna salivera redan när de fick höra klocksignalen, även om de inte fick mat.

Instrumentell inlärning. Begreppet har utvecklats av Burrhus Frederic Skinner. Ett beteende är ett resultat av tidigare förstärkningar i omgivningen. T.ex. kan man lära en hund att sitta med hjälp av en godisbit.

Modellinlärning. Teorin är utvecklad av Jean Piaget. Inlärning sker genom observation av andras beteenden, till exempel att ett barn härmar sina föräldrar.

Tillämpning i EMDR:

Människan har samma inlärd beteende för rädsla och undvikande som många andra biologiska arter har. Som exempel tar hon inlärning genom associationer, såsom studien Pavlovs hundar eller att många vill undvika mörka gator på kvällstid. PTSD-kriterier undvikande, återupplevande och överspändhet blir begripliga beteenden utifrån inlärningsteorin.

Kognitiv terapi

De två metoderna kognitiv terapi och beteendeterapi har gett upphov till KBT, kognitiv beteendeterapi. Metoderna kompletterar varandra när det gäller teori, problemanalys och behandlingstekniker. KBT har utvecklats bland annat av Aaron Beck och Albert Ellis och bygger till exempel på Jean Piagets teorier.

Tillämpning i EMDR: EMDR har lånat metoden med olika skattningsskalor från kognitiv terapi. Båda terapisätten vill ha ett snabbt behandlingsresultat då man vill ändra en patients situation. I kognitiv terapi ersätts patientens negativa kognitioner (dysfunktionella tankar om sig själv, omvärlden och framtiden) med positiva kognitioner. T.ex. ”jag står inte ut” ersätts med tanken ”jag kommer att klara det”. I beteendeterapin utgår man från att en människas beteende är en serie av reflexer och att våra handlingar väcker tankar och fysiska reaktioner. Vid t.ex. ett traumatillfälle kopplas händelsen med rädsla och obehagskänsla. Följden blir att vi undviker det vi är rädda för, eftersom undvikandet på kort sikt gör att vi slipper känna rädsla och ångest.

2.2.3 Ögonrörelser i EMDR

Shapiro säger själv att hon ångrar att hon började använda orden ”eye movement” i denna terapiform. Enligt henne är det inget hinder att ersätta ögonrörelserna med auditiva eller taktila stimuleringar (Shapiro & Forrest, 1997).

3 Tidigare forskning

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har gjort en systematisk utvärdering av forskningsresultat beträffande evidensbaserad vård för behandling vid PTSD. SBU, som har gått igenom totalt 16 EMDR-studier med god metodologisk standard, gjorda under åren 1994 – 2003, kom fram till att EMDR är en effektiv behandlingsmetod för PTSD (SBU, 2005).

3.1.1 Studier i SBU:s utvärdering

I en studie med 60 traumatiserade kvinnor i åldern 16–25 år (77 procent med PTSD-diagnos) jämfördes EMDR med aktivt lyssnande (active listening) under två veckors tid. Båda behandlingsformerna visade på en signifikant förbättring hos patienterna. Effekten av EMDR-behandling var signifikant större än för aktivt lyssnande, även vid uppföljning efter tre månader (Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998).

I en studie med 35 krigsveteraner med diagnosen krigsrelaterad PTSD, jämfördes EMDR (10 personer) med avslappning (13 personer) och klinisk rutinbehandling (12 personer). De två första grupperna fick genomgå tolv behandlingar vardera. EMDR var påtagligt effektivare än avslappning, som inte skilde sig klart från klinisk rutinbehandling. Dessa skillnader i effekter

mellan behandlingsformerna kvarstod i allmänhet vid uppföljning efter tre månader (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund &, Muraoka, 1998)

I en primärvårdsstudie från Skottland ingick 105 patienter som randomiserades till behandling med EMDR, exponering och kognitiv omstrukturering alternativt väntelista. Gruppen som behandlades fick som mest 10 behandlingssessioner under tio veckors tid. Båda de aktiva behandlingarna, EMDR respektive exponering och kognitiv omstrukturering var signifikant effektivare behandlingsmetoder för PTSD-symtom jämfört med väntelistakontrollerna. EMDR gav en signifikant större reduktion i självrapporterade depressionssymtom och en bättre social funktionsförmåga jämfört med exponering och kognitiv omstrukturering. Efter 15 månaders uppföljning var studiens slutsats att båda behandlingarna är effektiva mot PTSD med en endast liten fördel för EMDR. Det behövdes dock färre behandlingar med EMDR än med exponering och kognitiv omstrukturering (Power, McGoldrick, Brown, Buchanan, Sharp, Swanson & Karatzias, 2002).

I en annan studie jämfördes EMDR med kognitiv beteendeterapi, KBT. Deltagarna var 8 män och 15 kvinnor. Alla deltagare var under 40 år och hade diagnos PTSD. Studien kom fram till att KBT är en effektivare behandlingsmetod för PTSD-symptomreducering än EMDR. 86 % av deltagarna i KBT-gruppen och 36 % av deltagarna i EMDR-gruppen uppfyllde inte kriterierna för PTSD efter behandlingen. Enligt studien upplevde patienterna även KBT-behandlingen som mer trovärdig än EMDR-behandlingen. Studien kom även fram till att EMDR-behandling inte är en lika tidseffektiv behandlingsmetod som KBT. Denna studie har enligt SBU stora brister då urvalet är för litet, undersökningsdeltagarna var inte randomiserade till de olika behandlingsgrupperna och 20 av 23 behandlingar genomfördes av en och samma terapeut (Devilly & Spence, 1999).

I en studie av kvinnor med sexuella och andra trauman ingick 60 patienter som randomiserades till EMDR, exponering eller till avslappning. Behandlingen med exponering var signifikant effektivare än med EMDR, som inte skilde sig från avslappning. Exponering gav signifikant större reduktion i undvikande- och återupplevandesymptom och dessutom reducerades undvikandesymtomen snabbare med exponering. Exponering gav också en större andel av patienter som inte längre uppfyllde kriterierna för PTSD efter behandling (Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell & Ogradniczuk, 2003).

I SBU:s rapport (2005) ingår flera andra studier som undersöker effekten av EMDR. Många av dessa studier har dock inte en tillräckligt hög vetenskaplig nivå, vilket Socialstyrelsen påtalar. Majoriteten av studierna visar dock att EMDR har goda behandlingsresultat. EMDR-behandling med ögonrörelser jämförs med EMDR utan ögonrörelser (Renfrey, 1994). Personer som behandlats med EMDR jämförs med personer på väntelistakontroller

(Vaughan, 1994). Personer med PTSD behandlade med EMDR jämförs med personer på väntelistan (Wilson, 1996). EMDR-behandling jämförs med somatisk vård (Marcus, 1997). Kvinnliga våldtäktsoffer som behandlats med EMDR jämförs med personer på väntelistan (Rothbaum, 1997). Personer som har behandlats med EMDR utan ögonrörelser jämförs med personer på väntelistan (Deville, 1998). Exponeringsbehandling med hemuppgift jämförs med EMDR med hemuppgift (Ironson, 2002). EMDR –behandling jämförs med exponering och stressutbildning (Lee, 2002).

3.1.2 Andra studier

I en svensk studie (Högberg, 2008) undersöktes effekten av EMDR-behandling på pendeltågspersonal som fått PTSD efter traumatiska upplevelser i arbetet. Den psykologiska undersökningen kompletterades med fysiska mätningar och undersökningar. Personerna i studien, lokförare och spärrvakter, hade råkat ut för överkörningsolyckor alternativt blivit utsatta för överfall eller hot i tjänsten. Studien visade att EMDR-behandling är en mycket användbar och tidseffektiv metod för behandling av PTSD och att behandlingsresultaten kvarstod efter tre år. EMDR-behandlingen i studien omfattade endast fem behandlingstillfällen. Studien visar att en kort aktiv EMDR-behandling vid yrkesrelaterad trauma ger en god effekt. Studien visar också att varje trauma ökar benägenheten att reagera med PTSD på följande trauman (Högberg, 2008).

I en studie, gjord av Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes och Nelson undersöktes om det fanns skillnader för att utveckla PTSD utifrån vilken typ av trauma man blir utsatt för. Studien kom fram till att största risken att utveckla PTSD är efter våldtäkt, likaså efter fysisk eller psykisk misshandel, krig och våld. Kvinnor har lättare att utveckla PTSD än vad männen har. Olyckor och naturkatastrofer innebär en lägre risk att utveckla PTSD (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

James Samec (2005) visar hur psykodynamisk psykoterapi med EMDR ger möjlighet att bearbeta ett trauma utan att psykoterapeuten vet vem och vad patienten har varit utsatt för och hur en omvänd applicering av EMDR kan hjälpa en patient som fortfarande är utsatt för den förövare som orsakade traumatiseringen.

Flickan Dorothy hade under ett års tid gått i sedvanlig psykodynamisk terapi, totalt 32 gånger, pga. självmordstankar, tvångstankar och tvångshandlingar. EMDR-behandling sattes in och omfattade 16 gånger under sammanlagt nio månader. Första fokus för EMDR-behandlingen var att ”någonting har hänt”, utan att Dorothy berättade vad som hade hänt. Efter den fjärde sessionen var det klart att traumatiseringen skedde när hon var elva år gammal, att skamkänslor gjorde att hon trodde att hon var ansvarig för det och att hon fortfarande blev förskräckt när förövaren visade sig i hennes närhet. Dorothy

självd destruktivitet, tvångsbeteende och tvångstankar vittnade om en negativt laddad självbild och avsaknad av bra försvarsmekanismer. Det framgick att flickan levde i en pågående traumasituation, men inte ville prata om det. I stället fick hon, med hjälp av fria associationer, bearbeta sitt missfall, mardrömmar och sin spindelfobi. Under session 14 fick Dorothy uppgiften att fantisera att hon träffade förövaren i framtiden och att han försökte närma sig henne. Dorothy beskrev situationen medan den standardiserade EMDR-proceduren följdes. Efter ytterligare två sessioner hade Dorothy helt bearbetat situationen och de traumatiska minnena och var helt övertygad om att hennes svårigheter hade blivit lösta (Samec, 2005).

4 Frågeställningar

1. Hur skattar S:t Lukas patienter PTSD-kriterierna återupplevande, undvikande och överspändhet, före och efter EMDR-behandling?
2. Finns det utifrån bakgrundsvariablerna kön, ålder, typ av trauma, tidigare trauma samt antal behandlingstillfällen några skillnader i personernas skattningar före respektive efter behandlingen?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Trettio traumatiserade personer, som hade fått en EMDR-behandling på S:t Lukas, ingick i studien. Av dessa var 21 kvinnor och 9 män. Åldersfördelningen var från 18 till 64 år. Kvinnorna i undersökningen var i åldrarna 20 till 64 år, nio av dem var under 40 år, tolv personer var över 40 år. Männerna var i åldrarna 18 till 52 år, sex av dem var under 40 år, tre personer var över 40 år. EMDR-behandlingen hade ägt rum under åren 2003 – 2010. Patienterna hade mottagits via remiss t.ex. från arbetsgivaren, företagshälsovård, försäkringsbolag eller genom att personen själv hade sökt hjälp. Urvalet av deltagare, vilket gjordes av S:t Lukas personal, var slumpmässigt. Urvalets representativitet, gentemot det totala antalet personer som gått igenom EMDR-behandlingen, är god enligt S:t Lukas personal.

Följande inklusionskriterier sattes upp för att ingå i denna studie:

1. Patienten hade blivit utsatt för potentiellt traumatiserande händelse, så som övergrepp, rån, trafikolyckor, överfall eller andra svåra händelser.
2. Patienten hade två ifyllda ”Impact of Event Scale-Revised (IES-R) självskattningsformulär, före och efter EMDR-behandlingen. Självskattningsformuläret före behandlingen hade använts som hjälp till

diagnostisering av PTSD. Alla studiens deltagare hade enligt självskattningsformuläret kriterier för PTSD.

5.2 Undersökningsmetod

Kvantitativ metod innebär att man mäter, räknar och jämför (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010). Kvantitativ metod har sina rötter i positivismen. Positivism är vetenskapsteori som söker kunskap t.ex. från fakta och observerbara fenomen, söker regelbundenheter i det undersökta materialet, generaliserar utifrån observationer och teorier, har kausala förklaringar mellan orsak och verkan och gör åtskillnad mellan objektiva fakta och subjektiva värden (Wedin & Sandell, 2004).

Denna studie har med kvantitativa metoder analyserat insamlade IES-värden före och efter EMDR-behandling. I studien analyseras också hur IES-värdena före och efter behandling skiljer sig beroende på olika bakgrundsfaktorer: kön, ålder, traumats art samt om personen utsatts för. Det har varit naturligt att använda kvantitativa undersökningsmetoder för denna studie eftersom det har funnits tillgång till ifyllda IES-R formulär före och efter behandling. Genom att använda kvantitativ metod har resultaten kunnat testas för statistisk signifikans.

Reliabilitet

Reliabilitet anger tillförlitligheten i mätningen (Langemar, 2008). Studiens reliabilitet är hög, då den med stor sannolikhet skulle ge likartat resultat vid upprepad mätning. Mätningarna har gjorts via skattningsformulär och bearbetats på samma sätt för alla deltagare i denna studie. Dubbelkontroll har utförts beträffande hur data har kodats in. Det går dock inte helt att generalisera resultaten av studien då urvalets storlek är begränsat (30 personer).

Validitet

Med validitet menas att man verkligen mäter det man vill mäta (Langemar, 2008). Tidigare studier har visat att självskattningsformuläret IES-R är mycket användbart för att mäta stressreaktioner efter en eller flera traumatiska händelser och skalan har visat sig ha en god validitet som ett screening-instrument för PTSD. Vidare är IES-R särskilt användbart för att utvärdera behandlingsutfall (Horowitz & Sundin, 2002). Därför kan man anta att validiteten är god även i denna studie. Det som kan ifrågasätta studiens validitet är att den, som så i många andra psykologiska undersökningar, är hänvisad till indirekta mätmetoder. Det går till exempel inte att mäta med ett instrument hur stark en känsla är, utan man är hänvisad till att lita på den undersöktes egen skattning av måendet. Detta gör att två olika personer kan göra två olika skattningar av samma tillstånd.

5.3 Datainsamlingsmetoder

Självskattningsformuläret IES-R, ”Impact of Event Scale-Revised” används, stressyndromen mäts med intervallskala. De tillfrågade ska besvara frågor om

symtom/ plågsamma minnen av den traumatiska händelsen under de senaste sju dagarna samt hur stora de upplevda besvären är. Svaren på dessa frågor mäts med tre delskalor som avspeglar graden av förekomst av påträngande minnen, undvikande och förhöjd aktivitets-spänningsnivå. IES-R följer diagnoskriterierna i DSM IV-manualen för att kunna fastställa traumadiagnos. I formuläret skattas symtomen på en femgradig skala, hur ofta de förekommer, med alternativen: Inte alls (0), Lite grann (1), Måttligt (2), Ganska mycket (3), Våldigt mycket (4). De 22 frågorna i formuläret handlar om tre delområden: återupplevande (fråga 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20), undvikande (fråga 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) och överspändhet (fråga 4, 10, 15, 18, 19, 21), dvs. kriterier för PTSD. Varje delområde har egna frågor, dvs. PTSD-kriterierna återupplevande, undvikande och överspändhet har haft sina egna ”frågeboxar”. Poängen för PTSD-kriterier är summerade i respektive ”box”, enligt instruktionerna för självskattningsformuläret IES-R. Totalpoängen kan vara maximalt 88 (Horowitz, Wilner & Alvarerz, 1979). Syftet med mätningarna är att se hur patientens symtombild för traumaupplevelse påverkats efter genomgången EMDR-behandling.

Personer som deltog i denna studie hade på självskattningsformuläret IES-R skattat värden som indikerade PTSD, vilket var anledningen till att de hade behandlats med EMDR. IES-R formuläret kompletterades med bakgrundsvariabler om patientens kön, ålder, typ av trauma, tidigare trauma samt antal behandlingstillfällen. Dessa uppgifter hämtades från patienternas elektroniska journaler. Informationshämtningen från patientjournaler gjordes av psykoterapeut Carin Britz.

5.4 Bearbetningsmetoder

1. Resultat från IES-R blanketten omkodades till Excel Statistik, vilket sedan bearbetades med Excels databearbetsprogram ”Microsoft Excel Worksheet”. För var och en av de tre delskalorna i IES-R formuläret dividerades den totala poängen med antalet frågor inom delområdet. Resultaten för de olika delområdena blir därmed jämförbara trots att antalet frågor är olika mellan delområdena.
2. För deltagarna jämfördes svaren parvis före och efter behandlingen utifrån PTSD-kriterierna återupplevande, undvikande och överspändhet.
3. För att kontrollera skillnaden i medelvärdet före och efter behandlingen användes t-test (Ferguson & Takane, 1959).
4. Bakgrundsfakta kodades in: kön, ålder, typ av trauma, om det funnits ett tidigare trauma samt antal behandlingstillfällen på S:t Lukas. Studien definierar trauma som en överväldigande och okontrollerbar händelse som innebär en mycket stor psykisk påfrestning. Samtliga 30 deltagare i studien hade råkat ut för en yttre skada såsom trafikolycka, rån, naturkatastrof eller någon annan typ av plötslig och traumatisk händelse. I studiens analyser särskiljs två åldersgrupper: yngre (personer under 40 år, 15 stycken) och äldre (personer över 40 år, 15 stycken). Åldersgränsen valdes godtyckligt för att få tillräckligt många personer i de två åldersgrupperna.

5. Av urvalets 30 personer hade 17 stycken utsatts för rån i arbetet. Det gav möjlighet att studera skillnaden mellan effekten av att ha utsatts för rån och ha utsatts för andra trauma. Bland de 13 personer som utsatts för andra trauma än rån varierade anledningen till traumat.

6. I studien nämns ofta ”IES-värde”. Begreppet kommer från självskattningsformuläret Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Ett IES-värde över 1,89 kan indikera PTSD.

7. Undersökningen har prövat resultatens signifikans genom beräkning av T-värde för att fastställa säkerheten med resultaten. T-värdet har beräknats för att testa skillnaden mellan medelvärdet för IES-värdet före och efter behandlingen.

5.5 Genomförande

Under perioden maj 2011 – augusti 2011 gjordes urvalet till studien. Urvalet av deltagare var slumpmässigt och utan någon form av inbördes prioritering, enligt psykoterapeuterna på S:t Lukas. S:t Lukas har utvärderat alla gjorda EMDR-behandlingar. Eftersom det inte går att se i journalsystemet specifikt vilka personer som fått EMDR-behandling uppskattas populationen till att vara cirka 300 personer som genomgått behandlingen under åren 2003 – 2010. Personerna hade två IES-R formulär, ifyllda före och efter behandlingen. Utdelning och insamlande av IES-R självskattningsskalor har administrerats av S:t Lukas personal. Formulären var arkiverade i pappersform. Från populationen på 300 personer valde personalen på S:t Lukas slumpmässigt ut 40 personer som var tilltänkta att ingå i denna undersökning. Tio av de 40 tilltänkta deltagarna hade gjort uppföljningen med hjälp av en annan skattningsskala, PCL-C, vilket medförde att dessa personer exkluderades. Kvar i urvalet blev 30 personer som ingår i denna studie. Av dessa var 27 personer behandlade av en och samma terapeut och de resterande 3 personerna var behandlade av en annan terapeut på mottagningen. Studien har inte tagit hänsyn till parallella behandlingsmetoder, så som medicinering.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Lagen har fyra huvudkrav på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa fyra krav har sedan specificerats ytterligare i ett antal regler. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Lagen omfattar inte studentuppsatser på kandidat- och magisternivå om dessa inte är en del av ett etablerat forskningsprojekt, vilket gör att lagen inte är aktuell för denna uppsats.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning i Sverige utarbetas av Vetenskapsrådet (2002), som är en myndighet under Utbildningsdepartementet. Här finns grundläggande styrdokument från

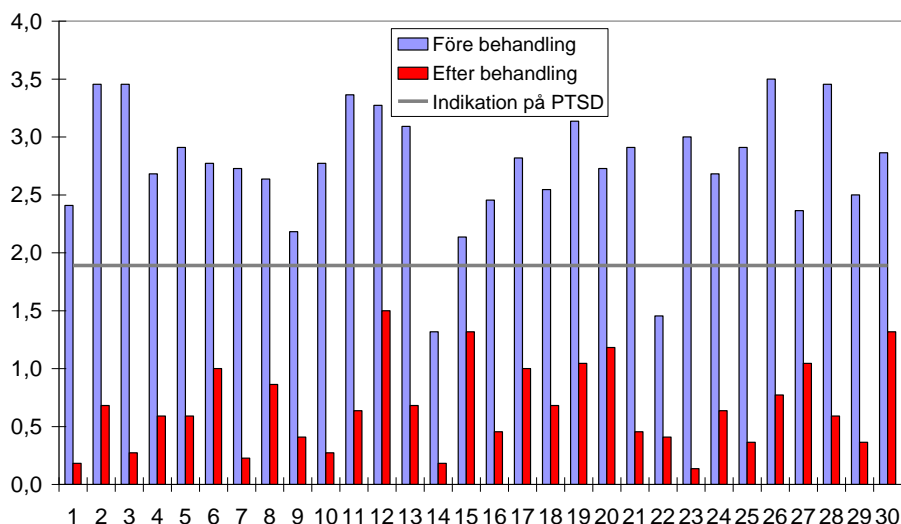
regering och riksdag Riktlinjerna utgår från två grundaspekter: forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att forskningen som bedrivs är till nytta för samhället. Individskyddskravet innebär att forskningen inte får medföra att individer utsätts för psykisk eller fysisk kränkning samt för otillbörlig insyn i privatlivet.

I denna studie har hänsyn tagits både till forskningskravet och individskyddskravet. Allt material till denna studie har kodats om i S:t Lukas lokaler, vilket gör att inga originalhandlingar har lämnat mottagningen. Information från patienters journaler har inhämtats via personalen på S:t Lukas (patientjournalagen 1985:562). Sekretessförbindelse om tystnadsplikt har undertecknats (offentlighets- och sekretesslagen 2009:400). Studiens resultat presenteras på gruppnivå, vilket gör att det inte går att identifiera enskilda individer.

7 Resultat

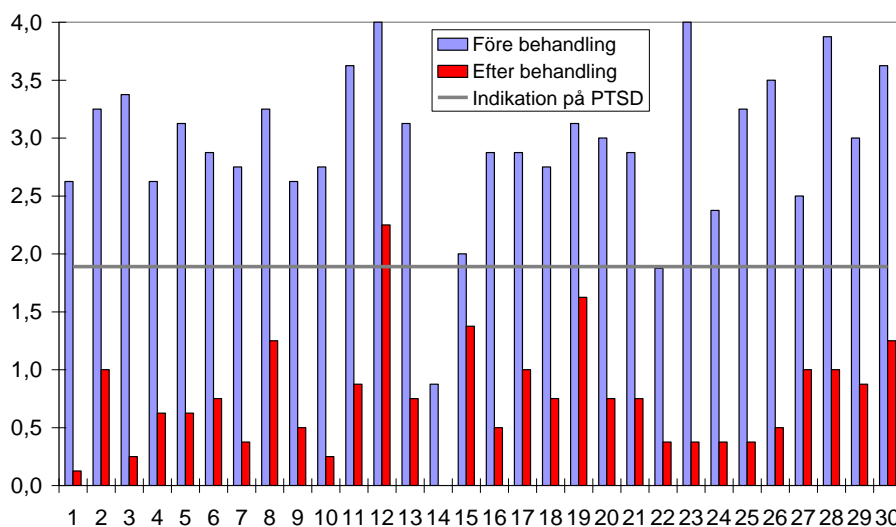
7.1 Sammanfattande resultat

Diagram 1. Totalt IES-värde, resultat före och efter behandling (30 patienter)



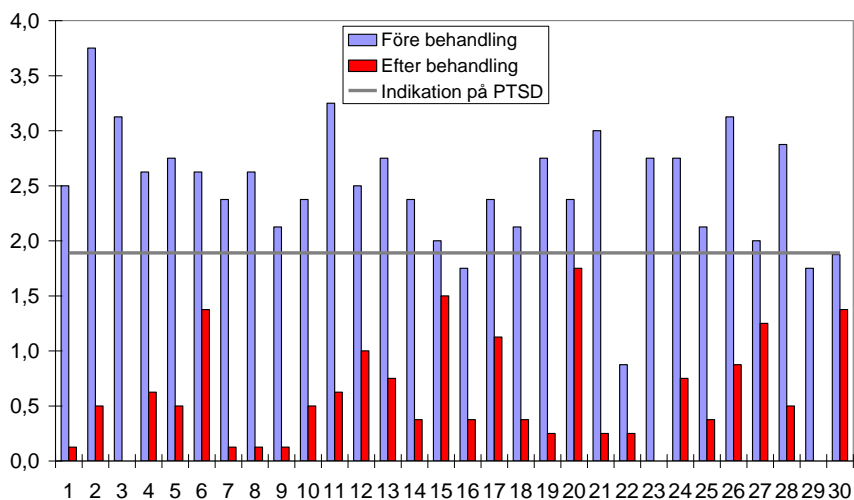
Det högsta möjliga medelvärdet är 4 och det lägsta möjliga är 0. Ett medelvärde på minst 1,89 på en delskala ger indikation på störning (Weiss, 2004.) Före behandlingen var genomsnittet för IES-värde 2,8. Efter behandlingen hade genomsnittet för IES-värde sjunkit till 0,7. Samtliga patienter uppvisar ett lägre IES-värde efter behandlingen som också ligger klart under värdet på 1,89 som indikerar PTSD.

Diagram 2. Återupplevande IES-värde, resultat före och efter behandling (30 patienter)



Före behandlingen var genomsnittet för IES-värdet för återupplevande 2,9. Efter behandlingen var genomsnittet 0,8. Alla de 30 patienterna fick en avsevärd reducering av återupplevande känslor. För en av patienterna försvann känslan av återupplevande helt. För endast en av patienterna ligger värdet för återupplevande efter behandlingen över 1,89, som indikerar PTSD.

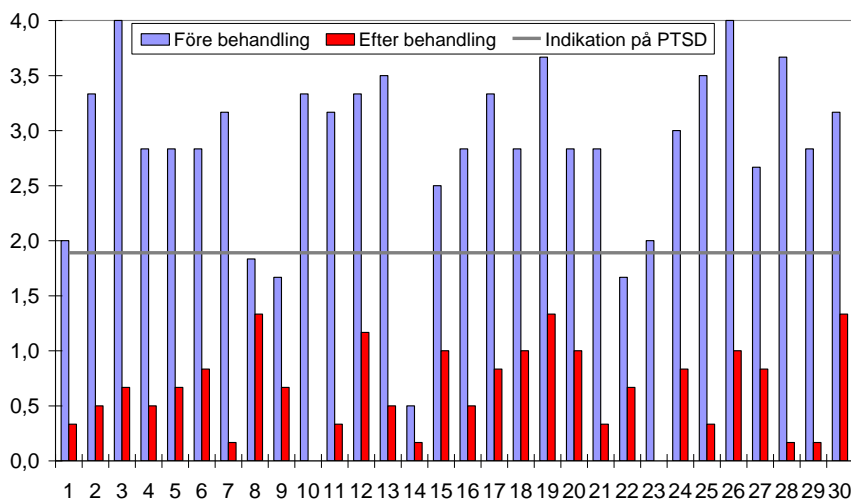
Diagram 3. Undvikande IES-värde, resultat före och efter behandling (30 patienter)



Före behandling var genomsnittet för IES-värde för undvikande 2,5. Efter behandlingen sjönk genomsnittet till 0,6. Efter behandlingen ligger IES-värdet för undvikande för samtliga patienter under brytpunkten för värde som

indikerar PTSD på 1,89. För tre av patienterna upphörde undvikandebeteendet helt efter behandlingen.

Diagram 4. Överspändhet IES-värde, resultat före och efter behandling (30 patienter)



Det genomsnittliga IES-värde för överspändhet före behandlingen var 2,9. Efter behandlingen sjönk genomsnittet till 0,6 och för samtliga patienter ligger IES-värdet under värdet för indikation på PTSD på 1,89. För två av patienterna upphörde överspändhetssymptomen helt efter behandlingen.

Tabell 1. Sammanfattande resultat

	Resultat före behandling	Resultat efter behandling	Skillnad
Återupplevande	2,9	0,8	-2,2
Undvikande	2,5	0,6	-1,9
Överspändhet	2,9	0,6	-2,2
Totalt	2,8	0,7	-2,1

Det genomsnittliga IES-värdet minskade efter behandlingen med 2,1 enheter. För de tre delkategorierna var reduceringen av värdet från 2,2 till 1,9 enheter. Efter genomgången behandling har således IES-värde sjunkit kraftigt för samtliga tre delområden: återupplevande, undvikande och överspändhet. Förändringen är något större för återupplevande och överspändhet än för undvikande. Förändringarna i resultaten före och efter behandlingen har signifikant statistiskt.

Tabell 2. Statistiskt test av skillnaden mellan IES-värde före och efter behandling (30 patienter)

	Återupplevande		Undvikande		Överspändhet		Totalt	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Antal observationer	30	30	30	30	30	30	30	30
Medelvärde	2,9	0,8	2,5	0,6	2,9	0,6	2,8	0,7
Varians	0,4	0,2	0,3	0,2	0,6	0,2	0,3	0,1
t-värde	15,0		14,0		14,1		17,7	
Kritiskt t-värde 0,5 procents signifikansnivå	2,8		2,8		2,8		2,8	

Den hypotes som testas, H_0 , är att medelvärdet av resultatet av de 22 frågorna för de 30 personerna före behandlingen, μ_1 , är lika med medelvärdet efter behandlingen, μ_2 . Den alternativa hypotesen, H_a , är att medelvärdet före behandlingen är strikt större än medelvärdet efter behandlingen.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a: \mu_1 > \mu_2$$

T-värdet har beräknats för att testa skillnaden mellan medelvärdet före och efter behandlingen. Det observerade värdet på t för det totala resultatet samt för resultaten för återupplevande, undvikande och överspändhet är mycket större än det kritiska värdet på 0,5 procents signifikansnivå, vilket är 2,8 för 30 observationer och ett ensidigt test. Hypotesen, H_0 , att medelvärdet är detsamma före och efter behandlingen kan således förkastas.

7.2 Bakgrundsvariablers betydelse för behandlingens resultat

De fyra bakgrundsvariabler som studerats är personernas kön och ålder, traumats art samt om personen utsatts för tidigare trauma.

7.2.1 Resultat för kvinnor och män

Diagram 5. IES-värde, resultat före och efter behandling för kvinnor (21 patienter)

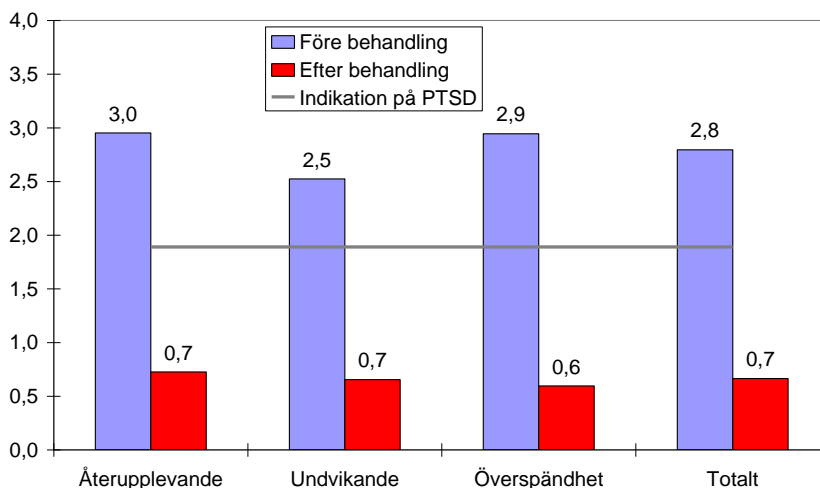
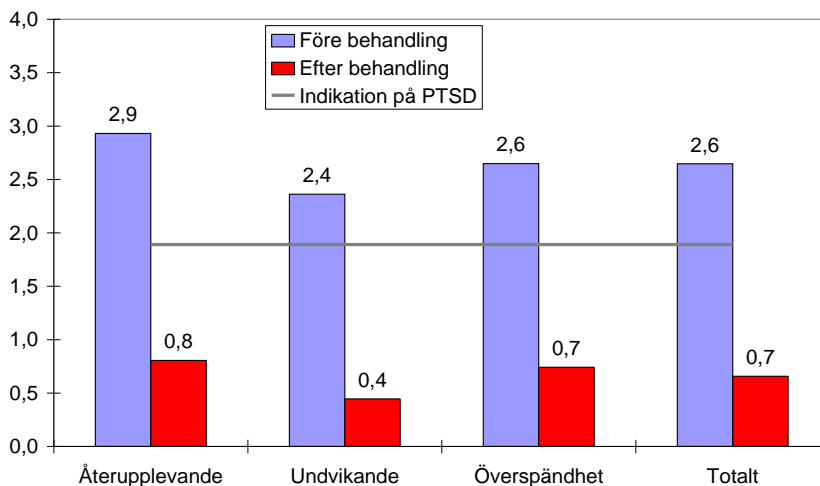


Diagram 6. IES-värde, resultat före och efter behandling för män (9 patienter)



I urvalet av 30 personer ingick 21 kvinnor och 9 män. För kvinnorna i urvalet minskade det genomsnittliga IES-värde från 2,8 före behandling till 0,7 efter behandling. Minskningen av IES-värde är något större för kategorierna återupplevande och överspändhet än för undvikande. Antalet män i urvalet är för litet för att vara statistiskt säkert. Männerna i urvalet hade ett genomsnittligt IES-värde före behandlingen på 2,6, som således var något lägre än kvinnornas 2,8. Skillnaden beror främst på att männen har ett lägre värde än kvinnorna för kategorin överspändhet. Även för män minskar IES-värde kraftigt efter behandlingen till 0,7. Kvinnor och män svarar således på behandlingen på likartat sätt. Det genomsnittliga IES-värdet minskade med 2,1 för kvinnor och med 2,0 för män.

7.2.2 Resultat för yngre och äldre

Diagram 6. IES-värde, resultat före och efter behandling för personer yngre än 40 år (15 patienter)

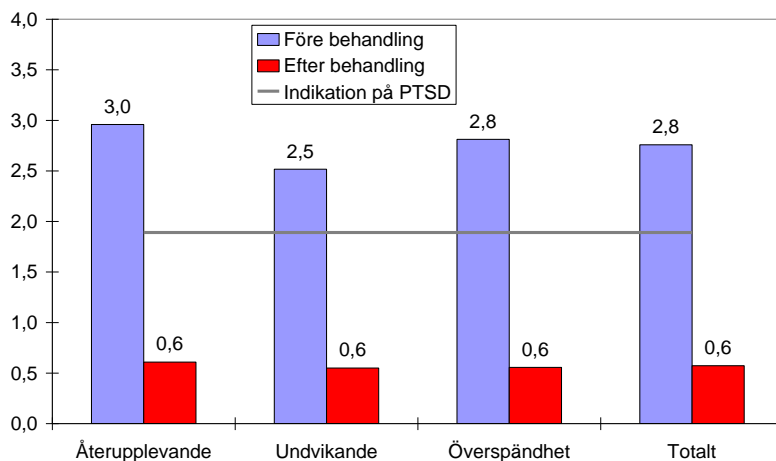
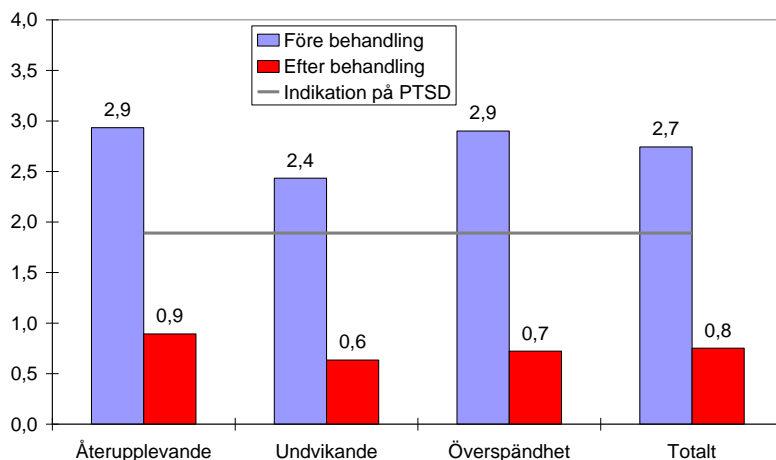


Diagram 6. IES-värde, resultat före och efter behandling för personer äldre än 40 år (15 patienter)



Av de 30 personerna i urvalet var hälften yngre än 40 år och hälften äldre än 40 år. Den yngsta personen var 18 år och den äldsta var 64 år.

För de personer som var yngre än 40 år var det genomsnittliga IES-värde 2,8 före behandlingen. Efter behandlingen sjönk genomsnittsvärdet till 0,6. Den största minskningen noteras för kategorin återupplevande. De personer i urvalet som var 40 år eller äldre hade ett genomsnittligt IES-värde på 2,7 före behandlingen. Det totala genomsnittliga IES-värde för personerna minskade efter behandlingen till 0,8.

För båda åldersgrupperna är värdet före behandling högre för kategorierna återupplevande och överspändhet än för undvikande. Trots att den yngre åldersgruppen initialt hade ett högre IES-värde, 2,8, än den äldre åldersgruppen, 2,7, så var genomsnittsvärdet efter behandlingen lägre för den yngre åldersgruppen, 0,6, än för den äldre åldersgruppen, 0,8.

7.2.3 Resultat för olika typer av trauman

Diagram 7 IES-värde, resultat före och efter behandling för personer som utsatts för rån (17 patienter)

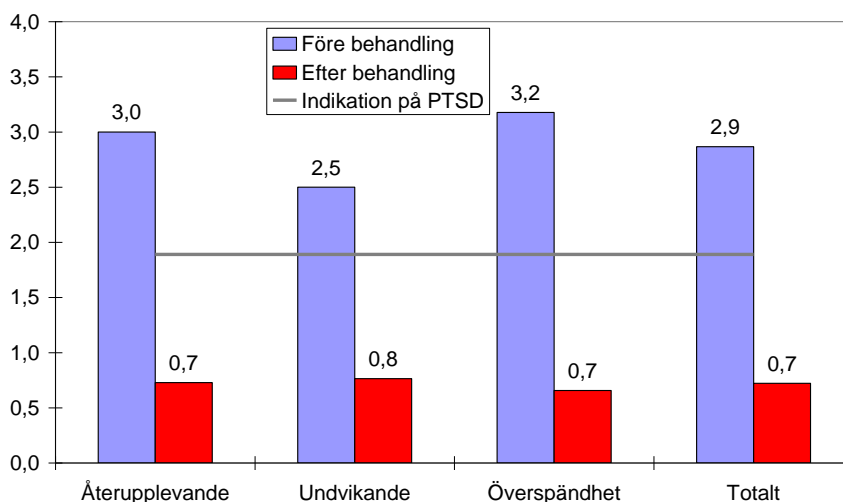
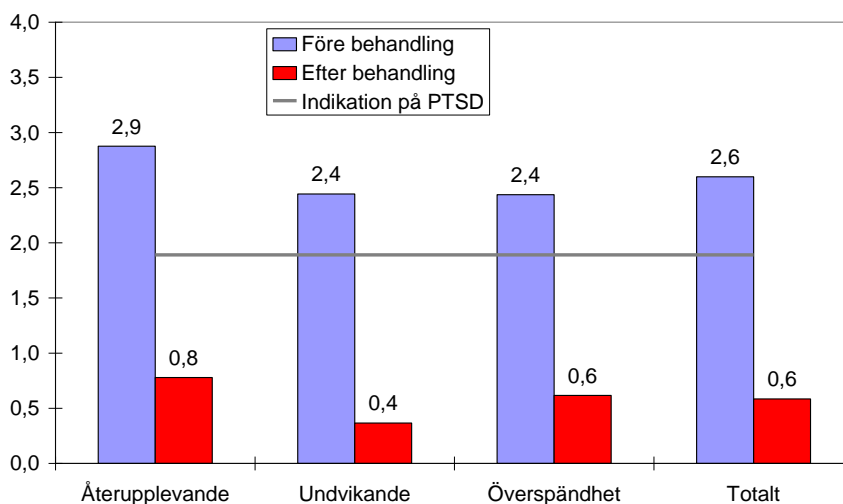


Diagram 8. IES-värde, resultat före och efter behandling för personer som utsatts för annat trauma än rån. (13 patienter)



När det gäller traumats art särskiljs två kategorier, dels personer som har utsatts för rån, dels personer som har utsatts för övriga trauma, som våld trafikolycka och sexuella övergrepp. Urvalets begränsade storlek gjorde det inte möjligt

med en ytterligare uppdelning av övriga trauma. I urvalet var det 17 personer som utsatts för rån och 13 personer som utsatts för andra slags trauma.

Personer som utsatts för rån hade genomsnittligt högre IES-värde före behandlingen, 2,9, än personer som utsatts för andra trauma, 2,6. Skillnaden är särskilt stor för överspändhet där genomsnittet för personer som utsatts för rån var 3,2 medan motsvarande genomsnitt för personer med andra slags trauma var 2,4. Skillnaden mellan traumats art är betydligt mindre för återupplevande och undvikande men även för dessa kategorier är genomsnittet högre för rånoffer än för övriga i urvalet.

Det genomsnittliga IES-värde minskar kraftigt efter behandling både för personer som utsatts för rån och för personer som utsatts för andra trauman. Även efter behandlingen har dock personer som utsatts för rån ett genomsnittligt högre IES-värde än övriga i urvalet. Det gäller särskilt kategorin undvikande där genomsnittet för rånoffer efter behandling är 0,8 medan genomsnittet för dem som utsatts för övriga trauma är 0,4.

7.2.4 Resultat för tidigare trauman

Diagram 9. IES-värde, resultat före och efter behandling för personer som utsatts för tidigare trauma (15 patienter)

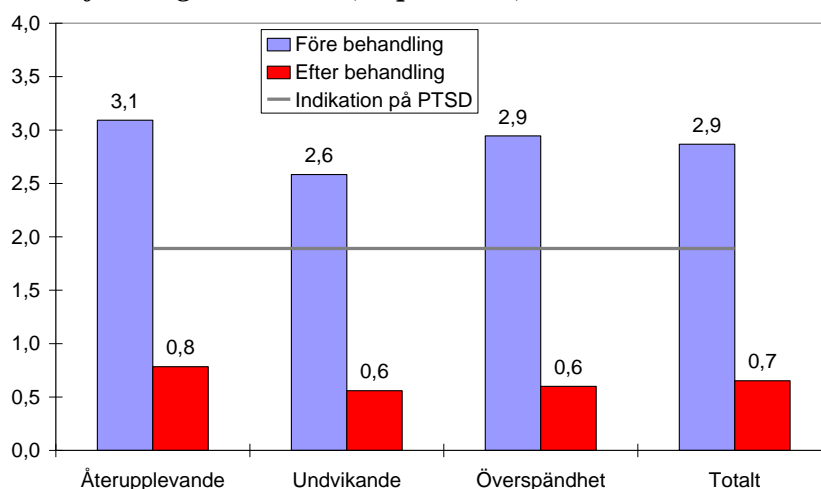
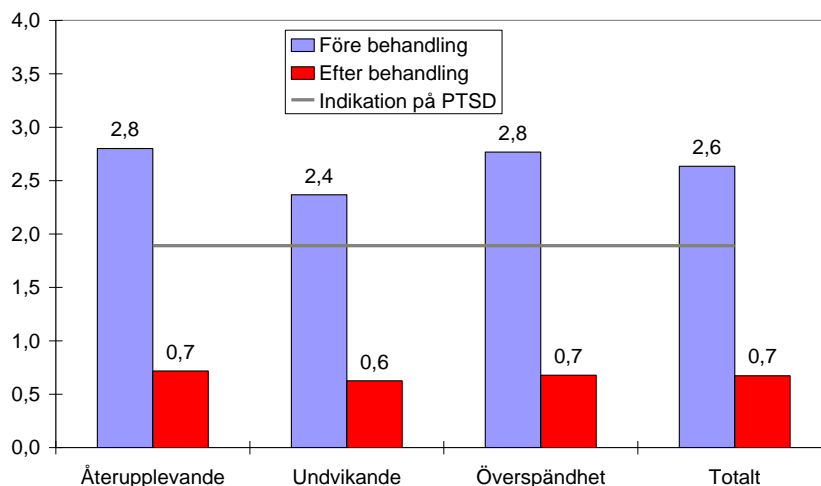


Diagram 10. IES-värde, resultat före och efter behandling för personer som inte utsatts för tidigare trauma (15 patienter)



Personer som utsatts för tidigare trauma har ett genomsnittligt högre IES-värde före behandling, 2,9, än personer som inte utsatts för tidigare trauma, 2,6. Skillnaden gäller samtliga tre kategorier men är störst för återupplevande. Den skillnad före behandling som finns mellan dem som upplevt tidigare trauma och dem som inte upplevt tidigare trauma utjämnas dock efter behandlingen. Båda grupperna har ett genomsnittligt IES-värde på 0,7 efter behandlingen.

7.2.5 Statistiskt test av bakgrundsvariablers signifikans

Det finns således, som visats i de tidigare avsnitten, skillnader mellan IES-värdet när olika bakgrundsvariabler särskiljs. Ett statistiskt test av skillnaderna i IES-värde visar dock att de i de flesta fall inte är statistiskt signifikanta, vilket kan bero på det begränsade antalet personer i urvalet. Kritiskt t-värde på 5 procents signifikansnivå är 1,70 för 30 observationer och ett ensidigt test. Det är endast i tre fall som skillnaden i IES-värde är statistiskt signifikant.

- Yngre har ett signifikant lägre IES-värde för återupplevande än äldre efter behandling. t-värdet är dock endast på gränsen till signifikant.
- Personer som utsatts för rån har ett signifikant högre IES-värde för överspändhet än personer som utsatts för andra trauma före behandling.
- Personer som utsatts för rån har ett signifikant högre IES-värde för undvikande än personer som utsatts för andra trauma efter behandling.

Typen av trauma som personerna utsatts för är således den viktigaste bakgrundsvariabeln i det urval som studerats. Rån, ofta med vapen, är en kraftigt typ av trauma som verkar ge större psykiska skador än trauma orsakade av trafikolyckor och naturkatastrofer.

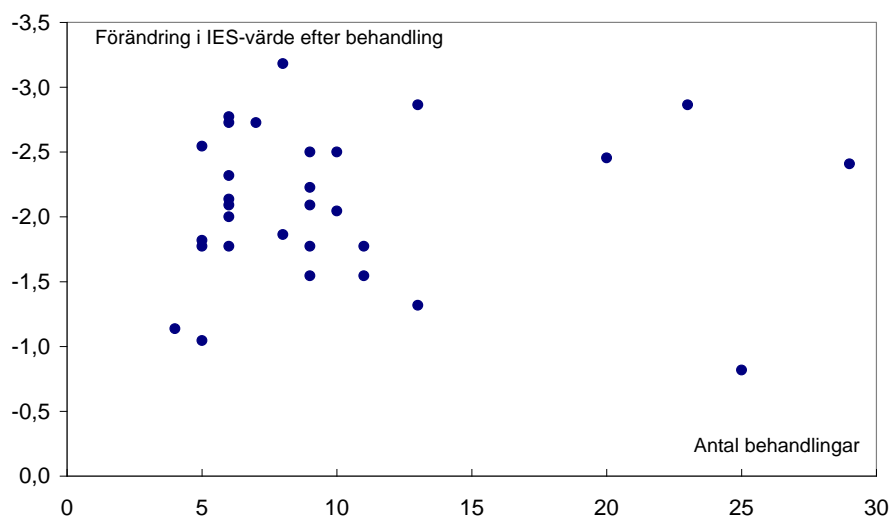
Tabell 3. Statistiskt test av skillnaden mellan IES-värde före och efter behandling för olika bakgrundsvariabler (30 patienter)

	Återupplevande		Undvikande		Överspändhet		Totalt	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Kön								
Antal	21	9	21	9	21	9	21	9
Medelvärde IES	3,0/0,7	2,9/0,8	2,5/0,7	2,4/0,4	2,9/0,6	2,6/0,7	2,8/0,7	2,6/0,7
Varians IES	0,6/0,2	0,0/0,2	0,4/0,2	0,2/0,2	0,6/0,2	0,5/0,2	0,4/0,2	0,1/0,1
t-värde	0,1/-0,4		0,7/1,1		1,0/-0,9		0,7/0,1	
Ålder	Yngre	Äldre	Yngre	Äldre	Yngre	Äldre	Yngre	Äldre
Antal	15	15	15	15	15	15	15	15
Medelvärde IES	3,0/0,6	2,9/0,9	2,5/0,6	2,4/0,6	2,8/0,6	2,9/0,7	2,8/0,6	2,7/0,8
Varians IES	0,5/0,1	0,4/0,3	0,2/0,3	0,4/0,2	0,7/0,1	0,5/0,2	0,2/0,1	0,3/0,2
t-värde	0,1/-1,7		0,4/-0,5		-0,3/-1,2		0,1/-1,3	
Tidigare trauma	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Antal	15	15	15	15	15	15	15	15
Medelvärde IES	3,1/0,8	2,8/0,7	2,6/0,6	2,4/0,6	2,9/0,6	2,8/0,7	2,9/0,7	2,6/0,7
Varians IES	0,3/0,1	0,5/0,3	0,3/0,3	0,3/0,2	0,5/0,2	0,7/0,1	0,2/0,1	0,3/0,2
t-värde	1,2/0,4		1,1/-0,4		0,6/-0,5		1,2/-0,2	
Typ av trauma	Rån	Övrigt	Rån	Övrigt	Rån	Övrigt	Rån	Övrigt
Antal	17	13	17	13	17	13	17	13
Medelvärde IES	3,0/0,7	2,9/0,8	2,5/0,8	2,4/0,4	3,2/0,7	2,4/0,6	2,9/0,7	2,6/0,6
Varians IES	0,2/0,1	0,7/0,4	0,2/0,2	0,4/0,2	0,2/0,1	0,8/0,2	0,2/0,1	0,4/0,2
t-värde	0,5/-0,3		0,3/2,4		2,9/0,3		1,4/1,0	

Anm: Medelvärde och varians för IES-värde före och efter behandling anges före respektive efter bråkstreck. t-värdet avser skillnaden i det genomsnittliga IES-värdet mellan kvinnor och män, yngre och äldre, rån och övriga trauma samt mellan flera och ett trauma. t-värdet före och efter behandling anges före respektive efter bråkstreck. Kritiskt t-värde på 5 procents signifikansnivå är 1,70 för 30 observationer och ett ensidigt test. Signifikanta t-värden anges med fet stil.

7.3 Resultatet för olika antal behandlingstillfällen

Diagram 11. Samband mellan förändring i IES-värde efter behandling och antalet behandlingstillfällen (30 patienter)



Sammanfattningsvis har IES-värdet sjunkit kraftigt efter behandlingen. I genomsnitt har personerna i urvalet haft 10 behandlingssessioner och medianen av antalet behandlingstillfällen är 9. Antalet behandlingstillfällen varierar från som lägst 4 till som högst 29. Antalet behandlingstillfällen uppvisar emellertid inget samband med upplevd symptomreducering. Korrelationen mellan förändringen i IES-värde före och efter behandlingen och antalet behandlingstillfällen är noll.

De fyra personer i urvalet som genomgått flest behandlingstillfällen, 20 gånger eller fler, är samtliga kvinnor, har tidigare utsatts för trauma och har utsatts för rån eller grovt våld i tjänsten.

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Studiens reliabilitet kan ifrågasättas då det finns en hypotetisk osäkerhet beträffande slumpmässigheten i urvalet av patienter. Psykoterapeuterna på S:t Lukas valde själva ut de personer som var tilltänkta att ingå i denna undersökning. Av studiens 30 deltagare var 27 behandlade av en och samma psykoterapeut. Det kan därför inte uteslutas att behandlingsresultatet kan ha påverkats av denna psykoterapeuts arbetssätt. Det hade också varit önskvärt att hanteringen av IES-R självskattningsskalor hade administrerats av en extern instans. Studien har även relativt få deltagare (30 personer), vilket ger en

statistisk osäkerhet. För den här typen av studie hade det varit bra om antalet undersökta personer hade varit betydligt större. Reduceringen av IES-värdet efter behandlingen är statistiskt signifikant både totalt och för samtliga delgrupper (återupplevande, undvikande och överspändhet). När det gäller betydelsen av olika bakgrundsfaktorer stämmer studiens resultat med övrig forskning.

8.2 Resultatdiskussion

Före EMDR-behandlingen hade 28 av studiens 30 deltagare indikation på att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Gruppen som helhet hade initialt ett medelvärde på 2,8 på IES-R-skalan. Ett värde på minst 1,89 ger indikation på störning (Weiss, 2004). Ingen av studiens deltagare hade efter behandlingen värden som indikerade fortsatt PTSD-diagnos. Medelvärdet efter behandlingen var i genomsnitt 0,7, dvs. betydligt under gränsvärdet 1,89.

Efter genomgången behandling fick alla studiens deltagare en avsevärd reduktion av återupplevande-känslor, det genomsnittliga IES-värdet minskade från 2,9 till 0,8. Även överspändhet minskade, från 2,9 före behandlingen till 0,6 efter behandlingen, likasom undvikandet som minskade från 2,5 till 0,6. De goda behandlingsresultaten överensstämmer mycket väl med tidigare forskning om EMDR (Scheck et.al., 1998, Carlsson et.al., 1998, Power et.al., 2002). Resultatet av EMDR-behandlingar på S:t Lukas stämmer även mycket väl överens med SBU:s (2005) slutsats att EMDR är en effektiv behandlingsmetod för PTSD.

8.2.1 Finns det utifrån bakgrundsvariablerna kön, ålder, typ av trauma, tidigare trauma samt antal behandlingstillfällen några skillnader i personernas skattningar före respektive efter behandlingen?

Tidigare forskning har visat att det finns pretraumatiska riskfaktorer som ökar en persons sårbarhet för posttraumatiskt stressyndrom. Pretraumatiska riskfaktorer är t.ex. ålder, kvinnligt kön och förekomst av tidigare trauman (Kessler et.al., 1995). Denna studie har undersökt hur variablerna kön, ålder, typ av trauma och eventuellt tidigare trauma påverkar resultatet av EMDR-behandling på S:t Lukas.

Kön

Enligt internationella undersökningar är kvinnor mer utsatta för risken att utveckla PTSD än män (Kessler et. al., 1995). EMDR-behandlingen fungerar dock bra för kvinnor (Scheck, et.al., 1998).

Av studiens 30 deltagare var 21 kvinnor. Kvinnorna i detta urval hade initialt högre skattning på IES-värdet än vad männen hade. I urvalet minskade det genomsnittliga IES-värdet för kvinnor från 2,8 före behandlingen till 0,7 efter

behandlingen. Även för män minskade det genomsnittliga IES-värdet från 2,6 till 0,7. Minskning av IES-värde efter behandlingen för både män och kvinnor är något större för kategorierna återupplevande och överspändhet än för undvikande.

Sammantaget är slutsatsen att kvinnor och män i studien svarade på EMDR-behandlingen på ett likartat sätt men de könsbundna variationerna i denna undersökning är inte statistiskt signifikanta.

Ålder

Enligt internationella undersökningar har åldersgruppen 18 – 34 år en högre förekomst av PTSD jämfört med personer från 65 år och äldre (Kessler et.al., 1995).. I denna studie delas deltagarna in i två olika åldersgrupper: yngre och äldre. Med yngre personer avses personer som är 39 år och yngre, medan äldre personer avser personer som är 40 år och äldre. Åldersfördelningen i studien är således inte densamma som i Kesslers studie, men har valts för att få två lika stora grupper att jämföras med, dvs. 15 personer i varje grupp. Den yngsta personen i studien var 18 år och den äldsta var 64 år.

Studien visar att gruppen yngre hade högre IES-värde före behandlingen än vad gruppen äldre hade, 2,8 mot 2,7, vilket överensstämmer med tidigare forskning (Kessler et.al., 1995). Trots detta hade den yngre åldersgruppen efter genomgången EMDR-behandling ett lägre IES-värde, 0,6, än den äldre gruppen, som hade IES-värde 0,8. För kriteriet återupplevande hade efter behandlingen yngre ett statistiskt signifikant lägre IES-värde än äldre.

Teori om adaptiv informationsbehandling visar att den mänskliga hjärnan har ett medfött informationsprocessande psykobiologiskt system där ett nätverk av tidigare förvärvade minnesassociationer finns (Shapiro, 2001). Slutsatsen i studien är att gruppen ”yngre” fick något större effekt av EMDR-behandlingen än gruppen ”äldre”. Kanske är det så att efter en adekvat behandling läker de yngre personers skador, såväl psykiska som fysiska, lättare än de äldres. EMDR-behandlingen var lyckad även för den äldre gruppen på S:t Lukas, då ingen av de äldre hade kvar kriterier för posttraumatiskt stressyndrom.

Tidigare trauma

Hos personer som vid tidigare tillfällen i livet har blivit utsatt för trauma ökar risken för komplex PTSD (Kessler et.al., 1995). Även denna undersökning visar att personer som utsatts för tidigare trauma har ett genomsnittligt högre IES-värde, 2,9, än personer som inte utsatts för tidigare trauma, 2,6. Skillnaden i IES-värde är emellertid inte statistiskt signifikant. Efter EMDR-behandlingen utjämnas skillnaden och båda grupperna har ett genomsnittligt IES-värde på 0,7.

Typ av trauma

I en studie från 1995 har man undersökt om det finns skillnader för att utveckla PTSD utifrån vilken typ av trauma man blir utsatt för. Studien kom fram till att största risken att utveckla PTSD är efter våldtäkt, likaså efter misshandel, krig och våld medan olyckor och naturkatastrofer innebär en lägre risk att utveckla PTSD. Med andra ord leder interpersonella trauman, då en person skadar en annan människa, till större risk att utveckla PTSD än t.ex. naturkatastrofer. (Kessler et.al., 1995).

I denna studie särskiljs två kategorier av bakomliggande traumatisk händelse: rån, 17 personer och annan typ av trauma, 13 personer. Vanligast bland annan typ av trauma var trafikolyckor. De individer som varit utsatta för rån, hade före EMDR-behandlingen ett högre genomsnittligt IES-värde (2,9) än personer som blivit utsatta för annan typ av trauma (2,6). Efter behandlingen utjämnades dock det genomsnittliga IES-värdet. För dem som hade utsatts för rån var IES-värdet efter behandlingen 0,7 och för dem som utsatts för annat trauma var värdet 0,6. Skillnaden i totalt IES-värde mellan de två grupperna är dock inte signifikant, varken före eller efter behandling.

Personer som utsatts för rån hade initialt ett signifikant högre IES-värde för delkriteriet överspändhet än personer som utsatts för andra trauman. Man kan anta att många av dem som har blivit utsatta för rån på sin arbetsplats arbetar kvar i samma miljö och blir då dagligen påmind om den traumatiska händelsen. I linje med tidigare forskning är PTSD, och därmed dess delkriterium överspändhet, behandlingsbart med EMDR (Scheck et.al., 1998, Carsson et.al., 1998, Power et.al., 2002, Högberg, 2008). Behandlingsresultatet i denna studie korrelerar mycket väl med tidigare forskning då IES-värdet för överspändhet reduceras kraftigt efter behandling och skillnaden mellan de två grupperna inte är statistiskt signifikant.

Efter genomgången EMDR-behandling har personer som utsatts för rån ett signifikant högre IES-värde för delkriteriet undvikande än personer som utsatts för annan typ av trauma (tabell 3). PTSD-kriteriet undvikande blir ett begripligt beteende utifrån inlärningsteorin då man undviker det som påminner om traumat eller ger associationer till den traumatiska händelsen. Undvikandet är en viljemässig motsvarighet till försvarsmekanismen bortträngning och är ett medvetet sätt att handskas med hotet (Shapiro, 2001).

För undersökningens deltagare som blivit utsatta för rån tycks undvikandebeteende, som nämnts, i viss mån vara kvar trots genomgången EMDR-behandling. Det finns en tidigare studie som påvisar att psykoterapeutiska behandlingar med exponeringstekniker reducerar undvikandesymtomen snabbare än EMDR (Taylor et.al., 2003). Det bör dock observeras att EMDR-behandlingen på S:t Lukas har gjort att ingen av de

behandlade personerna har kvar kriterier för PTSD och att även kvarvarande undvikandebeteendet är långt under gränsvärdet för PTSD.

EMDR-behandling är en tidseffektiv behandlingsform

Deltagare i denna studie hade i genomsnitt 9 behandlingstillfällen med EMDR. Det anses att 10 behandlingstillfällen är tillräckligt för att nå bra resultat, vilket visar att EMDR-behandling är en kort och tidseffektiv behandlingsmetod för traumatiserade personer. I den här studien är korrelationen noll mellan antal behandlingstillfällen och förändring i IES-värde efter behandling. Det begränsade antalet personer i urvalet kan dock ha bidragit till att det inte går att uppskatta det optimala antalet behandlingstillfällen.

Slutsatsen av studien är att behandlingsmetoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR, är ett effektivt arbetssätt att behandla traumabaserade skador. Alla 30 undersökta patienter på S:t Lukas hade trots sina kraftiga traumaupplevelser strax efter avslutad behandling förbättrats i sitt mående då deras symtom hade minskat. Ingen av undersökningens 30 deltagare visade kort efter att EMDR-behandlingen avslutats, indikation för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Resultatet av denna studie överensstämmer mycket väl med tidigare forskning om att EMDR är en tidseffektiv behandlingsmetod för traumabearbetning (Power et.al., 2002, Högberg, 2008). För att säkerställa resultatet borde dock en uppföljning ha gjorts, till exempel ett år efter avslutad behandling.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Det finns relativt lite svensk forskning om EMDR-behandling. Större urvalsundersökningar än i den här studien skulle möjliggöra en mer detaljerad analys av betydelsen av olika bakgrundsfaktorer. Kombinationen av olika bakgrundsfaktorer som kön, ålder, tidigare trauma och typ av trauma skulle då kunna studeras. Större urval skulle också kunna göra det möjligt att uppskatta ett optimalt antal behandlingar för olika patientgrupper.

Det skulle också vara intressant att göra uppföljning av behandlingsresultaten för att se hur de består över tiden. Denna studie har endast konstaterat att patienternas symtom har minskat efter avslutad behandling. Det skulle dock behövas en uppföljning för att med säkerhet kunna uttala sig om behandlingens långsiktiga effekt.

Referensförteckning

Mini-D IV (2002) American Psychiatric Association. *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-tr*. Stockholm: Pilgrims Press.

Carlson J, Chemtob C, Rusnak K, Hedlund N & Muraoka, M. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11, 3-24.

Devilley G & Spence S (1999) The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive- behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13,131-57.

Djurfeldt, G, Larsson, R & Stjärnhagen, O (2010) *Statistisk vertygslåda-samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Ferguson G & Takane, Y (1959). *Statistical analysis in Psychology and Education*. New York: McGraw-Hill.

Horowitz, M & Sundin, E (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.

Horowitz, M, Wilner N & Alvarerz W (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 41, 209 – 218.

Hännestad B, Lindholm E, Moe S, Ruggiero L, Rydmark-Venegas A & Søndergaard, H (2005). *Själens dolda sår. Vägar till diagnos och behandling av posttraumatisk stress*. Stockholm, Svenska föreningen för psykisk hälsa, monografiserie nr. 48.

Högberg, G (2008) *Post-Traumatic Stress Disorder: Neurobiology and Effects of Eye Movement Desensitizations and Reprocessing*. (Doktorsavhandling). Karolinska Institutet, Stockholm.

Kessler, K, Sonnega, A, Bromet, E, Hughes, M & Nelson, C (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048 – 1060.

Langemar, P (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm: Liber.

Michel, P-O, Berg Johansson, K, Lundin, T, Nilsson, D & Otto, U (2010) *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.

Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp, D, Swanson, V & Karatzias, T (2002). A controlled comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Exposure plus Cognitive Restructuring versus waiting-list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

Samec, J (2005) Dorotheys dilemma. När en patient inte har en trygg bas för behandling. *Insikten*, 3, 44 – 47.

SBU (2005) Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av ångestsyndrom*. SBU-rapport nr. 171, 244 – 270.

Scheck M, Schaeffer J & Gillette C (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Trauma Stress*, 11, 25-44.

Shapiro, F (1989) Efficacy of the Eye Movement Desensitization. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199 – 223.

Shapiro, F (2001). *Eye Movement and Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro, F & Silk Forrest, M (1997). *The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: Basic Books.

Taylor S, Thordarson D, Maxfield L, Fedoroff I, Lovell, K & Ogradniczuk, J (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 330-338.

Wedin, L & Sandell, R (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder*. Lund: Studentlitteratur.

Weiss, D (2004). *The Impact of Event Scale-Revised*. New York: The Guilford Press.

Nätreferenser

Socialstyrelsen (2010) *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer*. Tillgänglig via: www.socialstyrelsen.se 2011-11-30.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig via www.vr.se 2012-01-15.

Övrigt

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) www.lagen.nu 2012-01-15

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) www.lagen.nu 2012-01-15

Patientjournalagen 1985:562. Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården www.socialstyrelsen.se 2012-01-15