

Lifespan Integration som behandlingsmetod för PTSD

En naturalistisk utfallsstudie på en specialistklinik i Stockholm
för patienter som utsatts för sexuella övergrepp.

Joakim Brådenmark och Maria Järvare

Psykologiska institutionen
Examensarbete 15 hp
Psykologi
Psykoterapeutprogrammet (300 hp)
Vårterminen 2024

Handledare: Björn Philips

English title: Lifespan Integration as treatment for PTSD. A
naturalistic outcome study at a clinic in Stockholm specialized on
patients who have experienced sexual abuse



**Stockholms
universitet**

Lifespan Integration som behandlingsmetod för PTSD.

Joakim Brådenmark och Maria Järvare¹

Sexuella övergrepp är ett utbrett samhällsproblem och leder till stora samhällskostnader, ett stort lidande för de som drabbas, och är vidare globalt en av de största orsakerna till PTSD. Lifespan Integration har vid tidigare studier visat sig vara en skonsam och kostnadseffektiv behandling vid PTSD. Denna studie syftar till att undersöka behandlingsutfallet av Lifespan Integration som behandlingsmetod för patienter med PTSD som följd av sexuella övergrepp. En patientgrupp (n=28) vid NorA-mottagningen i Stockholm kartlades. Patienterna hade i genomsnitt varit utsatta för 2 Adverse Childhood Experiences (ACE), nära 2 sexuella övergrepp, och av dessa var 85,7% kvinnor och 14,3% män. Två t-test utfördes för att analysera symtomminskning relaterat till PTSD-symptom och depression, med måtten IES-R och MADRS. T-testet för IES-R visade en stor effektstorlek ($d=2,09$), ca 80% av patientgruppen (n=16) hamnade under cut-off för klinisk PTSD efter behandlingen. Vidare hade 75% av patientgruppen efter behandlingen minskat sina depressiva symptom till ingen eller lätt depression. Studien visar att symptomen minskade betydligt hos dem som genomgått Lifespan Integration, men det behövs mer forskning gällande metoder som Lifespan Integration för behandling av PTSD.

Nyckelord: Lifespan Integration, PTSD, sexuella övergrepp, trauma, ACE, WONSA.

I den nationella trygghetsundersökningen (BRÅ), 2022 uppger 4,7 % i undersökningen (16–84 år) att de har varit utsatta för sexualbrott. Under året 2023 anmäldes 24 278 sexualbrott och av dessa rubriceras 39% (9476) som våldtäkt (BRÅ, 2022). I rapporten från Stiftelsen Allmänna Barnahus (2023) framkommer att 28,6 % av barn i Sverige har blivit utsatta för sexuella övergrepp, men mörkertalet beräknas vara stort. Enligt samma rapport har 10 % av flickorna upp till 18 år varit med om ett eller flera penetrerande övergrepp. Varje år anmäls

¹ Stort tack till vår handledare, professor Björn Philips för ovärderlig handledning och feedback under arbetets gång, samt till Gita Rajan, verksamhetschef på WONSA, för inspiration och gott samarbete.

cirka 3000 våldtäkter mot barn till polisen, med ett befogat mörkertal blir det 30 000 våldtäkter per år.

Världshälsoorganisationen, WHO inleder sin världsrapport (2002) om sexuellt våld med "Sexuella övergrepp har en djupgående påverkan på fysisk och psykisk hälsa". I denna studie använder vi fortsättningsvis termen sexuella övergrepp, som inkluderar sexuellt våld, våldtäkt, övergrepp och andra typer av kränkningar av individens sexuella integritet. En rapport från Nationellt centrum för kvinnofrids (Öberg, Lucas och Heimer, 2010) visar att utöver den akuta stressreaktionen i samband med sexuella övergrepp, riskerar dessa personer senare i livet att drabbas av flera av de vanligare folksjukdomarna i större utsträckning än befolkningen i stort. Vidare beskriver studien att ett stort antal av de personer som utsatts för sexuella övergrepp upplever allvarliga psykiska stressreaktioner och får allvarliga symtom och diagnoser som Posttraumatisk stressyndrom (PTSD). De personer som utsatts för sexuella övergrepp har högre frekvens i vårdkontakter än befolkningen i övrigt (Rajan et al., 2020; Young-Wolff, Sarovar, Klebaner, Chi, och McCaw, 2009). Det visade sig att gruppen traumatiserade personer söker mer vård för kroppsliga och psykologiska besvär (Young-Wolff, 2009) samt att de hade högre samsjuklighet och läkemedelsförskrivning än kontrollgruppen (Rajan et al., 2020). De mest förekommande sökorsakerna för den traumatiserade gruppen var stress- och ångestrelaterade tillstånd, suicidförsök, alkoholmissbruk samt psykoser. Det är ett stort glapp för denna patientgrupp med vad de vill och behöver, och vad de får av vården och samhället (Rajan et al., 2021).

PTSD är ett allvarligt och långvarigt ångesttillstånd som kan uppstå efter allvarligt hot eller skada, och som kan lämna varaktiga spår och lidande och medföra intensiv skräck, rädsla eller känslor av hjälplöshet (Michel, Lundin, Bergh Johannesson, Nilsson och Arnberg, 2018). Ett eller flera sexuella övergrepp kan leda till PTSD. Risken att utveckla PTSD efter en potentiell traumatisk händelse varierar med händelsens art och den individuella exponeringen (Kessler et al., 2017). Det som förknippas med ökad risk för PTSD är händelser som upprepas, har längre varaktighet eller har för avsikt att orsaka skada. Sexuella övergrepp och plötslig och/eller våldsam död av närstående står globalt för majoriteten av PTSD-fallen (Kessler et al., 2017). I en omfattande litteraturstudie (Maniglio, 2009) framhävs att psykologiska trauma som uppkommit till följd av sexuella övergrepp i barndomen får konsekvenser för den drabbades hela livssituation, de löper risk för flera allvarliga hälsoproblem så som depression, ångest mm. Vidare framkom i studien bland annat att konsekvenser som svårigheter med parrelationer, svårigheter med närhet och tillit, påverkan på somatisk hälsa samt hinder i arbetslivet är alla vanliga följder av sexuella övergrepp. Komplex PTSD (CPTSD) är i svensk kontext ett relativt

nytt begrepp. CPTSD finns inte med i DSM5, eller i ICD10 som är det diagnossystem som används inom sjukvården. Den diagnos som i stället tidigare använts är Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS), som inbegriper en genomgående förändring i personligheten, dvs mer omfattande än PTSD (Luxenberg, Spinazzola och van der Kolk, 2001). CPTSD har nu tagits med i ICD11:s nätversion, vilken hittills inte är färdigt översatt till svenska. CPTSD har införts i ICD-11 för att identifiera särskilt komplicerade former och ingår tillsammans med PTSD i gruppen stressrelaterade syndrom. CPTSD kan också vara resultatet av flera samverkande faktorer, till exempel om det finns utvecklingstrauma från barndomen (Michel et al., 2018). Ett begrepp som innefattar möjliga utvecklingstrauman är adverse childhood experiences (ACE). ACE kan vara en faktor som i sig själv eller i kombination med en traumatisk händelse kan bidra till PTSD eller CPTSD. ACE innebär att man innan 18 års ålder har blivit utsatt för eller upplevt en eller flera av följande omständigheter; fysisk misshandel, psykisk misshandel, sexuellt utnyttjande, missbruk inom familjen, separation från vårdnadshavare, psykisk sjukdom inom familjen, våld i hemmet, suicid inom familjen, samt försummelse från vårdnadshavare. ACE är ett vidare begrepp än trauma, och forskningen avseende ACE (Felitti et al., 1998) har uppmärksammat att barn som rapporterat en ACE ofta har eller kommer att rapportera flera ACE framöver, dvs risken att uppleva en ACE ökar risken att uppleva flera. Vidare visar studien att det råder ett starkt dos-responsförhållande mellan ACE och senare negativ utveckling såsom större risk att få problem med alkohol, droger, arbetslöshet, rökning. Utöver det finns det en ökad risk för fetma, diabetes, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, depression, självmordsförsök samt olika riskbeteende och negativ livsstil. Ett exempel på riskbeteende är enligt studien att utsätta sig för sexuella riskbeteenden som används medvetet eller omedvetet då de har en psykologisk nytta som copingstrategier inför stressen av övergrepp, våld i hemmet eller annan familjeproblematik. Forskningen visar att barn som upplevt ACE har en otrygg anknytning, och i vuxen ålder får svårigheter med tillit till andra, relationssvårigheter, negativ självbild, svårigheter att reglera känslor samt riskerar att återupprepa det trauma man själv varit med om. Studien (Felitti et al., 1998) pekar på att flera ackumulerade interpersonella trauman tycks kunna ha större påverkan på individer än enskilda traumatiska händelser. Studien visar också att ju fler ACE desto större risk, till exempel om en person har 4 ACE eller fler visar studien på 10 års förväntad förkortad livslängd. 6 ACE eller fler innebär en 20 år kortare förväntad livslängd jämfört med personer utan ACE i barndomen. Förekomsten av ACE kan undersökas med hjälp av ACE-skattningsformulär.

Det har länge saknats tillräcklig evidens gällande manualbaserad behandling för personer som varit med om traumatiska händelser och som diagnostiserats med PTSD. I Sverige

har Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer (2017) vilka rekommenderar att hälso- och sjukvården i första hand “bör erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom”. Vidare rekommenderas att hälso- och sjukvården “kan erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom” samt att hälso- och sjukvården “kan erbjuda behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom”. Vidare ger Socialstyrelsen fler rekommendationer än de som är “centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv”; för behandling vid posttraumatiskt stressyndrom hos vuxna finns även rekommendationer om följande åtgärder: Basal kroppskännedom som tillägg till annan behandling, förebyggande krisbearbetning (debriefing), korttids-PDT samt IPT.

Traumafokuserad KBT är ett samlingsnamn för olika behandlingsformer. Vanligaste i Sverige för vuxna är prolonged exposure (PE) som är en form av beteendeterapi som enligt Socialstyrelsen nationella riktlinjer är förstahandsvalet vid behandling av PTSD. PE är en manualbaserad metod som innehåller 10 sessioner. Metoden har utvecklats av professor Edna Foa, och har utvärderats i många länder och sammanhang (Resick, Williams & Suvak, 2012). PE har sin grund i exponeringsterapi för ångeststörningar och i emotionell bearbetningsteori. Den teoretiska utgångspunkten är att rädsla representeras i minnet som en kognitiv struktur för att undkomma fara (Bragesjö, 2014). Genom imaginativt och “In Vivo exponering” kan PE korrigera de felaktiga associationerna i rädslostrukturen. Imaginativ exponering kan vara skrämmande och påfrestande, vilket tillsammans med omfattningen av hemuppgifter mellan sessionerna är en av behandlingens nackdelar (Bragesjö, 2014). Terapier som PE och även traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) är välbeforskade och fokuserar i huvudsak på kognitiva aspekter av trauma. Vissa patienter kan återtraumatiseras genom att återbesöka traumatiska upplevelser utan tillräckliga skydd (Rensch, Kwee, Rossen och McDonald, 2021). IKBT-T är en annan form av traumafokuserad KBT-form som kan utföras via internet som det nyligen har gjort en studie kring (Bragesjö et al., 2023). Denna studie visade goda resultat gällande “en kortare form av intervention för personer som nyligen varit med om trauma som våldtäkt, misshandel eller bilolyckor” och hade god effekt i att minska PTSD-symptom både på kort och lång sikt (Bragesjö et. al., 2023)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), har sin utgångspunkt i en modell för hur information bearbetas i hjärnans minnessystem i kombination med bilateral stimulering, vilken oftast sker via ögonrörelser. Ögonrörelser som används inom EMDR tillför värdefulla inslag till traumabehandling genom att kommunikationen mellan olika delar av

hjärnan tycks påverkas positivt samt att ångest minskar medan traumaminnet aktiveras (Bjernhede, 2020). Denna process aktiverar minneskomponenterna från det smärtfyllda minnet och underlättar förmågan att återuppta bearbetningen av minnet. Resultatet blir att minnet kan integreras på ett mer adaptivt sätt. Enligt Lewis, Roberts, Andrew, Starling, och Bisson (2020) finns det flera metaanalyser som gjort en systematisk översikt av olika behandlingsmetoder för PTSD och de drar slutsatsen att det finns ett starkt vetenskapligt stöd för EMDR som behandlingsmetod vid PTSD.

Gällande farmakologisk behandling vid PTSD rekommenderar Socialstyrelsen detta som ett behandlingsalternativ. En studie (Hoskins et al., 2021) visar att det finns evidens för att behandling av patienter med vissa SSRI-preparat har god effekt. Marx och Högberg (2024) menar att det inte finns tillräckligt med evidens för att använda läkemedel som behandling vid PTSD. En översyn av aktuella psykofarmaka för PTSD (Akiki et al., 2018) visar att det finns varierande evidens för denna typ av behandling och att mer forskning behövs. Forskning pågår gällande psykofarmaka med inriktning på de olika mekanismerna i stresssystemet som är förknippade med CPTSD (Akiki & Abdallah, 2018), exempelvis psykedelika som ketamin, psilocybin, mdma etc. där man har sett vissa resultat avseende just att kunna förhålla sig till traumat och våga prata om det.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) kommenterade den internationella NICE-rapporten (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). SBU uppger att NICE-rapporten utvärderar en mängd olika PTSD behandlingsmetoder, samt att målgruppen stämmer väl överens med svenska förhållanden. SBU ser att det finns ett stort behov av behandling för personer med PTSD och att andra insatser behöver utvecklas som är lätta att använda i klinisk verksamhet. Generellt var behandlingseffekten låg men SBU uppger att det finns evidens för traumafokuserad KBT och EMDR vid behandling av PTSD.

Behandlingsmetoder inriktade mot trauma som är mindre kognitivt fokuserade har ännu inte fått samma uppmärksamhet inom forskningen. Lifespan Integration (LI) är en kroppsbaserad psykoterapeutisk metod som utvecklades av Peggy Pace 2002 för patienter med PTSD. Pace sökte en metod som effektivt kunde hjälpa hennes patienter att läka deras barndomstrauman. Hon hittade ett sätt att integrera patienternas dissocierade delpersonligheter till "ett helt själv" (Pace, 2007). Pace var influerad av bland annat anknytningsteori, interpersonell neurobiologi (inklusive neural integration och neuroplasticitet), såväl som

kroppsterapier. Pace skapade LI vilket bygger på antagande att de traumatiska händelserna inte har lyckats lagras som ett episodminne och därmed inte integrerats i patientens kronologiska minne (Pace, 2007). LI syftar till att läka trauma och bygga självstruktur genom att underlätta neural integration med hjälp av en mängd olika behandlingsprotokoll (Thorpe, 2012).

LI används bland annat för att behandla psykologiska trauman, ångeststörningar, anknytningsproblematik och dissociativa symtom. Metoden bygger på att terapeuten aktiverar patientens neurala nätverk som låst fast tidiga trauma (Thorpe, 2012). Detta görs genom att terapeuten använder en specifik typ av tidslinje med minne från klientens liv för att underlätta integrationen. Tidslinjen kan se olika ut utifrån vilket protokoll terapeuten använder. Under varje protokoll leder terapeuten patienten genom patientens tidslinje upprepade gånger. Genom att upprepade gånger och sekventiellt gå igenom dessa minnen upplever klienten en sammanhängande hel berättelse om sitt liv genom att integrera olika sinnestillstånd över tid (Thorpe, 2012). Rörelsen genom tidslinjen sker snabbt för att undvika intensiva känslor som uppstår från dessa minnen, eller återtraumatisering. Hypotesen bakom LI är att det stimulerar hjärnans integrerande kapacitet, vilket möjliggör en bättre anslutning till nuet och integration av det förflutna. Tanken är att detta ska stimulera behandlingen av tid genom hippocampus och låta thalamus behålla den sensoriska kopplingen till nuet (Rejil, Smith, Dubourg och Untas, 2020).

Vad gäller att arbeta med patienter med potentiellt traumatiska händelser och PTSD så berättar patienten vid ett tillfälle om traumat för terapeuten, och därefter använder man nyckelminnen från traumat fram till nutid i en tidslinje. Patienten exponeras vid upprepade tillfällen för minnesserien tillsammans med terapeuten utan att stanna längre stunder vid minnena. Terapeuten ser på så sätt till att patienten hålls inom sitt toleransfönster under uppreparandet, vilket gör att patienten kan integrera svåra händelser i sitt livsförlopp. Tanken är att det ska ge en neural integration samtidigt som patientens trauman integreras, vilket kan bidra till en ökad självstruktur (Pace, 2007). Vid användandet av LI och metoden med tidslinjen med en person som innan den traumatiska händelsen varit stabil och haft en trygg anknytning, kan personen återfå sitt vanliga sätt att fungera efter behandlingen. För de som har en mer komplex problematik behövs LI varvas med "vanliga" uppföljande sessioner, då det trots allt kan vara påfrestande att arbeta med traumat. Resultaten är beständiga och livskvaliteten fortsätter att förbättras över tid efter att den potentiellt traumatiska händelsen integrerats (Pace, 2007).

Det finns relativt få tidigare studier och forskning som gjorts på LI men den forskning som finns pekar på positiva resultat. En studie (Balkus, 2012) studerade effekten av LI genom att fokusera på två traumarelaterade symtom; undvikande och intrång. Symtomen mättes med

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) före och efter behandling. Efter två LI-sessioner kunde man se signifikant minskning av båda symtomen. Studien drog slutsatsen att LI som behandlingsmetod är effektiv för att minska påträngande symptom. En annan studie (Rensch et al., 2021) visar på goda resultat för LI som behandlingsmetod för barn. Studien bygger på en hermeneutisk single-case efficacy studie på ett tolvårigt barn som varit med om flera potentiellt traumatiska händelser från unga år. Nio LI-sessioner genomfördes under en tremånadersperiod, med före-, under- och efter mätningar. Resultatet visade att LI kan vara en effektiv traumabehandling för barn utan återtraumatisering, samt att tidslinjen i LI är en viktig mekanism för att göra den psykologiska förändringen.

En avhandling (Hu, 2014) undersökte effektiviteten av LI-behandling utifrån en patientgrupp som hade kroniska och/eller långvariga problem som var kopplade till tidiga barndomstrauman såsom t.ex. upplevt våld. I studien ingick tre deltagare, dessa behandlades av tre olika erfarna LI-terapeuter. Studien genomfördes som en hermeneutic single case efficacy design, med LI under tre månader inkluderat före- och eftermätningar. Spannet på antal LI-sessioner sträckte sig från 7–11 LI-sessioner. De övergripande resultaten indikerar att var och en av de tre deltagarna upplevde klinisk signifikant förändring utifrån den initiala problematiken.

En svensk studie (Rajan et al., 2022) påvisar goda resultat avseende behandling av personer som upplevt ett sexuellt övergrepp. Studien visar bra resultat gällande minskning av PTSD-symtom efter en session av det man i studien kallade Modified Lifespan Integration (MLI), vilket var en anpassning av Lifespan Integration utifrån att patienterna endast fick *ett* behandlingstillfälle. De använde sig av IES-R för att mäta PTSD-symtom. Efter en session av MLI uppfyllde 72 % inte längre kriterierna för PTSD jämfört med kontrollgruppen (väntelista) där 6 % inte längre uppfyllde kriterierna. Denna studie ligger till grund för författarnas intresse för Lifespan Integration.

WONSA (World Of No Sexual Abuse) är en stiftelse som grundades 2014 och bedriver en specialistklinik för icke-akut vård av sexualbrottsoffer. WONSAS målsättning och syfte är att “motverka och behandla konsekvenser, skador och symptom efter sexuella övergrepp med effektiva behandlingsmetoder”. WONSA har fyra olika behandlingsprogram för personer som blivit utsatta för sexuella övergrepp, och behandlingsprogrammen är uppdelade utifrån svårighetsgrad avseende trauma, antal traumatiska händelser samt trygghet i uppväxt och

stabilitet i livet. NorA och NorA + är deras kortare och mer fokuserade behandlingsprogram, som riktar sig till personer som har haft en relativt trygg och stabil uppväxt med inga eller få Adverse childhood experiences (ACE). Personer som kan ta del av dessa båda behandlingsprogram har varit med om enstaka övergrepp och bör ha ett relativt stabilt liv i övrigt. NorA erbjuder fem fysiska behandlingsbesök och några kortare uppföljande samtal. NorA+ består av sex–tjugo fysiska behandlingsbesök samt uppföljande samtal. WONSA har vidare två flerfasiga behandlingsprogram; LEVA I och LEVA II. Dessa stäcker sig från 6 månader till 5 år och erbjuds patienter som varit utsatta för flera sexuella övergrepp och tidigare trauman i livet. Deras längsta behandlingsprogram passar för de personer som haft svårare trauman under uppväxten och som exempelvis haft en förövare som tillhört den närmaste familjen, trafficking, prostitution osv. Inom WONSA:s behandlingsprogram finns för närvarande ett hundratal patienter i behandling, med ca 1500 potentiella patienter som står i kö efter egenanmälan. Enligt klinikchefen Gita Rajan på WONSA är ca 10% av patienterna inom de olika behandlingsprogrammen diagnosticerade med dissociativ identitetsstörning (DiD), ca 80% är diagnosticerade med CPTSD, och ca 10% har diagnosen PTSD. De patienter som har diagnosen PTSD ska behandlas inom behandlingsprogrammet NorA, och det var den här patientgruppen vi fick tillgång till för vår studie.

WONSA screenar alla potentiella patienter för att bedöma om patienterna anses kunna ta del av behandlingsinsatserna, samt vilket behandlingsprogram de ska till. En första initial bedömning görs av erfarna och licenserade Lifespan Integration-terapeuter. De patienter som ska till LEVA/LEVA + får också träffa en läkare för ytterligare bedömning. Efter det kommer patienterna till ett första bedömningssamtal hos Lifespan Integration-utbildade terapeuter. WONSA använder i detta stadie en kategorisering för sexuella övergrepp enligt följande tre typer: Typ 1 avser övergrepp utan fysisk kontakt, Typ 2 avser övergrepp med fysisk kontakt och Typ 3 avser övergrepp med penetrering. På WONSA arbetar terapeuter som har olika psykoterapeutiska inriktningar och utbildningar, med ett gemensamt krav om minst grundläggande psykoterapeututbildning. Det de har gemensamt är att de alla har genomgått minst grundutbildning (nivå 1 och nivå 2) i Lifespan Integration och använder detta som metod. WONSA erbjuder handledning av Licenserade Lifespan Integration-handledare till alla verksamma terapeuter. De flesta verksamma terapeuter inom WONSA är baserade i Stockholmsområdet, men det finns även LI-terapeuter utspridda i övriga landet. En del arbetar på WONSA:s klinik på Reimersholme, andra arbetar i egen regi. Ett skattningsbatteri infördes

på NorA-mottagningen i januari 2023, för att screena patienterna för förekomsten av ACE, PTSD eller CPTSD genom IES-R och ITQ, samt depressiva symptom genom MADRS.

Båda författarna till uppsatsen har tidigare erfarenhet av att arbeta med traumatiserade patienter som varit utsatta för sexuella övergrepp och har fått ett intresse för en manualbaserad behandling som bättre kan möta patienters behov, och därigenom kommit i kontakt med Lifespan Integration och WONSA.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att bidra till större kunskap om Lifespan Integration (LI). De konkreta frågeställningarna är: Vilket behandlingsutfall har LI på patienter som blivit utsatta för sexuella övergrepp på NorA-mottagningen? Hur ser patientgruppen ut på NorA-mottagningen?

Metod

Vi har genomfört en naturalistisk utfallsstudie, med en före och efter mätning av upplevda symptom för att se vilket utfall behandlingen har för patienterna som genomgått LI på NorA-mottagningen. Deltagarna i studien var patienter som gjort en egenanmälan till WONSA för behandling. Studien genomfördes med godkännande av klinikchefen för NorA-mottagningen och WONSA:s verksamhetschef Gita Rajan. I studiens patientgrupp var inklusionskriteriet *ett eller enstaka sexuella övergrepp i närtid* med en *relativt stabil och trygg uppväxt*. LI som metod har i sig inga exklusionskriterier men för studiens patientgrupp på NorA-mottagningen var exklusionskriteriet CPTSD. Vi fick tillgång till NorA-mottagningens journalsystem och allt material aidentifierades. Data bearbetades och analyserades på WONSA:s server, vilken kräver tvåstegsverifikation. Vi skrev under sekretessavtal gällande att vi fick tillgång till patientjournalerna, och eftersom vi utförde en kvalitetssäkring av kliniken behövdes ingen etisk prövning av studien.

Undersökningsdeltagare

Totalt 69 patienter ingår i patientgruppen på NorA-mottagningen, och av dessa har 28 patienter avslutat sin behandling, och ingår därmed i studiens patientgrupp. Av studiens 28 patienter är det 16 patienter som har genomfört alla pre- och post-mätningar med MADRAS och IES-R skattningsformulär. Övriga 41 patienter stod i kö vid studiens utförande. Innan januari 2023 bedömde varje enskild terapeut vilka skattningar som skulle genomföras, vilket

genererat att 12 patienter som genomgått behandling saknar fulla data avseende skattningsformulären. Av dessa 12 var det 2 patienter som gick till andra behandlingsprogram, och 1 patient avslutade behandlingen i förtid. Vidare var det 3 patienter som gjort pre- men inte post-skattningar, och 6 patienter hade gjort post- men inte pre-skattningar. Studiens patientgrupp innehöll självremitterade patienter som stått i kö för behandling i upp till 9 månader. Utbildningsgrad, socioekonomisk status samt civilstånd framkom inte ur journalen. Vi kunde inte heller på ett systematiskt sätt få en överblick över patienternas tidigare erfarenhet av psykoterapeutisk behandling. En bortfallsanalys visade att dessa 9 patienter i genomsnitt hade fler ACE (2,7,) fler LI-sessioner (5,0) samt fler uppföljande sessioner (8,5) i genomsnitt än övriga i patientgruppen. Vad gällde kön och ålder fanns det inga tydliga skillnader. Av totalt 10 behandlande terapeuter var det sex terapeuter där det fanns bortfall av data. Två av dessa terapeuter stod för drygt hälften av bortfallet (5), och hade i de flesta fall missat att samla in pre-skattningarna.

Datainsamling

Patienterna som ingick i studien skattades med ett batteri av frågeformulär i en pre-skattning innan behandlingen påbörjades, där Montgomery Åsberg Depression Scale (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979), Impact of Event Scale (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) och International trauma Questionnaire (ITQ; Bondjers & Arnberg, 2015) ingick. Post-skattningar skickades ut till patienterna efter avslutad behandling efter 3-6 månader.

IES-R är ett välkänt instrument för att mäta graden av traumatiska stressreaktioner hos individer som har upplevt en akut traumatisk händelse. Det är en reviderad version av den ursprungliga Impact of Event Scale (IES) och utvecklades av Weiss och Marmar (1997). IES-R är inte ett diagnosinstrument men kan ge indikationer på aktuella besvär efter en potentiell traumatisk livshändelse, hur besvärande de är, och kan även mäta förändringar över tid (Michel, 2018). Skalan består av 22 frågor som bedömer olika aspekter av stressreaktioner, såsom återupplevande av händelsen, undvikande av påminnelser och hyperaktivitet. Varje fråga bedöms på en skala från 0 till 4, där högre poäng indikerar ökad grad av påverkan av händelsen. Totalt kan IES-R ge en maximal poäng på 88. Enligt IES-R skattningsmanual ligger cut-off för förmodad PTSD på 33 poäng och över. Vi har dock valt, precis som RCT-studien (Rajan et al., 2022), en cut-off för PTSD vid 34 poäng då detta visat sig ha bra känslighet i större studier av Morina et al. (2013, refererad i Rajan et al. 2022). I vår studie används därför en cut-off vid 34 poäng för PTSD. Validitet och reliabilitet för IES-R har undersökts i flera studier (exempelvis Morina et al., 2013) och har visat sig vara ett pålitligt instrument för att mäta traumatiska

stressreaktioner hos olika populationer, inklusive överlevande efter naturkatastrofer, olyckor och våldsbrott. I denna studie användes IES-R som ett mått för att bedöma graden av traumatiska stressreaktioner hos patienterna efter sexuellt övergrepp.

MADRS är ett vanligt använt instrument för att mäta svårighetsgraden av depressionssymtom hos patienter. Det utvecklades av Montgomery och Åsberg (1979) och består av en skala med 10 frågor som bedömer olika aspekter av depression, såsom nedstämdhet, aptitförändringar, sömnlöshet, koncentrationssvårigheter och suicidalitet. Varje fråga skattas på en skala från 0 till 6, där högre poäng indikerar ökad svårighetsgrad av depressiva symtom. Totalt kan MADRS ge en maximal poäng på 60. Validitet och reliabilitet för MADRS har undersökts i ett flertal studier (exempelvis Nejati et al., 2020) vilka visat att MADRS är ett pålitligt instrument för att mäta depressionssymtom. MADRS har visat en känslighet för förändring och gör att instrumentet är användbart i behandlingsstudier.

ITQ fokuserar på kärnsymtom på PTSD och CPTSD. Det är ett strukturerat intervjuinstrument som utvecklades av Maercker et al. (2013) för att bedöma CPTSD enligt den senaste versionen av PTSD och de diagnostiska kriterierna (DSM-5). ITQ består av 12 frågor som utvärderar symtom i två separata dimensioner: Störande minnen/ återupplevelse och dysfunktionell påverkan. Varje fråga bedöms utifrån frekvens och intensitet av symtomen under den senaste månaden. ITQ är avsett att användas för att bedöma CPTSD hos personer som har upplevt upprepad eller långvarig traumatisk exponering, såsom överlevande av tortyr, långvarigt psykiskt eller fysiskt våld, sexuella övergrepp eller krigsförhållanden. Validitet och reliabilitet för ITQ har undersökts i flera studier, (exempelvis Frewen, Wong, Bailey, Courtois och Laniuset., 2023) och ITQ har visat sig vara ett pålitligt instrument för att diagnostisera och bedöma CPTSD i olika sammanhang. I denna studie ämnades ITQ att användas som ett instrument för att bedöma förekomsten av CPTSD hos patienterna på NorA-mottagningen, då dessa patienter genom screening borde ha bedömts att ingå i ett annat behandlingsprogram.

Databearbetning/ Analys

Ambitionen från NorA-mottagningen är att patienterna skattas med MADRS, IES-R samt ITQ före och efter behandlingen. Vi undersökte behandlingsutfallet med variablerna MADRS och IES-R genom två t-test eftersom vi hade ett relativt litet urval, och t-test var lämpligt då patientgruppen gjort pre- och post-skattningar. T-testen utfördes med programvaran Jamovi (The Jamovi project, 2004). Vi valde dessa variabler eftersom det är de skattningar som görs på NorA-mottagningen, men också för att kunna jämföra med tidigare utförda studier som gjorts på patientgruppen. Antalet patienter som skattat ITQ före och efter

behandling var för få för att genomföra ett t-test (n=3) då det inte fanns någon regelbundenhet gällande när skattningsformulären genomfördes. Detta medförde att någon analys inte kunde genomföras avseende ITQ, vilket innebar att vi inte kunde få lika omfattande svar avseende behandlingsutfallet som planerat. Dock används ITQ endast vid misstanke om CPTSD, en diagnos som inte ska förekomma på NorA-kliniken efter screening. ITQ som skattningsmätt var alltså inte aktuellt att använda i denna studie. Ambitionen var också att utöver detta utföra en deskriptiv analys av andra påverkande faktorer såsom ACE och pågående medicinsk behandling, för att ge en fylligare beskrivning av patientgruppen och behandlingskontexten. Det var dock inte möjligt att undersöka medicinsk behandling och dess eventuella påverkan på behandling då det inte finns någon kontinuitet i journalanteckning avseende medicinering. Inga nya mediciner förskrevs till patientgruppen under behandlingen av WONSA, och få patienter medicinerade sedan tidigare med psykofarmaka. Vi har valt att använda oss av Student's t-test samt Wilcoxon's t-test för att undersöka ifall det finns en signifikant skillnad i behandlingsutfallet. Wilcoxon's t-test användes som komplement för att säkerhetsställa en känslighet för avvikande observationer och icke-normalfördelade data.

Resultat

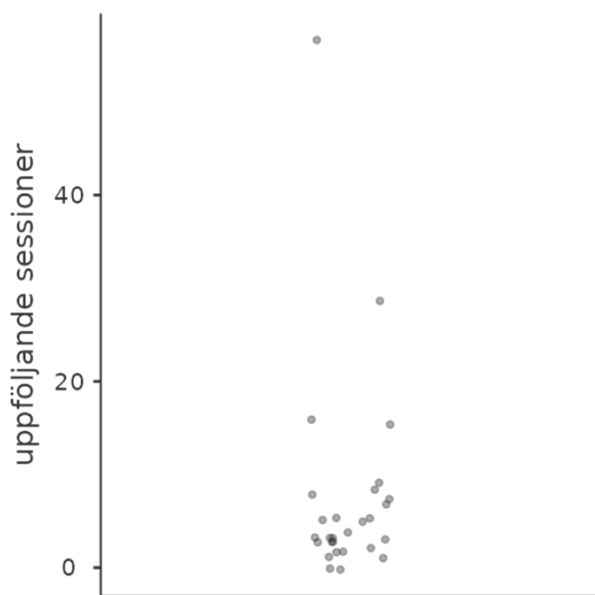
Inledningsvis presenteras det deskriptiva resultat som framkommit vid genomgång av journal och skattningsformulär gällande patientdata och ACE. Resultat presenteras via tabeller samt en kortare analys av materialet. Slutligen presenteras resultaten från de analyser som genomförts av skattningsskalorna IES och MADRAS.

Deskriptiva resultat för patientgruppen

Tabell 1. Deskriptiv data för patientgruppen (n=28)

	M	Md	Sd	Min	Max
Ålder	29,3	29	9,87	14	58
Antal sexuella övergrepp	1,97	1	1,43	1	6
Antal LI	4,20	4	2,10	1	10
Antal uppföljande sessioner	7,32	6	12,2	4	57

Studiens patientgrupp innehöll 24 (85,7%) kvinnor och 4 (14,3%) män. Som visas i Tabell 1 har patientgruppen en ålder med medelvärdet 29,3. Antalet sexuella övergrepp har ett medelvärde på 1,97. Medelvärdet för antal LI-sessioner var 4,20, och medelvärdet för antalet uppföljande sessioner var 7,32. Patientgruppen har en spridning i antalet LI-sessioner mellan min 1 och max 10, med median 4. Spridningen i antalet uppföljandesessioner låg mellan min 4 och max 57, med en median på 6.



Figur 1. Spridning av uppföljande sessioner (n=28)

Som figur 1 visar är antalet uppföljandesessioner, med tidigare nämnd spridning mellan 4–57 sessioner, utspridda i ett kluster med störst förekomst främst mellan 4–15 sessioner. En patient har fått 29 uppföljande sessioner, och en patient har fått 57 uppföljande sessioner.

WONSA:s kategorisering för sexuella övergrepp är följande: Typ 1 avser övergrepp utan fysisk kontakt, Typ 2 avser övergrepp med fysisk kontakt och Typ 3 avser övergrepp med penetrering. 5 patienter (17,8) i patientgruppen har varit med om Typ 2 övergrepp, och 23 patienter (82,1) har varit med om övergrepp som klassas som typ 3. Antal sexuella övergrepp i patientgruppen har vidare en spridning från 1–6 sexuella övergrepp. 9 patienter (31,0%) har varit utsatta för sexuella övergrepp mellan åldern 0–12 år, och 13 patienter (44,8%) har varit utsatta för sexuella övergrepp under 13–17 års åldern. I patientgruppen är det endast 2 (6,8 %) av patienterna som inte har varit utsatta för sexuella övergrepp innan 18 års ålder, men det framkom inte i journalerna exakt ålder. I patientgruppen var det 24 patienter som vid studiens

utförande var över 18 år, och av dessa patienter hade 14 varit med om sexuella övergrepp från 18 års ålder och framåt.

Tabell 2. Patientens relation till förövaren (n=28)

Relation till förövaren	Antal patienter
Bekant till patienten (date, kompis kompis etc.	14
För patienten okänd person	6
Patientens partner	5
Familjemedlem	1
Vän eller klasskamrat	4
Annan nära person (syskons partner, kollega etc)	4
Relation okänd (finns inte registrerat i journal)	9

Tabell 2 visar patienternas relation till förövaren enligt WONSA:s kategorisering, samt att den vanligaste relationen som patienten haft till sin förövare var en bekant. Näst vanligast är en för patienten okänd person, och efter det är det patientens egna partner som är vanligast. Notera dock att det vid 9 övergrepp inte framkommit ur journalerna vilken relation patienten haft till sin förövare, utan det refereras endast till "händelsen" etc. Värt att beakta är att en patient kan ha haft mer än ett övergrepp.

Tabell 3. ACE-typ, förekomst bland patienterna (n=28)

ACE typ	Antal patienter
Utsatt för sexuellt övergrepp	24
Utsatt för fysiskt våld	3
Utsatt för psykiskt våld	3
Försummelse/ neglekt	5
Skilda föräldrar/ separerad från vårdnadshavare	8
Missbruk i hemmet	4
Bevitnat våld i hemmet	6
Suicid	0
Psykisk sjukdom hos vårdnadshavare	3
Antal ACE i genomsnitt per patient	2

Tabell 3 visar att patienterna som ingick i studien har i genomsnitt 2,0 ACE, med en spridning från 0–8 ACE. Två av patienter hade inga ACE innan de blev utsatta för ett/flera sexuella övergrepp i vuxen ålder. Två av patienterna var fortfarande minderåriga vid studiens genomförande. Av patientgruppen har 82,7% (n=24) varit med om sexuella övergrepp i barndomen (under 18 år) och 17,2% (n=5) i vuxen ålder. De tre vanligaste ACE är “själv varit utsatt för sexuellt övergrepp”, “skild/separerade från vårdnadshavare” och “bevitnat våld i hemmet”.

Resultat avseende LI och behandlingsutfallet.

Vi genomförde två t-test för att se om det fanns en signifikant skillnad i patienternas mående efter behandlingen utifrån deras skattning av IES-R samt MADRAS. Antal patienter som hade skattat pre- och post-IES-R och som därmed kunde ingå i t-testet var 16 st. Antal patienter som skattat pre- och post MADRS var också 16 st.

Tabell 4. Paired Samples t-test IES-R (n=16)

			Statistic	df	p	Mean difference	Effect Size
pre IES-R	post IES-R	Student's t	8.37	15.0	< .001	29.5	Cohen's d 2.09
		Wilcoxon W	135		< .001	29.0	

Note. $H_a \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Tabell 5. Deskriptiv data från t-test IES-R (n=16)

	M	Md	SD
pre IES-R	52,60	52,50	20,0
post IES-R	23,10	22,50	17,4

Tabell 5 visar att medelvärdet för pre-IES-R var 52.60, standardavvikelsen 20,00, samt att medelvärdet för post-IES-R var 23,10, standardavvikelsen 17.40. För att utvärdera effekten av behandlingen genomfördes Students t-test och Wilcoxons test på patienternas skattning av IES-R med pre- och post-IES-R. Resultaten från Students t-test enligt tabell 4 visade en signifikant skillnad i patienternas skattning av PTSD-symptom, ($t(15) = 8,37, p < 0,001$), med en effektstorlek inom gruppen utifrån pre och post-IES-R på ($d=2,09$). Likaså visade resultaten från Wilcoxons test en signifikant skillnad ($W = 135, p < 0,001$).

Tabell 6. Cut-off för poäng på IES-R (n= 16)

	0–23 poäng; Inga eller möjligen få symptom relaterade till PTSD	24–33 poäng; PTSD symptom, men ej tillräckligt för att uppnå PTSD.	34–36 poäng; Säker cut-off för trolig PTSD- diagnos	≥ 37 poäng; Trolig PTSD, poäng høgt nog att påverka immunsystemet
Pre IES-R	1	2	0	13
Post IES-R	9	4	1	2

Tabell 6 visar hur behandlingen påverkat patienterna och deras skattning av PTSD-symtom genom pre- och post-IES-R skattning. Före behandlingen låg 81,25% (n=13) av patienterna inom spannet för att kunna diagnosticeras med PTSD. Efter behandlingen låg endast 18,75% (n=3) inom spannet för att kunna diagnosticeras med PTSD, och 81,25% (n=13) hade med hjälp av behandlingen inte längre tillräckligt höga poäng för att kunna diagnosticeras med PTSD.

Tabell 7. Paired Samples t-test MADRS (n=16)

		Statistic	df	p	Mean difference	Effect Size	
pre MADRS	post MADRS	Student's t	4,39	15.0	< .001	7,44	Cohen's d 1,10
		Wilcoxon W	114		0,002	8,00	

Note. $H_a \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Tabell 8. Deskriptiv data från t-test MADRS (n=16)

	M	Md	SD
pre MADRS	17,70	16,00	11,52
post MADRS	10,30	8,50	9,60

Antal patienter som skattat pre- och post-MADRS och som därmed kunde ingå i t-testet var 16 st. Tabell 8 visar att medelvärdet för pre-MADRS var 17,70, och medelvärdet för post-MADRS var 10,30, samt standardavvikelsen för pre-MADRS var 11,52, respektive 9,60 för post-MADRS. För att utvärdera effekten av behandlingen genomfördes Students t-test och Wilcoxons test på patienternas skattning av MADRS med pre- och post-MADRS som parvisa observationer. Resultaten från Students t-test enligt tabell 7 visade en signifikant skillnad i patienternas skattning av mående ($t(15) = 4,39, p < 0.001$), med en effektstorlek inom gruppen utifrån pre och post-MADRS på ($d=1,10$). Likaså visade resultaten från Wilcoxons test en signifikant skillnad ($W = 114, p < 0.002$).

Tabell 9. Cut-off för MADRS (n=16)

	0–12 ingen- lätt depression	13–19 lätt depression	20–34 måttlig depression	≥ 35 svår depression
pre MADRS	7	4	2	3
post MADRS	12	0	4	0

Tabell 9 visar hur behandlingen påverkat patienterna och deras skattning av depressiva symtom genom pre- och post-MADRS skattning. Före behandlingen låg 56,3% (n=9) av patienterna inom spannet för att kunna diagnosticeras med olika grader av depression. Efter behandlingen låg endast 25% (n=4) inom spannet för att kunna diagnosticeras med måttlig depression (ingen av patienterna uppfyller längre kriterierna för svår depression) och 75% (n=13) hade efter behandlingen hamnat i kategorin igen till lätt depression.

Diskussion

Målet och syftet med denna studie var att undersöka Lifespan integration och dess behandlingsutfall på NorA-mottagningen och deras patientgrupp. Våra resultat visar på en tydlig statistisk signifikant skillnad i pre- och post-skattningarna avseende både IES-R och MADRS.

Den stora effektstorleken för IES-R kan tolkas som att LI var verksam i den kliniska kontexten på NorA-mottagningen. Resultatet av LI hade en god effekt på PTSD-symtom och berodde inte på slumpen. Hela 81,25 % av patienterna inom patientgruppen hamnade under cut-off för klinisk PTSD efter LI. Detta kan jämföras med den RCT-studie som gjorts på LI (Rajan et al., 2022) där 82 % av patienterna (de hade en baslinje på M 58,0) låg under cut-off och patienterna hamnade i remission. Vår studie lyckades därmed replikera resultatet från RCT-studien av Rajan et al (2022). RCT-studien hade en stor mellangrupps effekt ($d=2,43$) och ett snävare inklusionskriterie med krav på patienter som varit med om *ett* sexuellt övergrepp. Patienterna från vår studie på NorA-mottagningen hade i genomsnitt 1.97 sexuella övergrepp, detta visar att LI ger bra resultat även i den kliniska verkligheten med avseende på minskning av PTSD-symtom.

Resultatet avseende MADRS indikerar att behandlingen hade en signifikant effekt på patienternas depressiva symtom. 75 % av patienterna i vår studie gick från spannet att kunna diagnosticeras med olika grader av depression till ingen eller mycket lätt depression. Det fanns ingen i patientgruppen som längre uppfyllde kriterier för svår depression efter behandlingen. Viktigt att påpeka att depression inte var patienternas huvuddiagnos, och ingick inte som inklusionskriterie för att få behandling på NorA-mottagningen. Effektstorleken ($d=1,10$) var mindre jämfört med effektstorleken för IES-R, vilket möjligtvis kan förklaras av att det inte är de depressiva symtomen som primärt har behandlats, men LI verkar trots detta kunna minska depressionssymtom hos undersökt patientgrupp.

RCT-studien (Rajan et al., 2022) var en experimentell studie där patienter endast erbjöds en session och patienterna jämfördes sedan med väntelista. Studien av Balkus (2012) påvisade en signifikant minskning av PTSD-symtom hos patienterna ($n=17$) mätt med IES-R efter 2 behandlingstillfällen med LI. Patientgruppen i studien (Balkus, 2012) var inriktad på kvinnor från ett behandlingshem där traumat kunde vara allt från bilolycka till sexuella övergrepp, där de själva valde vilket trauma de ville arbeta med i LI-sessionerna. Den studien hade färre antal LI-sessioner än denna studie, men patienterna i vår studie behandlade sexuella övergrepp, med en komplex och tung problematik avseende ACE. Hu's studie (2014) på kvinnor med tidiga barndomstrauman genomförde LI under 7–11 sessioner under en 3-månadersperiod. Vår studies antal LI-sessioner är jämförbara med andra studier liksom symtomreduktion av PTSD-symtom, vilket bidrar till studiens styrka. Utöver detta kan vår studie bidra till att påvisa att även depressiva symtom kan reduceras med LI.

NorA-mottagningen har som målsättning att erbjuda fem sessioner LI, samt kortare uppföljande sessioner. NorA-mottagningen håller sig i genomsnitt inom det antal LI man planerar för, men antalet uppföljande sessioner blir dock fler än man har tänkt sig. Vi ser när vi granskat journaler på NorA-mottagningen att man är generösa med att även behandla annat än det sexuella övergreppet, och i linje med studien av Rajan et al. (2021) så tror vi att det har att göra med att det är lång väntetid att få komma till vården och få behandling för PTSD. Patientgruppen i vår studie hade en stor spridning avseende uppföljande sessioner, och de få patienter som fått väldigt många uppföljande sessioner hade inte fler ACE eller svårare sexuella övergrepp än övriga patienter. Medianen ($Md=6$) gav en mer representativ bild av antalet uppföljande sessioner och vi misstänker att det finns andra bakomliggande faktorer till att patienterna i dessa få fall fått så många fler uppföljande sessioner. NorA-mottagningens

utmaning är att endast behandla sexuella övergrepp och att lämna övriga symptom och trauman till den ordinära vården. Enligt Rajan et al (2021) tar det lång tid innan patienterna får behandling via ordinarie vårdvägar, och vi funderar om det kan vara så att patienterna kommer med ett stort behov av att få hjälp med sina problem, vilket möjligtvis gör det svårt för terapeuterna att avgränsa behandlingen till att enbart behandla det sexuella övergreppet med LI. Vi vet från tidigare studier att sexuella övergrepp påverkar patienters liv i flera dimensioner, vilket kan göra det svårt att särskilja trauma kopplat till sexuella övergrepp från andra trauman och symptom. Möjligen har också denna patientgrupp ett större behov av att känna tillit till terapeuten, metoden, samt en längre initial process av att knyta an. Viktigt att komma ihåg att LI är en behandlingsmetod, och att terapeuterna i grunden har sin ordinarie inriktning och sätt att arbeta på, vilket också stämmer överens med den kliniska verksamhetsmiljön i övrigt.

Gällande patientgruppen och förekomsten av ACE så är patientgruppen tungt belastad, vilket förvånade oss något då Nora-mottagningens inklusionskriterier är enstaka sexuella övergrepp och *en relativt stabil och trygg uppväxt*. Tidigare studier (Felitti et al, 1998) visar att ACE leder till en skörhet, och risken att hamna i riskfyllda situationer senare i livet är stor. Vår patientgrupp återspeglar detta, då 26 patienter varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen, och 14 av dessa har senare blivit utsatta för sexuella övergrepp i vuxen ålder. I enlighet med teorin om ACE och att tidiga barndomstrauman kan ackumuleras till omfattande problematik och PTSD i vuxen ålder upplever vi att patientgruppen bekräftar just detta. Teorin om ACE förutspår att dessa barndomsupplevelser ger svårigheter i tillit till andra och att nära relationer blir ett problematiskt område som vuxen. Vi hade inga strukturerade uppgifter om patienternas civilstånd, vilket hade varit värdefullt att få titta på då forskning visar att relationella svårigheter är vanligt efter barndomstrauma. Vi såg dock i granskning av journaler att de allra flesta patienterna kämpar med relationella problem, att de har svårt att lita på andra och att släppa andra nära. Det blir tydligt för oss att ACE är en tydlig markör även för det kommande vuxenlivet, och vi får tankar om att patienterna egentligen borde ha kunnat fångas upp tidigare av vården, för att förhindra potentiellt lidande. Rajan et al (2021) beskriver just detta hur patienterna sökt somatisk vård långt tidigare innan de berättat om sexuella övergrepp, och att risken att gå obehandlad ökar komplexiteten och symptombilden. Vi får tankar om att primärvård och exempelvis första linjens psykiatri borde ta ACE på större allvar och att insatser kopplade till relationell problematik bör erbjudas dessa patienter tidigt. Eventuellt är ACE underrapporterat i patientgruppen, även om vi har studerat patienternas journaler. Behandlarna har använt olika formulär, varav vissa varit ofullständiga, samt möjligen inte använt formulär

alls då vissa patienter saknar dokumentation avseende ACE. Därmed ser vi en utmaning för NorA-mottagningen att på ett strukturerat sätt använda skattningsformulär avseende ACE, samt att använda hela skattningsbatteriet för alla patienter för framtida forskning. Den initiala bedömningen av patienter till NorA-mottagningen verkar ha varit välgjord då inga eller möjligen någon patient med CPTSD har upptäckts i behandlingsgruppen, och alla patienter utom två har kunnat behandlas inom NorA-mottagningen.

Utifrån vårt deskriptiva material av patientgruppen ser vi att det är klart fler kvinnor än män, vilket är i linje med tidigare studier om sexuella övergrepp (Rajan et al., 2021) och Brås statistik från 2023. Gällande ålder är vår patientgrupp representativ för personer som utsatts för sexuella övergrepp, det återspeglas i statistiken från BRÅ (2023) och även RCT-studien (Rajan et al., 2022) reflekterar vår studies medelålder och åldersspann. Avseende typ av sexuella övergrepp så har patientgruppen i denna studie procentuellt en ganska lik spridning som Rajan et al. (2021) vilket bidrar till studiens generaliserbarhet. Deras sample är dock avsevärt större, och de har också någon patient som utsatts för typ-1 övergrepp. Gällande förövare som utsatt patienterna så finns det en skillnad, i studien av Rajan et al (2021) så är en majoritet av förövarna en förälder eller annan nära släkting. I vår studie är det endast en av patienterna som har utsatts av en nära släkting, majoriteten har blivit utsatt av en bekant. I vår patientgrupp så är det dock 9 övergrepp där förövaren inte har definierats (svårt att utläsa ur journal, benämns som ”händelsen”). Sammantaget kan vi konstatera att patientgruppen i vår studie är lik andra studiers patientgrupp avseende kön, ålder och typ av sexuella övergrepp vilket bidrar till studiens validitet. Vi har funderat över svårigheten med att mäta sexuella övergrepp i antal, då det är omöjligt att värdera sexuella övergrepp mot varandra. Orsaken till att vi väljer att redovisa antalet övergrepp är att kunna jämföra med andra studier och dess patientgrupp.

En begränsning i denna studie är relaterat till vårt sample, delvis förklarar av att det finns ett bortfall avseende icke komplett ifyllda skattningsformulär. Vår bortfallsanalys pekar på att det möjligen beror på att vissa av terapeuterna kanske inte hade fått till en bra rutin med att använda skattningsformulären. Det kan möjligen även spela in att patienterna är något tyngre belastade avseende ACE. En annan begränsning är att vi enbart har förlitat oss på befintliga journaldata och skattningsformulär som andra har journalfört, vilket kan innebära möjlig reliabilitetsbias då vi har tolkat journalerna för att koda ACE, detta har dock gjorts av författarna tillsammans. Vidare är de uppföljande sessioner som ingått för patienterna som komplement till LI varierande, vilket gör det svårt att bedöma om det är LI som varit den avgörande förändringsfaktorn för patienterna, och den interna validiteten kan ha påverkats av detta.

Uppföljande sessioner är dock en del av LI-metoden, och förväntas förekomma som inslag mellan LI-sessioner, detta för att fånga upp hur det varit för patienten att bearbeta trauma, följa upp mående och planera vidare LI-sessioner utifrån var patienten befinner sig. En rivaliserande hypotes till att LI är den verksamma faktorn skulle kunna vara att de behandlande terapeuterna varierar i sin förmåga, utbildningsgrad, tidigare erfarenhet av patientgruppen, empatisk förmåga etc. Patienterna i studien är självremitterade till mottagningen och möjligen mer motiverade till behandling än i andra kliniska kontexter, varpå det skulle kunna handla om urvalsbias, men vi ser när vi jämför med andra studier att populationen ändå är representativ. Ett hot mot den interna validiteten skulle kunna vara att det finns en variation i utbildningsgrad hos behandlarna som genomför LI-behandlingen. Det som talar för validiteten är att vi använt oss av erkända och valida skattningsinstrument. Patientgruppen kan möjligen tänkas vara mer motiverad till behandling då de har sökt sig till en specialistklinik genom egen remittering, vilket möjligen kan ha haft en påverkan på behandlingsutfallet.

Förslag på framtida forskning; Då det finns relativt få studier och forskning gällande LI ser vi ett stort behov av vidare studier på ämnet. Det vore intressant att vidare studera WONSA:s alla behandlingsprogram, där det även ingår patienter med fler ACE, fler sexuella övergrepp och CPTSD samt DiD, och att då inkludera ITQ som skattningsmått. Vidare skulle det vara intressant att titta på andra typer av patientgrupper med andra typer av trauman, och se hur behandlingsutfallet av LI påverkas. Till exempel vore fler RCT-studier intressant på patientgrupper med singeltrauma som plötslig död, bilolycka etc. Vi föreslår även en replikation av RCT-studien av Rajan et al. (2022) med en session MLI för enstaka sexuellt övergrepp av en annan forskargrupp, för en oberoende replikation.

Vi ser på LI efter att ha utfört denna studie som ett skonsamt och kostnadseffektivt sätt att behandla trauma och PTSD som följd av sexuella övergrepp. Med relativt få sessioner kan patienter med PTSD behandlas och deras symptom kraftigt minskas, utan att patienterna behöver exponeras för traumaminnen under längre stunder som exempelvis vid behandling med prolonged exposure. Socialstyrelsen hänvisar till KBT och EMDR men vi tänker som SBU (2019) att nya behandlingsmetoder för patienter med PTSD bör lyftas fram, då det inte finns så mycket evidens i forskningen rörande behandling av PTSD. Vi anser att LI bör rekommenderas som alternativ vid behandling av trauma och PTSD, och att LI bör kunna erbjudas till patienter på vårdcentraler, ungdomsmottagningar, unga vuxna mottagningar etc.

Referenser

- Akiki, T. J., & Abdallah, C. G. (2018). *Are There Effective Psychopharmacologic Treatments for PTSD?* *The Journal of clinical psychiatry*, 80(3), 18ac12473. <https://doi.org/10.4088/JCP.18ac12473>
- Balkus, B. (2012). *Lifespan Integration effectiveness in traumatized women*. (Unpublished doctoral dissertation). Northwest University, Kirkland, WA.
- Bjernhede, B.-M. (2020). *Ögonrörelsernas betydelse för traumabehandling med eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)* [Litteraturöversikt,Handledarutbildning i psykoterapi]. Göteborgs universitet.
- Bondjers, K., & Arnberg, F. K. (2015). *International Trauma Questionnaire (ITQ) Swedish version*. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala Universitet. www.katastrofpsykiatri.uu.se
- Bragesjö, M. (2014). *Prolonged exposure- en effektiv metod vid PTSD och samsjuklighet*. *Psykologtidningen* nr 9.
- Bragesjö, M., Arnberg, F. K., Olofsdotter Lauri, K., Aspvall, K., Särholm, J., Andersson, E. (2023). *Condensed Internet-delivered prolonged exposure provided soon after trauma: a randomized trial*. *Psychological Medicine*, 53(5):1989-1998. [doi:10.1017/S0033291721003706](https://doi.org/10.1017/S0033291721003706)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Frewen, P., Wong, S., Bailey, T., Courtois, C., & Lanius, R. (2023). *As simple as possible, but not simpler: Revisiting the International Trauma Questionnaire (ITQ) complex PTSD items omitted in the shortened version*. *Child Abuse & Neglect*, 141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106207>

- Hoskins, M. D., Bridges, J., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J. F. G., Slater, A., Lee, M. R. D., Clarke, L., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2021). *Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches*. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1802920. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
- Hu, M. (2014). *Lifespan Integration Efficacy: A mixed methods multiple case study*. Opublicerad doktorsavhandling, Trinity Western University.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Koenen, K. C. (2017). *Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys*. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Krug, EG., Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, AB., Lozano, R. (2002). *World Health Organization. World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). *Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis*. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A. (2001b). *Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, del 2: Assessment*. *Directions in Psychiatry* , 21(26), 395-415.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11*. *Lancet* (London, England), 381(9878), 1683–1685. [https://doi-org.ezp.sub.su.se/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi-org.ezp.sub.su.se/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)

- Maniglio, R. (2009). *The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews*. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Marx, A., Högberg, G. (mars 2024). *Evidens för långtidsbehandling med antidepressiva saknas*. Hämtad den 5 april 2024 från <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2023/05/evidens-for-langtidsbehandling-med-antidepressiva-saknas/>
- Michel, P-O., Lundin, T., Bergh Johannesson, K., Nilsson, D., Arnberg, F. (2018). *Psykotraumatologi*. Lund, Studentlitteratur (3rd ed).
- Montgomery, S., Åsberg, M. (1979). *A new depression scale designed to be sensitive to change*. *British Journal of Psychiatry*; 134: 382-9.
- Morina, N., Ehring, T., & Priebe, S. (2013). *Diagnostic utility of the impact of event scale-revised in two samples of survivors of war*. *PloS one*, 8(12), e83916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083916>
- Nejati, S., Ariai, N., Björkelund, C., Skoglund, I., Petersson, E. L., Augustsson, P., Hange, D., & Svenningsson, I. (2020). *Correspondence Between the Neuropsychiatric Interview M.I.N.I. and the BDI-II and MADRS-S Self-Rating Instruments as Diagnostic Tools in Primary Care Patients with Depression*. *International journal of general medicine*, 13, 177–183. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S243150>
- Pace, P. (2007). *Lifespan integration: Connecting ego states through time (4th ed.)* Snoqualmie: Eirene Imprint
- Rajan, G., Syding, S., Ljunggren, G., Wändell, P., Wahlström, L., Philips, B., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2021). *Health care consumption and psychiatric diagnoses among adolescent girls 1 and 2 years after a first-time registered child sexual abuse experience: a cohort study in the Stockholm Region*. *European child & adolescent psychiatry*, 30(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01670-w>
- Rajan, G., Wachtler, C., Lee, S., Wändell, P., Philips, B., Wahlström, L., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2022). *A One-Session Treatment of PTSD After Single Sexual Assault Trauma. A Pilot Study of the WONSA MLI Project: A Randomized Controlled Trial*.

- Journal of interpersonal violence, 37(9-10), NP6582–NP6603.
<https://doi.org/10.1177/0886260520965973>
- Rajan, G., Wahlström, L., Philips, B., Wändell, P., Wachtler, C., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2021). *Delayed healthcare access among victims of sexual abuse, understood through internal and external gatekeeping mechanisms*. *Nordic journal of psychiatry*, 75(5), 370–377. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1868573>
- Rejila, S., Smith, J., Dubourg, M., Untas, A. (2020). *Psychotherapy through lifespan integration: How do therapists describe the feeling of integration?* *European Journal of Trauma & Dissociation*. EJTD-100162.
- Rensch, C., Kwee, J., Rossen, L., & McDonald, M. (2021). *Lifespan Integration Therapy with Trauma-Exposed Children: a Hermeneutic Single Case Efficacy Study*. *Journal of child & adolescent trauma*, 14(3), 401–413. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00359-9>
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). *Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(2), 201–210. <https://doi.org/10.1037/a0026602>
- SBU (2019). *Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna*. publicerad 2019-12-12
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer*. [2021-4-7339.pdf (socialstyrelsen.se)]
- Stiftelsen Allmänna Barnhus (2023). *Våld mot barn 2022 – en nationell kartläggning*.
- The jamovi project (2024). jamovi. (Version 2.5) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Thorpe, C. (2012). *The success and strategies of lifespan integration: An overview and client stories*. TimeLine Press, LLC.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale—Revised*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). The Guilford Press.

Young-Wolff, K. C., Sarovar, V., Klebaner, D., Chi, F., McCaw, B. (2018). *Changes in Psychiatric and Medical Conditions and Health Care Utilization Following a Diagnosis of Sexual Assault, A Retrospective Cohort Study. Medical care. 56(8), 649–657.*
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000930>

Öberg, M., Lucas, S., Heimer, G. (2010). *Antologi-sju perspektiv på våldtäkt. Brottet som urholkar hälsan. Sexuella övergrepp som orsak till fysiskt och psykiskt lidande. Utdrag ur NCK-rapport 2010:02 / ISSN 1654-7195*