



UPPSALA
UNIVERSITET

Behandlares erfarenheter av arbete med traumafokuserad psykoterapi via nätet under coronapandemin

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Rapport nr: 2023:1
ISBN: 978-91-639-9557-6

Rapporter från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri finns att hämta och beställa på webben: <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/>

Citera rapporten som:
Johannesson, K.B., Hensler, I., Sveen, J. & Arnberg, FK (2023).
Behandlares erfarenheter av arbete med traumafokuserad psykoterapi via nätet under coronapandemin. Rapport nr 2023:1.
Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet: Uppsala, Sverige. www.katastrofpsykiatri.uu.se

Förord

Under coronapandemin ställdes det svenska samhället snabbt inför stora omställningar. För att minska risken för smittspridning rörde vi oss mindre bland andra i samhället och vi övervägde noga riskerna med att exponeras för andra mot syftet med den aktuella resan. Konsekvenserna av detta blev att många lade om sina vanor: beställde mat hem till dörren, umgicks digitalt, jobbade hemifrån.

En annan förändring vi såg var att vårdbesöken minskade påtagligt, dels på grund av förändringar i vården, dels förändrades patienters sätt och benägenhet att söka vård. Till följd av dessa förändringar kom den psykiatriska öppenvården att ge vård via videomöten i den mån det var möjligt. Patienter med psykiska besvär som sökte hjälp eller gick i behandling fick nu möta behandlaren via en skärm istället för i ett terapirum på en mottagning.

Vår kunskap om att ge denna typ av vård via videolänk är begränsad. Det gäller även traumarelaterade terapier, som syftar till att behandla psykiska trauman. Ett psykiskt trauma vara ett kraftigt begränsande och mycket plågsamt tillstånd, så behandling är påkallat. Men vi var många som undrade hur det skulle gå att ge dessa behandlingar via videomöte, eftersom de emellanåt är emotionellt intensiva.

Det är dock viktigt att inte låta förutfattade meningar stå i vägen för utforskandet av alternativa sätt att ge dessa behandlingar. Denna rapport har därför undersökt hur terapeuter i Sverige faktiskt upplevde traumabehandling via videolänk. Flera av centrets medarbetare har medverkat till rapporten och arbetet har letts av Kerstin Bergh Johannesson, som har mångårig erfarenhet av traumaterapi.

Rapporten är en pusselbit i arbetet att lära av erfarenheterna av att ge traumabehandling på distans. Den riktar sig till personal som planerar eller utför vård till personer med psykiska besvär, särskilt psykiskt trauma. Flera terapeuter som deltog i denna undersökning blev positivt överraskade av hur väl behandlingen har kunnat fungera över video, och jag hoppas att det kan bli så också för en och annan läsare.

Uppsala, december 2023



Filip Arnberg

Programdirektör

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

Institutionen för medicinska vetenskaper

Uppsala universitet

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	6
Sessioner via nätet.....	7
Metod	9
Design.....	9
Deltagare och tillvägagångssätt.....	9
Mätmetoder	9
Dataanalys	10
Resultat.....	11
Deltagare	11
Psykoterapiarbete under pandemin	12
Terapeuternas erfarenheter av behandling på distans jämfört med sedvanlig behandling.....	15
Diskussion	18
Begränsningar.....	20
Slutsatser	21
Referenser.....	22

Sammanfattning

Det finns en brist på vetenskapliga studier om användbarhet, effektivitet och begränsningar av traumarelaterad psykisk ohälsa via nätet genom direktbehandling, synkroniserad kontakt mellan behandlare och patienter. Syftet med föreliggande undersökning var att kartlägga svenska terapeuters erfarenheter av att tillämpa traumafokuserad psykoterapi via nätet (exempelvis video- eller telefonsamtal) under en period då möjligheten att träffa patienter på mottagningarna var starkt begränsad på grund av pandemin.

Svenska traumaterapeuter inbjöds via sociala media att delta i en web-baserad studie om sina erfarenheter att arbeta med traumafokuserad behandling via nätet under pandemin. Enkäten besvarades av 51 terapeuter. Av de svarande var 92 % utbildade i Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-terapi) och 29 % utbildade i Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT). Många fortsatte att arbeta med fysisk närvaro i sina mottagningsrum under pandemin. Mer än tre fjärdedelar rapporterade att de hade tillämpat traumabearbetning via nätet på ett framgångsrikt sätt. I genomsnitt hade man tillämpat detta på 40 % av klienterna. Merparten angav att man arbetat traumabearbetande, inte enbart stabiliserande, när man tillämpad digital kontakt. Det vanligaste hindret för behandling via nätet var att patienten inte velat medverka på detta sätt, att det bedömts för riskfyllt för patienten eller att teknisk utrustning saknats hos patienten. Knappt 40 % bedömde att terapeutisk allians, följsamhet, risk för komplikationer och utfall var jämförbart med behandling i rummet.

Ett flertal av de svarande rapporterade att de, trots brist på tidigare erfarenhet, blivit positivt överraskade av hur väl digital behandling kunnat fungera. Dock framkom också problem som man ansåg behöver beaktas. Traumafokuserad behandling via nätet bedömdes vara för utmanande för patienter med stora behov av stabilisering, trygghetsskapande åtgärder och bekräftelse i form av fysisk närvaro av terapeuten.

Inledning

Traumarelaterad psykisk ohälsa är vanligt förekommande och kan ta sig många olika uttryck. Den mest uppmärksammade psykiatriska konsekvensen av en traumatisk upplevelse är diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Svåra livshändelser kan också ligga bakom andra diagnoser såsom depression, olika ångesttillstånd, smärt- och beroendeproblematik och beteendestörningar. Exempel på symtom som kan vara plågsamma är återupplevande av händelsen i smärtande minnesbilder, mardrömmar, ångest, koncentrations-svårigheter och sömnstörningar, förutom lättskrämthet och negativ påverkan på minnesfunktionerna. Vid komplex PTSD finns också genomgripande svårigheter att hantera impulser och starka känslor, nedstämdhet och nedsatt självkänsla samt stora svårigheter i relationer med andra människor (Monaghesh & Hajizadeh, 2020).

Internationellt rekommenderade behandlingsmetoder för PTSD är framförallt *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR-terapi) och olika former av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT), exempelvis *Prolonged Exposure* (PE) eller *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Bisson and Olf 2021; International Society of Traumatic Stress Studies 2018; National Institute for Health and Care Excellence 2018; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2019). Vanligtvis träffas patient och behandlare i dessa behandlingar en gång i veckan och under sessionerna bearbetar patienten minnen av händelsen.

Distansinterventioner, telemedicin och e-hälsa har utvecklats starkt under senare år. De kan omfatta både självhjälpsappar eller självstudier med vägledning av en terapeut, så kallade *asynkrona format* – dvs. att patienten och terapeuten inte arbetar med behandlingen samtidigt. Direkt kontakt med terapeut via videolänk, telefon eller chatt, så kallade *synkrona format* (Kuhn and Owen 2020), är ett annat alternativ. De flesta studier som har publicerats avseende behandling av PTSD via internet avser asynkrona interventioner, framförallt sådana där patienten självständigt arbetar sig igenom interventionens innehåll som finns på en webbsida men med återkoppling och stöd av en terapeut (Kuester et al. 2016). Studierna tyder på att behandling via nätet i synkrona format kan ge liknande resultat som terapi bedriven med fysisk närvaro (Stefanopoulou et al. 2019) och att det är möjligt att etablera stabil och god arbetsallians som är en viktig faktor i det psykoterapeutiska arbetet (Knaevelsrud and Maercker 2006; Simpson and Reid 2014).

Sessioner via nätet

Direktbehandling via nätet där behandlare och patient har synkroniserad kontakt har fördelen att behandlingen är lätt nåbar och oberoende av var terapeuten och patienten befinner sig, men metoden är inte lika studerad. För vissa personer som lider av psykisk ohälsa kan långa avstånd till mottagningen vara ett hinder att söka hjälp, vilket kan övervinnas genom möjlighet till behandling via nätet. För andra kan möjligheten att få hjälp via nätet utan att visa sig på en mottagning vara av betydelse, särskilt för personer inom en del professioner som kan ha behov av att vara anonyma utåt. Under pandemin kunde man få tillgång till professionell hjälp samtidigt som man hade skyddet av att kunna stanna hemma och inte utsättas för smitta i kollektivtrafiken eller i väntrum. Befann sig någon av parterna i karantän kunde behandlingen ändå fortsätta.

Farhågor finns dock med terapi via nätet. Exempelvis kan vissa patienter ha svårt att hitta en lugn och fredad plats i sitt hem för behandlingen. Tekniken kan fallera, och det kan vara oklart hur terapeuten agerar om allvarliga komplikationer eller krissituationer uppstår under behandlingssessionen. Terapeuten kan därför behöva sätta av speciell tid för att förbereda klienten och gå igenom rutiner som kan öka tryggheten inför en digital session. En farhåga som funnits för behandling via nätet är oro för lägre grad av terapiallians (Simpson and Reid 2014).

Den metod för synkron behandling på distans som har använts och studerats mest är digital behandling där båda parter ser varandra genom videolösningar som exempelvis Skype, Zoom, Teams, WhatsApp och Facetime på dator eller mobiltelefon. Röstsamtal och chattar är andra modeller för digital behandling via internet. En metastudie (Fernandez et al. 2021) visade att videobehandling tycktes ha jämförbara behandlingsutfall som psykoterapi i rummet och att problematik såsom ångest, depression och PTSD kunde vara extra lämpade för behandling via nätet. PE och CPT, två metoder inom TF-KBT, tycktes kunna vara jämförbara i effektivitet när de gavs via nätet (Fernandez et al. 2021; Rosen et al. 2020; Spence et al. 2014), men andra studier har funnit resultaten mer tveksamma (Kuester et al. 2016; Lewis et al. 2021). En studie från Österrike (Probst et al. 2021) fann att uppskattningen av terapeutiska interventioner var högre vid behandling på plats jämfört med behandling via nätet.

Få studier har gjorts av direktbehandling via nätet med EMDR-terapi (Lenferink et al. 2020), även om det finns omfattande kliniska erfarenheter. En tysk studie visade att EMDR skulle kunna fungera bra genom digital behandling och att det ledde till goda behandlingsresultat (Mischler et al. 2021). Studien var dock begränsad och hade ingen jämförelsegrupp. En mindre brittisk studie visade också att direktförmedlad EMDR via nätet under pandemin var effektiv för olika typer av psykiska störningar, inklusive PTSD (McGowan et al. 2021). I en annan studie, med 38 deltagare som

uppfyllde kriterier för akut stresstörning, jämfördes EMDR med KBT via internet. Båda grupperna fick sju behandlingssessioner och följdes upp efter en månad. Resultatet pekade på att båda behandlingsbetingelserna var lika effektiva. Symtom på ångest minskade med 30 % och symtom på trauma och depression minskade med 55 % (Perri et al. 2021).

Det är oklart om terapi via nätet kan vara användbart när patienter har allvarligare svårighetsgrad av symtom (Bitencourt Machado et al. 2016). En pilotstudie med sex patienter med allvarlig eller komplex PTSD som fick intensivbehandling under fyra dagar med en kombination av PE och EMDR tydde dock på att behandlingen kunde genomföras framgångsrikt och utan att några komplikationer framkom (Bongaerts et al. 2021).

Till stor del saknas dock fortfarande forskningsstöd och kunskap avseende erfarenheter, risker och begränsningar med direkt psykoteraapeutiskt arbete för psykiskt trauma på distans (Lewis et al. 2021). Flertalet av de studier som finns täcker en blandad grupp av interventioner. Många verksamma kliniker har samtidigt under pandemin behövt tillämpa behandling på distans för att tillmötesgå patienternas behov av vård. Ett kliniskt antagande kan vara att samma förutsättningar gäller för terapi i rummet som för terapi via nätet, med det undantaget att möjligheten till ingripande är mer begränsat via nätet genom avsaknad av direkt fysisk kontakt.

Syftet med föreliggande undersökning var att kartlägga svenska terapeuters erfarenheter att tillämpa traumafokuserad psykotераpi via nätet för behandling av traumarelaterad psykisk ohälsa under en period då möjligheten att träffa patienter på mottagningarna var starkt begränsad på grund av coronapandemin. I speciellt fokus var frågor om förekomst av digital behandling, samt behandlares bedömning av terapiallians, följsamhet, komplikationer och behandlingsutfall vid digital behandling jämfört med behandling på plats. Karaktären av studien var utforskande och hypotesgenererande, framförallt avseende förekomst och erfarenhet av behandling via nätet.

Metod

Design

Studien var en tvärsnittsstudie med frivilligt deltagande. Den bestod av en webbenkät distribuerad via REDCap där data samlades in under oktober 2020 - maj 2021 för att kartlägga förekomst och erfarenheter av att bedriva traumafokuserad psykoterapi under coronapandemin. Etiskt tillstånd söktes vid Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2020-03527), men bedömdes inte behövas för denna typ av studie eftersom projektet inte innebar någon behandling av känsliga personuppgifter.

Deltagare och tillvägagångssätt

Målgruppen var i Sverige verksamma legitimerade psykologer, psykoterapeuter och psykiatriker samt andra behandlare med utbildning i traumafokuserade behandlingsmetoder. Rekrytering av deltagare skedde genom annonser på sociala medier, exempelvis via Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri Facebooksida, Facebookgruppen "Psykologer som arbetar med trauma" och Facebookgruppen "EMDR Sverige" samt i olika professionella grupper. Annonseringen gjordes i oktober 2020 och i januari 2021. Genom att klicka på annonsen länkades deltagare till en webbsida vid Uppsala universitet med skriftlig information om vad medverkan i studien innebar och om deltagares rättigheter om de valde att delta. Efter att deltagarna lämnat samtycke skickades en länk till webbenkäten.

Mätmetoder

Enkäten innehöll en inledande del med sociodemografiska frågor (kön, ålder, yrkesstatus), och frågor om utbildning i traumafokuserade behandlingsmetoder samt yrkesmässiga erfarenheter av att arbeta med patienter under coronapandemin. Frågorna var konstruerade specifikt för denna studie. Frågorna handlade om förekomst av att arbeta på plats eller via nätet under pandemin, möjliga hinder och svårigheter med att arbeta via nätet, samt egen bedömning av effektiviteten jämfört med att träffa patienten fysiskt på plats. Svarsalternativen var fasta men med möjlighet att komplettera med fritextsvar.

Frågor som särskilt belystes var:

- Behandlares inställning till att genomföra direktbehandling via nätet
- Hinder för behandlare att erbjuda behandling via nätet
- Behandlares uppfattning av möjlig påverkan på den terapeutiska alliansen

- Behandlare bedömning av klienters följsamhet vid behandling via nätet
- Behandlare bedömning av komplikationer vid behandling via nätet
- Behandlare bedömning av behandlingsutfall jämfört erfarenheter av behandling i rummet

Svarsalternativen för dessa frågor utgjordes av en femgradig skala från ”Mycket sämre” till ”Mycket bättre”.

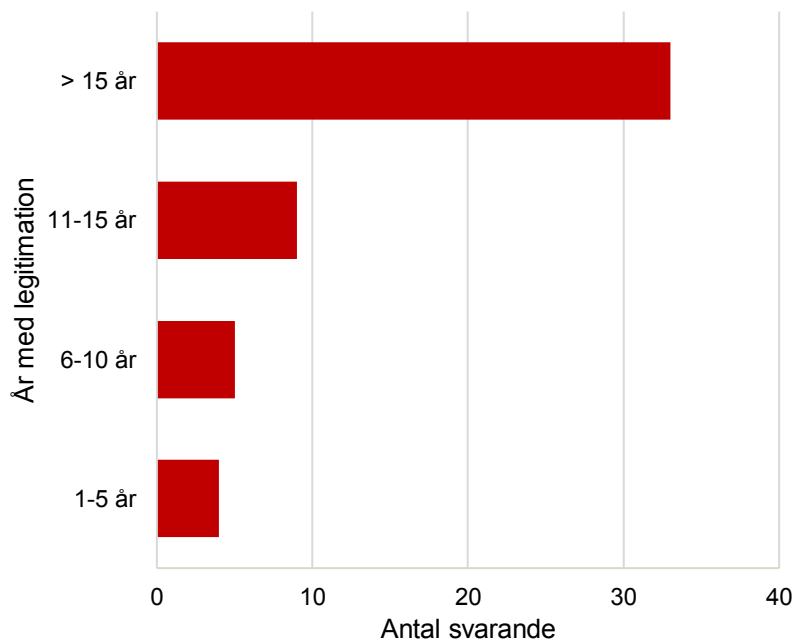
Dataanalys

Data hanterades och förvarades digitalt på en säker databas vid Uppsala universitet via datahanteringsmjukvaran REDCap. Enbart forskare som ingick i gruppen hade tillgång till data. Deskriptiva data redovisas med tillämpliga mått för medelvärde, spridning och proportioner. Fritextsvaren sammanställdes utan djupare analys och har använts som komplement till de svarandes skattningar. Citat från fritextsvaren har valts ut för att exemplifiera svaren.

Resultat

Deltagare

Till studien inkom 75 samtycken och av dessa erhöles e-postadresser till 70 personer för utskick av själva enkäten. Från dessa utskick besvarade 51 personer enkäten, se Tabell 1. Medelåldern var 58 år ($SD = 11,1$). Av de svarande var 84 % ($n = 43$) kvinnor, 57 % ($n = 29$) var legitimerade psykologer och 73 % ($n = 37$) var legitimerade psykoterapeuter. En person var legitimerad läkare och en person uppgav annat grundyrke. Ingen saknade legitimation. Nästan två tredjedelar av de svarande hade varit legitimerade mer än 15 år, se Figur 1.



Figur 1. Fördelning över år med yrkeslegitimation hos de svarande

Merparten var privatpraktiserande men 41 % angav även en anställning inom psykiatrin. Enbart två personer arbetade inom primärvården. Hälften av de svarande hade mer än 15 års erfarenhet av att arbeta med psykiskt traumatiserade personer. Av de svarande var en majoritet utbildade i EMDR och av dessa var drygt hälften också certifierade EMDR-terapeuter¹. I genomsnitt hade man varit utbildad i EMDR-terapi i 11 år ($SD = 6,9$).

¹ Certifiering som EMDR-terapeut erhålls efter examinering av uppvisad kompetens som behandlare enligt europeiska professionskriterier.

En dryg fjärdedel angav en utbildning i traumafokuserad KBT, varav de flesta indikerade att de var utbildade i PE. Den genomsnittliga tiden för att ha varit utbildad i TF-KBT var nästan fem år ($M = 4,9$, $SD = 3,3$).

Tre personer angav att de var certifierade i PE. Andra varianter av TF-KBT som angavs var utbildning i CPT ($n = 2$), *Cognitive Therapy* (CT) ($n = 4$) och *Narrative Exposure Therapy* (NET) ($n = 3$). Fem personer hade en utbildning i TF-KBT för barn.

Av de svarande angav 48 % också utbildning i en rad andra behandlingsmetoder. Bland dessa omnämndes traumafokuserad klinisk hypnos, *Life Span Integration*, *Ego State Therapy*, strukturell dissociation, *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, *Somatic Experiencing*, *Internal Family Systems*, *Enactive Trauma Therapy*, *Brain Spotting*, psykodrama, *Child-Parent Psychotherapy*, *neurofeedback* och symboldrama.

De allra flesta av de svarande (92 %) angav att de huvudsakligen arbetade med vuxna klienter. Åtta personer arbetade med ungdomar mellan 13 och 18 år, medan tre av de svarande hade som målgrupp barn under 13 år.

Tabell 1. Deltagares ålder, kön, profession och yrkeserfarenheter

Egenskap	Värde
Ålder	$M = 57,6$ ($SD = 11,1$)
Kön	
Kvinna	84 % ($n = 43$)
Man	16 % ($n = 8$)
Profession	
Leg psykolog	57 % ($n = 29$)
Leg psykoterapeut	73 % ($n = 37$)
Arbetsplats	
Privatpraktiserande	71 % ($n = 36$)
Anställd i psykiatri	41 % ($n = 21$)
Erfarenhet av arbete med psykiskt trauma	
0 – 5 år	10 % ($n = 5$)
6 – 10 år	16 % ($n = 8$)
11 – 15 år	26 % ($n = 13$)
> 15 år	49 % ($n = 25$)
Utbildning i traumabehandling	
Utbildad i EMDR	92 % ($n = 47$)
Varav certifierad EMDR terapeut	($n = 29$)
Utbildad i TF-KBT	29 % ($n = 15$)
Varav i Prolonged Exposure	($n = 12$)
Utbildad i andra metoder	37 % ($n = 29$)

Psykoterapiarbete under pandemin

Majoriteten, 92 %, svarade att de under pandemin kunnat fortsätta arbeta med klienter i sina mottagningsrum. Genomsnittligt hade man

haft 16 klienter ($SD = 13,2$) i månaden med PTSD eller traumaproblematik.

Av de svarande angav 86 % att man arbetat med patientbehandling på distans med ett genomsnitt av 5,9 klienter ($SD = 4,2$) i månaden. Fritextsvaren från deltagarna pekade på vissa fördelar för distansbehandling, men även problem:

Online arbetet är en fin resurs då man inte kan mötas IRL (in real life)

Vissa klienter har lättare att fokusera i telefon.

Klienter vill komma till mottagningen och jobba med traumat och ha mig fysiskt inom räckhåll.

I några svar framkom att man växlade mellan att träffa patienten på mottagningen och på distans.

Varannan vecka har jag träffat patienter på mottagningen, varannan vecka har jag haft patienter i telefonsamtal. Alltså samma patienter varje vecka, men olika former av kontakt.

Merparten, eller 91 %, indikerade att de arbetat via video (Zoom, Teams, Skype eller Facetime), men 71 % hade också använt telefon. Enbart 9 % markerade att de använt skriftlig kommunikation genom chatt eller e-post.

När klienterna, som behandlats via video, själva fick välja (från juni) valde de att fortsätta med videosamtal hellre än att komma på fysiskt besök.

Ibland har tekniken krånglat, annars tycker jag det har gått mycket bra att arbeta via videosamtal med bearbetande EMDR. Förvånad faktiskt.

De deltagande fick även besvara frågan vilken typ av interventioner man arbetat med. Av de svarande angav 96 % stabiliseringsövningar, 84 % angav stödsamtal, medan 80 % indikerade att de arbetat med bearbetning av traumatiska minnen.

Jag har haft krissamtal och förberedande samtal inklusive stabiliseringsövningar på telefon eller videolänk. Både jag och pat. har föredragit att träffas i terapirummet för själva EMDR-sessionerna.

Jag har gjort bedömningar av traumaproblematik på distans, och det har fungerat fint, liksom stabiliserande och psykoedukativa insatser. Däremot har jag valt att avvakta med traumabearbetande inslag (PE), då jag själv vill kunna vara närvarande fysiskt tillsammans med patienten för att lättare kunna "läsa av" hans reaktioner och anpassa behandlingsupplägget. Patienter har också själva önskat detta.

Jag har i några fall valt att göra behandlingsstart i PE på plats, för att efter lyckad första imaginativ exponering gå över till distanssamtal. Detta framförallt med fall med historik av självskadande, dissociation, emotionell instabilitet och dylikt, där jag känt mig mer orolig för att det ska dyka upp problem att hantera under exponeringen, dvs hjälpa patienten att reglera ner känslor, grunda sig osv.

Andelen patienter som man bedömde kunde arbeta med traumabearbetning på distans varierade, men genomsnittligt angavs 40 %. En relativt stor spridning framkom, från ingen patient alls till 90 % av terapeutens patientgrupp.

De deltagande fick även besvara frågor om vilka hinder de bedömt funnits som medfört att de inte arbetat med patienter över nätet, se Tabell 2. Drygt hälften angav som orsak att det fanns motstånd hos patienten, följt av att terapeuten ansåg att det var för riskfyllt med behandling via nätet. En knapp femtedel angav också brist i egen motivation eller att man tvivlade på att terapi via nätet skulle vara hjälpsamt.

Tabell 2. Angivna hinder för att arbeta på distans

Angivet hinder att arbeta på distans	Andel (n)
Patienten inte varit motiverad/vill inte medverka på distans	62 % (31) *
Jag har bedömt det för riskfyllt för patienten	58 % (29) *
Patient saknar nödvändig teknisk utrustning	32 % (16) *
Jag tvivlar på att behandling via nätet är hjälpsamt	20 % (10) **
Jag har inte varit motiverad/vill inte medverka på distans	18 % (9) **
Jag har otillräcklig träning	12 % (6) *
Jag saknar nödvändig teknisk utrustning	4 % (2) *
Jag har fått för litet information från arbetsgivaren	6 % (3) *
Annan anledning	41 % (17) ***

* = 50 svarande, ** = 51 svarande, *** = 42 svarande

Bakom alternativet *annan anledning* framkom en rad olika orsaker, bland annat sådant som rörde svårigheten att kunna hålla sekretess, att patienten saknade möjlighet till avskildhet på grund av trångboddhet eller att andra personer samtidigt vistades i bostaden. Ytterligare ett hinder som framfördes var svårighet att göra bedömning av patientens reaktioner när man inte kunde se hela individen jämfört vid fysiska möten.

Andra angivna skäl rörde problem relaterade till tekniska frågor, exempelvis att tekniken utgjorde en stressfaktor. En del framförde att telefon kändes säkrare än videomöten. Andra hinder rörde mer psykologiska frågor som exempelvis oro över den terapeutiska alliansen, särskilt vid arbete med klienter med svåra anknytningsskador och vid arbete med dissociativa patienter där den terapeutiska relationen upplevdes som skörare. Svårighet att arbeta via tolk vid distansarbete framfördes också som ett hinder.

Terapeuternas erfarenheter av behandling på distans jämfört med sedvanlig behandling

De frågor som rörde deltagarnas erfarenheter av behandling via nätet jämfört med sedvanlig behandling rörde sig om följande områden: terapiallians, följsamhet till behandling, förekomst av komplikationer samt resultat av behandling.

Allians

Vid samtal via video angav 43 % av de svarande att de bedömde alliansen som något sämre eller mycket sämre, medan 37 % beskrev alliansen som likartad vid fysiska möten, se Tabell 3. Vid enbart röstsamtal angav 39 % av klinikerna att de upplevde alliansen som sämre medan en knapp tredjedel angav alliansen som lika. Få svarande (16 %) hade använt sig av enbart skriftlig kommunikation.

Tabell 3. Terapeuters bedömning av terapiallians vid användning av behandling via nätet.

	Mycket sämre %	Något sämre %	Lika %	Något bättre %	Mycket bättre %	Saknar erfarenhet %
Video	6	37	37	0	0	20
Röst	8	31	31	0	0	29
Skrift	6	4	6	0	0	84

Några kommentarer speglade behovet av att först etablera allians via fysiska möten innan arbete via video kändes tryggt:

Arbetet med att etablera trygg, säker plats och fredad situation där patienten sitter, behöver läggas ner mer tid på, göras mer grundlig. Likaså psykopedagogik och etablering av tillit och allians. Men det går. De patienter som jag tidigare träffat i IRL har det fungerat väl att övergå till video med.

Ibland har det känts lämpligt att visa klienten det rum jag sitter i, för att bättra tillit, om det behövs. Annars ser de ju inte hela rumskontexten.

Patienter återkopplar att de inte känner min närvaro när jag inte är i samma rum, vilket gör det obehagligt att exponera, de visar mycket mer undvikande. Gissar att det är den fysiska regleringen i hur kroppar kommunicerar som de känner av uteblir. Även att de vill "förvara" händelser i mitt arbetsrum, inte i det egna hemmet.

Följsamhet

Vid behandling via video uppfattade 39 % av de svarande att följsamheten var likvärdig som vid fysiska möten, medan 24 %

uppfattade den som något sämre eller mycket sämre, se Tabell 4. Vid behandling via röstsamtal uppfattades följsamheten vara lika alternativt något sämre av knappt 20 % av de svarande.

Tabell 4. Terapeuters bedömning av följsamhet vid användning av behandling via nätet.

	Mycket sämre %	Något sämre %	Lika %	Något bättre %	Mycket bättre %	Saknar erfarenhet %
Video	4	20	39	2	0	35
Röst	4	20	20	0	0	56
Skrift	4	6	4	0	0	86

Bland kommentarerna framkom åsikter som att patienter behöver ha en viss grundstabilitet och förmåga att hålla sig till avtalade regler och kunna använda stabiliserande övningar vid behov. Andra rapporterade att patienter uttryckt sin tacksamhet över möjligheten till digitala möten och att erfarenhet av digital behandling ibland inneburit att behandlingen gått bättre jämfört med fysiska möten.

Jag var skeptisk att börja videosamtal med Zoom men har blivit positivt överraskad av patienters kunskap av media och deras villighet att medverka i EMDR-behandlingar via Zoom.

Komplikationer

Av de svarande angav 38 % att komplikationer i behandlingen var lika vid videosamtal som vid fysiska möten, medan några (17 %) angav att det blev något större eller mycket större vid videomöten. Vid röstkommunikation angav 30 % att komplikationsgraden var lika som vid fysiska sessioner medan 17 % upplevde att komplikationsgraden blev något större eller mycket större. Några enstaka av de svarande angav att komplikationerna minskade något jämfört med behandling i rummet.

Av några kommentarer framgick bland annat att terapeuten upplevde en större ansträngning att fokusera under arbetet vid digital behandling. Andra kommentarer speglade oron för att inte kunna bedöma om ångestnivån blev för hög för en del patienter.

Jag upplever att det kräver större ansträngning att fokusera när jag arbetar online. Båda blir tröttare. Alla verkar sakna det verkliga rummet

Och svårare att exempelvis stabilisera innan avslut. För mig är detta inte ett lämpligt alternativ om man har komplexa ärenden. Mycket obehagligt sätt att arbeta med dessa potenta tekniker - när man inte är närvarande och har bättre översikt över patientens reaktioner.

Dock en del osäkerhet med tanke på att jag upplevt att patienten gått utanför toleransfönster och tekniken inte fungerade vid tillfället.

Behandlingsutfall/resultat

Av dem som använt video bedömde 39 % att utfallet av behandling blev lika som vid behandling i rummet medan 33 % bedömde att utfallet blev något sämre eller mycket sämre. Vid terapi med röstsamtal angav 14 % att utfallet blev lika medan 33 % uppfattade att utfallet blev något eller mycket sämre.

I fritextsvaren framkom att flera ändå var positivt överraskade av att det gått så bra att bedriva behandling på distans. Man uttryckte att tidigare negativ inställning ändrats och att man blivit förvånad över det goda resultatet och blivit mer positiv till behandling på distans. Andra uttryckte mer försiktighet. Någon beskrev att behandling på distans fungerat men att behandling i rummet upplevts som mer effektivt. En återkommande åsikt var vikten av att ha träffat klienten vid fysiskt möte som en förutsättning för att fortsätta arbetet digitalt.

Diskussion

Eftersom det till stor del saknas forskningsstöd och kunskap avseende erfarenheter, risker och begränsningar med direkt psykoterapeutiskt behandlingsarbete av psykiska trauman på distans (Lewis et al. 2021) är det angeläget att undersöka hur terapeuter ser på detta. Flertalet av de studier som hittills publicerats täcker en blandad grupp av interventioner. Det förefaller dock som att problematik som ångest och PTSD och tillämpning av behandlingsmodeller som är tydliga och konkreta, där EMDR-terapi och TF-KBT ingår, skulle lämpa sig väl för digital behandling (Fernandez et al. 2021).

Många av de drygt femtiotal aktiva traumaterapeuter som utgjorde studiens deltagare fortsatte att arbeta med fysisk närvaro i sina mottagningsrum under coronapandemin. Merparten av de som ingick i studien tycks dock också ha tillämpat behandling på distans, även om i något mindre utsträckning. Merparten angav att man arbetat traumabearbetande, inte enbart stabiliserande, när man tillämpad digital kontakt. Det vanligaste hindret för behandling via nätet var att patienten inte velat medverka på detta sätt, att det bedömts för riskfyllt för patienten eller att teknisk utrustning saknats hos patienten. En dryg tredjedel av de svarande bedömde att såväl allians som följsamhet, risk för komplikationer och terapiutfall var det samma som om man träffats fysiskt.

Trots pandemin och dess restriktioner med att hålla fysiska avstånd angav nästan samtliga av deltagarna i studien att de kunde fortsätta att träffa patienter rent fysiskt. I Sverige var restriktionerna under pandemin inte lika hårda som i en del omgivande länder, där en total nedstängning av samhällen periodvis var ett faktum. Möjligheten att fortsätta se patienter fysiskt kan spegla det faktum att många av de svarande i studien var privatpraktiserande som själva kunde bestämma om de ville träffa sina patienter rent fysiskt eller inte, jämfört med de förutsättningar som kunde gälla för offentligt anställda som fick förhålla sig till arbetsgivarens beslut om eventuella begränsningar i att ta emot patienter på mottagningarna.

Samtidigt framkom att det absoluta flertalet hade erfarenhet av att ha träffat en del av sina patienter via digitala möten, där videosamtal varit den vanligaste arbetsmetoden. Möjligheten att kunna ha visuell kontakt, utöver röstsamtal, kan ha ett mervärde i form av ökad känsla av närhet och möjlighet att avläsa icke-verbala reaktioner hos patienten.

I det digitala arbetet förefaller det som att stabiliserande arbete och stödsamtal varit de vanligaste typerna av interventioner. Intressant nog angav emellertid de flesta att man också arbetat med bearbetning av traumatiska minnen. Flera deltagare i studien uttryckte en överraskning över att det gått så bra som det gjort, vilket ligger i linje med vad man funnit i andra studier där terapeuter utvärderade

behandlingsresultat i form av kvantitativa mått (Mischler et al. 2021). Signifikanta minskningar i besvärsggrad efter behandling digitalt rapporterades, vilket ytterligare stöder att det går att arbeta med regelrätt traumafokuserad behandling även via nätet.

Resultaten i vår undersökning pekar samtidigt på att behandlarna bedömde att bara en del patienter var lämpade för distansbehandling. Enligt de svarande i den aktuella studien bedömdes knappt hälften av patienterna klara av traumabearbetning via nätet. Om man gjorde traumabearbetning ville man försäkra sig om att man hade en god etablerad kontakt och att man tidigare hade träffats fysiskt. Liknande argument har framförts i andra studier (Mischler et al. 2021). Vikten av noggranna bedömningar och av god terapeutisk allians framhålls i flera studier (Rosen et al. 2020; Simpson and Reid 2014).

Argument för hinder att arbeta med traumabehandling digitalt, såsom motstånd från patienten, eller att det bedömdes för riskfyllt, eller att patienten saknade teknisk utrustning, återkommer också i internationella utvärderingar. Exempelvis angav drygt 30 % av tyska traumaterapeuter att deras patienter vägrade online-baserad terapi (Mischler et al. 2021).

Ett motstånd som framkom hos behandlarna själva var tveksamhet, och brist på egen motivation, eller tvivel på att behandling via nätet skulle kunna vara hjälpsamt. En tillit till det egna arbetet är en grund för ett gott behandlingsresultat. Samtidigt tyder forskning på att psykologer kan anpassa sitt sätt att kommunicera och tillämpa teknologi, trots initial tvekan och brist på egen erfarenhet (Simpson and Reid 2014), vilket också speglas i en del av fritextsvaren i denna undersökning. Av tradition har man sett det som en förutsättning att man träffar patienten rent fysiskt för att uppnå förutsättningar för framgångsrik behandling. I fritextsvaren framkom en förvåning att behandlingen kunde fungera så bra via nätet som det gjorde. Slutsatserna man kan dra är att terapeuters träning, vana och erfarenhet har stor betydelse, inte minst vad gäller vana vid de rent tekniska aspekterna av terapi via nätet.

En annan aspekt på synen på direktarbete via nätet kan vara vilken typ av patienter man arbetat med. Många av deltagarna i vår undersökning var privat verksamma. De 40 % av patienterna som angavs väl lämpade för behandling via nätet kan möjligtvis vara resursstarkare genomsnittligt sett och spekulativt ha lättare för att ta till sig sådan behandling. Bland de behandlare som framförde tveksamheter att arbeta med terapi via nätet fanns dels de som uttryckte en teknisk osäkerhet, medan andra mer fokuserade på att patienter som har en mer komplex problematik kan riskera att inte känna tillräckligt stöd. Det som oroade var om komplikationer skulle kunna uppstå och att man inte har tillräckligt kraftfulla redskap att stabilisera och lugna en patient som exempelvis skulle få en dissociativ reaktion eller en kraftig ångestreaktion. Andra har framfört liknande tveksamhet kring digital behandling, och att denna behandlingsform skulle vara mindre användbar för patienter med

allvarligare psykiska störningar med exempelvis nedsatt kognitiv förmåga och nedsatt förmåga till självreflektion (Reay et al. 2020). Samtidigt finns goda erfarenheter, om dock ännu i begränsad omfattning, av framgångsrik intensivbehandling av komplexa patienter via nätet utan att detta medfört komplikationer (Bongaerts et al. 2021).

Vid traumabehandling finns ett stort behov att som patient känna sig trygg med sin terapeut vilket är en av förutsättningarna för att gå in i ett många gånger krävande mentalt arbete. Terapeutisk allians är en väsentlig faktor bakom framgångsrik psykoterapeutisk behandling. Studier har övertygande visat att terapeutisk allians kan utvecklas i psykoterapi som sker via nätet (Simpson and Reid 2014). Det är mot den bakgrunden inte försumbart att 43 % av behandlarna, alltså något mindre än hälften, upplevde alliansen som något sämre eller mycket sämre, jämfört med erfarenheten av att träffa sin patient på plats. I svaren framkom dock att en nästan lika stor andel inte upplevde någon skillnad i den terapeutiska alliansen när terapin fortsatt via videolänk. En utväg som förefaller vanlig har varit att utveckla hybridmodeller bestående av en kombination av möten digitalt och på plats, en modell som kanske har kommit för att stanna. Det vore intressant att jämföra terapeuters och patienters upplevelse av skillnader i allians mellan behandling via nätet och på plats, något som inte kunde göras i denna undersökning.

Begränsningar

Resultatet i denna studie bygger på svar från ett selektivt urval av svarande som uppmärksammat studien via sociala medier. I vilken utsträckning deras svar varit representativa kan vi inte uttala oss om. Majoriteten var äldre kvinnliga behandlare med lång yrkeserfarenhet av att arbeta med psykiska trauman. Merparten var utbildade i EMDR terapi, men många var också utbildade i andra metoder, både i KBT-metoder och i andra modeller.

Intressant är att så få med utbildning i traumafokuserad KBT besvarade enkäten. Antalet terapeuter utbildade i traumafokuserade KBT-metoder i Sverige är med stor sannolikhet betydligt större än vad svarsfrekvensen visat. Vi vet inte om avsaknaden på svarande beror på brist på erfarenhet av att arbeta med direktbehandling via nätet eller om det beror på andra orsaker.

En annan begränsning med vår undersökning är att den enbart tar upp terapeutperspektivet. Indirekt reflekterar dock fritextsvaren patienters reaktioner, återgivna av behandlarna. Vidare är detta en beskrivande tvärsnittsstudie och vi kan inte uttala oss om samband över tid.

Trots dessa invändningar ser vi dock undersökningen som en temperaturmätning på hur svenska traumaterapeuter anpassade sin behandling under en mycket speciell period när det fanns stora hinder

att träffa patienter rent fysiskt i mottagningsrummen och på så vis är resultatet av undersökningen viktigt.

Slutsatser

Sammanfattningsvis tyder studien på att många av de svarande har tillämpat traumabearbetande arbete via nätet under pandemin på ett framgångsrikt sätt och att ett flertal blivit positivt överraskade av hur väl det kunnat fungera trots ringa erfarenhet.

Dock framkommer också risker som behöver beaktas. Behandling via nätet kan vara för utmanande för behandlare som arbetar med patienter som är i stort behov av stabilisering, som känner sig otrygga och som bedöms ha ett större behov av terapeutens fysiska närvaro i rummet. En annan svårighet som tas upp är att få tillräcklig visuell återkoppling för att kunna följa patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk (Mischler et al. 2021). Videosamtal skapar här bättre förutsättningar jämfört med samtal via telefon.

Denna undersökning ger viktig information om terapeuters möjligheter och begränsningar att bedriva traumafokuserad terapi via nätet i Sverige. Vidare har studien givit värdefulla insikter i hur terapeuter uppfattar att patienter tillägnar sig sessioner som ges via nätet när fysiska möten inte är möjliga. I ett land som Sverige där det i många delar är långa avstånd till behandlare kan erbjudande om sessioner via nätet potentiellt ge stora hälsoekonomiska vinster. Att tänka sig att helt gå över till videomöten för behandling av traumarelaterad problematik skulle dock vara problematiskt med tanke på att många patienter, förutom komplexproblematik, inte har tillgång till tillräckliga fysiska förutsättningarna i hemmiljön med tillgång till avskildhet eller där miljön inte kan erbjuda tillräcklig sekretess. Fortsatta studier med möjlighet att jämföra utfall av behandling via nätet och behandling fysiskt på plats skulle ge värdefull information.

Referenser

- Bisson J, Olf M. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1):1824381.
- Bitencourt Machado D, Braga Laskoski P, Trelles Severo C, Margareth Bassols A, Sfoggia A, Kowacs C, et al. A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of Psychotherapy*. 2016;32(1):79–108.
- Bongaerts H, Voorendonk EM, Minnen A, Jongh A. Safety and effectiveness of intensive treatment for complex PTSD delivered via home-based telehealth. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1):1860346.
- Fernandez E, Woldgabreal Y, Day A, Pham T, Gleich B, Aboujaoude E. Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2021;28(6):1535–49.
- International Society of Traumatic Stress Studies. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations. International Society of Traumatic Stress Studies, <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-guidelines>; 2018.
- Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*. 2006;8(4):e31.
- Kuester A, Niemeyer H, Knaevelsrud C. Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2016;43:1–16.
- Kuhn E, Owen JE. Advances in PTSD treatment delivery: The role of digital technology in PTSD treatment. *Curr Treat Options Psych*. 2020 Jun 1;7(2):88–102.
- Lenferink LIM, Meyerbröker K, Boelen PA. PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry Research*. 2020;293:113438.
- Lewis C, Roberts NP, Bethell A, Robertson L, Bisson JI. Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;(5):CD011710.
- McGowan IW, Fisher N, Havens J, Proudlock S. An evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy delivered remotely during the Covid–19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021;21:560.
- Mischler C, Hofmann A, Behnke A, Matits L, Lehnung M, Varadarajan S, et al. Therapists' experiences with the

- effectiveness and feasibility of videoconference-based Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:748712.
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. 2018. Report No.: NICE guideline NG116. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Perri R, Castelli P, La Rosa C, Zucchi T, Onofri A. COVID-19, isolation, quarantine: On the efficacy of internet-based Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for ongoing trauma. *Brain Sciences*. 2021;11(5):579.
- Probst T, Haid B, Schimböck W, Reisinger A, Gasser M, Eichberger-Heckmann H, et al. Therapeutic interventions in in-person and remote psychotherapy: Survey with psychotherapists and patients experiencing in-person and remote psychotherapy during COVID-19. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2021;28(4):988–1000.
- Reay RE, Looi JC, Keightley P. Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry*. 2020;28(5):514–6.
- Rosen CS, Glassman LH, Morland LA. Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. Callahan JL, editor. *Journal of Psychotherapy Integration*. Educational Publishing Foundation; 2020;30(2):174–87.
- Simpson SG, Reid CL. Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health*. 2014;22(6):280–99.
- Spence J, Titov N, Johnston L, Jones MP, Dear BF, Solley K. Internet-based trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy for PTSD with and without exposure components: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2014;162:73–80.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2019. Report No.: 2019:12.
- Stefanopoulou E, Lewis D, Taylor M, Broscombe J, Larkin J. Digitally delivered psychological interventions for anxiety disorders: A comprehensive review. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(1):197–215.

