

Tolkförmedlad psykologisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom

Kunskapsöversikt av forskning

Upplevelser hos psykologer, patienter och tolkar

Erfarenheter från behandling

Ida Mälarstig

Leg psykolog, Capio Centrum för stress och trauma

ida.malarstig@capio.se

Jonas Ramnerö

Enhetschef, Kompetenscentrum för psykoterapi, Region Stockholm/Karolinska institutet

jonas.ramnero@ki.se

Jan Bergström

Universitetslektor, Psykologiska institutionen, Stockholms universitetet

Föreståndare, Stockholms universitets psykologiska klinik

jan.bergstrom@psychology.su.se

Denna rapport är finansierad genom forskningsmedel SU-Region Stockholm (SLL20191176)

<https://capio.se/specialistvard/centrum-for-stress-och-trauma>

<https://ki.se/cns/kompetenscentrum-for-psykoterapi>

<https://www.psychology.su.se>

2021

TOLKFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING	2
SAMMANFATTNING AV RAPPORTEN I SIN HELHET	2
1 KUNSKAPSÖVERSIKT AV TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING	4
1.1 VARFÖR OCH FÖR VILKA BEHÖVS TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING?	4
1.2 TRAUMAFOKUSERAD KBT	4
1.3 SAMMANFATTNING AV BAKGRUNDEN TILL KUNSKAPSÖVERSIKTEN	8
1.4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
1.5 METOD	8
1.6 RESULTAT	10
1.7 DISKUSSION AV GENOMFÖRD KUNSKAPSÖVERSIKT	21
1.8 FÖRSLAG FÖR FRAMTIDA STUDIER	21
1.9 SAMMANFATTNING AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN	22
2 UPPLEVELSER AV TOLKFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING.....	23
2.1 TIDIGARE KUNSKAP OM ERFARENHETER AV TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING	23
2.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	26
2.3 METOD	26
2.4 RESULTAT	29
2.5 DISKUSSION AV GENOMFÖRD INTERVJUSTUDIE	36
2.6 SAMMANFATTNING AV INTERVJUSTUDIEN	38
3 ERFARENHETER OCH RESULTAT AV TOLKFÖRMEDLAD TRAUMAFOKUSERAD KBT VID PTSD I KLINISK PRAXIS.....	39
3.1 BAKGRUND	39
3.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	41
3.3 METOD	42
3.4 RESULTAT	53
3.5 DISKUSSION OM RESULTAT FRÅN KLINISK PRAXIS	62
3.6 VIKTIGA FORSKNINGSFRÅGOR OCH HYPOTESER	64
4 SAMMANFATTANDE DISKUSSION OCH SLUTSATSER	65
4.2 FRAMTIDA STUDIER	67
5 REFERENSER	69
6 BILAGA 1: INTERVJUGUIDE TOLKAR	75
7 BILAGA 2: INTERVJUGUIDE PSYKOLOGER	76
8 BILAGA 3: INTERVJUGUIDE PATIENTER.....	78
9 BILAGA 4: INFORMERAT SAMTYCKE TILL BEHANDLINGSSTUDIEN	80

TOLKFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING

SAMMANFATTNING AV RAPPORTEN I SIN HELHET

Tolkförmedlad vård angår hela sjukvården men innebär en alldeles särskild omständighet i psykologisk behandling som vilar på språklig kommunikation. Trots ambitionen om jämlik vård saknas säker kunskap om hur tolkförmedlad behandling bäst ska bedrivas. I ett samarbete mellan Stockholms universitet, Kompetenscentrum för psykoterapi (KCP) och Capio Centrum för Stress och Trauma har aktuellt projekt genomförts för att öka kunskapen om tolkförmedlad psykologisk behandling genom att först sammanfatta befintlig kunskap, sedan undersöka upplevelser av tolkförmedlad behandling genom intervjuer med tolkar, patienter och psykologer och till sist ge en inblick i hur tolkförmedlad traumabehandling kan se ut i klinisk praktik.

Insatser i sjukvården ska planeras och genomföras utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det förutsätter en dynamisk relation mellan praktik, vetenskap, reflektion och implementering. Förändringar i samhället, såsom migration, driver på den utvecklingen (APA, 2006). En större andel utlandsfödda ställer krav på vård över språkgränserna och psykologisk behandling förmedlad via tolk blir därför allt vanligare. En klassisk fråga inom psykologisk behandlingsforskning lyder: ”Vilken behandling, utförd av vem, är mest effektiv för den här specifika individen med det här specifika problemet, under vilka omständigheter och hur blir det så?” (Hayes & Hoffman, 2018). Utifrån denna centrala, multifacetterade fråga kan följande centrala forskningsfrågor identifieras vad gäller tolkförmedlad behandling:

- 1) hjälper psykologisk behandling patienter med PTSD under
- 2) omständigheten att behandlingen förmedlas via tolk samt
- 3) vilka mekanismer är främjande respektive hindrande?

Denna rapportens övergripande syfte är att svara på ovanstående frågor. Dels genom att presentera den samlade kunskapen på området, dels genom att samla in erfarenheter från aktörer som idag deltar i tolkförmedlad psykologisk behandling i Region Stockholm och slutligen genom att beskriva behandlingar på individnivå genom fallstudier. Ambitionen är även att identifiera viktiga forskningsfrågor som alltför ofta är obesvarade samt att synliggöra sätt att studera tolkförmedlad psykologisk behandling på.

Kunskapsöversikt

I rapportens första del sammanfattas sexton studier som gjorts på tolkförmedlad psykologisk behandling; tre metastudier och tretton enskilda behandlingsstudier. Där framkommer att trots att traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT), tycks hjälpsamt för flyktingar med posttraumatiskt stressyndrom (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) är kunskapen om hur behandlingen påverkas av att förmedlas via tolk bristfällig. Särskilt saknas kunskap om hur interventioner ska genomföras med tolk och hur kvaliteten i tolkningen kan säkerställas. Därutöver kan konstateras att behandlingsstudier med robust forskningsdesign behövs för att kunna uppnå mer tillförlitliga resultat.

Intervjustudie

Rapportens andra del undersöker upplevelser av tolkförmedlad behandling. Avsnittet inleds med en kort översikt av tidigare forskning på området och fortsätter med en undersökning av upplevelser ur tre perspektiv. Nio personer med olika roller i tolkförmedlad behandling, patienter, psykologer och tolkar, intervjuades under hösten 2020 och vintern 2021. Sekretess, psykologens lyhördhet för patientens förväntningar, vänligt bemötande samt god kvalitet på tolkningen beskrevs vara grundförutsättningar. Vidare framkom att en gemensam förståelse för syftet, tillit, erfarenhet och en varm atmosfär främjar behandling. Särskilt traumaexponering ställde krav på fungerande samarbete och kvalitet enligt flera respondenter. Tolkarna uppgav att de påverkas känslomässigt av traumaexponering. Försvårande faktorer uppgavs vara svårigheter i språkets flöde och tempo, otydliga roller, bristande samarbete, ovisshet kring mötets innehåll samt dålig ljudkvalitet vid tolkning på distans.

Praktiskt genomförande av tolkförmedlad traumabehandling

Rapportens tredje och avslutande del ger en inblick i hur tolkförmedlad psykologisk behandling vid trauma genomförs i klinisk praktik. Tre fall följdes genom veckovisa mätningar av PTSD-symtom samt för- och eftermätningar av PTSD-symtom, depressiva- och ångestbesvär samt allmänt upplevd hälsa. För att illustrera upplägg och innehåll i en tolkförmedlad behandling noterades avsteg från behandlingsmanualerna efter varje session. Där framkom att tolkförmedlad behandling tar längre tid och att psykologen behövde prioritera vilka interventioner som skulle genomföras under sessionen. Prioriteringen skedde utifrån kunskap om verksamma mekanismer. I syfte att se var förändring i symtom skedde delades behandlingens olika komponenter upp i moduler. Behandlingarna bedrevs under hösten 2020 och våren 2021, samtidigt som covid-19 pandemin pågick, varför de delvis utfördes på distans, via telefon och video. Två av patienterna insjuknade i covid-19, slutligen blev genomgick en patient hela och två patienter delar av behandlingen. Den patient som genomförde en hel behandling uppfyllde inte längre kriterier för PTSD efter behandling, vilket är förväntat resultat vid behandling utan tolk utifrån de studier som gjorts på metoden.

1 KUNSKAPSÖVERSIKT AV TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING

1.1 VARFÖR OCH FÖR VILKA BEHÖVS TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING?

Tolkförmedlad vård har blivit vanligare de senaste åren. Det framgår tydligt av befolkningssammansättningen. Två miljoner invånare, ca 20 %, av Sveriges befolkning, är födda i ett annat land än Sverige. Syrien är det vanligaste födelselandet följt av Irak, Finland, Polen, Iran, Afghanistan och Somalia. I Storstockholm är andelen 26 %, högst andel återfinns i Botkyrka och Södertälje med 42,9 % respektive 41 % (SCB, 2019). Siffrorna gäller personer som är folkbokförda här, asylsökande är inte inräknade. Arabiska är det näst vanligaste modersmålet, efter svenska (Parkvall, 2016), vilket innebär att många patienter idag talar ett annat språk än sina vårdgivare. 2019 genomfördes 319 000 tolkuppsdrag i Region Stockholm och antalet har ökat senaste åren (HSF, personlig kommunikation med ansvarige Joachim Eriksson). Samma trend återfinns på många håll i Europa, tolkförmedlad vård ökar samtidigt som det är tunnare med studier på området. Frågan om tolkförmedlad behandling faktiskt hjälper, och hur effektivt det i så fall är, den frågan är alltså ännu obesvarad (Lambert & Alhasoon, 2015).

Särskilt angeläget är mer kunskap om tolkförmedlad behandling av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Många av de utrikes födda har flytt sitt hemland på grund av våld, krig och förföljelse och löper högre risk än andra att drabbas av psykisk ohälsa. Cirka 20 till 30 % av de flyktingar som kommer till Sverige lider av psykisk ohälsa, varav ungefär 9 % av de vuxna och 11 % av barnen lider av PTSD (Gerritsen et al, 2006; Fazer, Wheeler & Danesh, 2005). Nya studier visar på ännu högre siffror. I en population flyktingar från Syrien bosatta i Sverige uppfyllde 29,9 % kriterier för PTSD (Tinghög, Malm & Arwidson, 2017) och av flyktingar som utsatts för tortyr var prevalensen 60 % (Amnesty International, 2008). Än vanligare är PTSD i gruppen asylsökande, personer som flytt sitt hemland sökt flyktingstatus i en annan jurisdiktion och väntar på beslut (UNESCO, 2000) där prevalens närmare 40-60 % uppmäts (Toar et. Al., 2009). Tillgången till adekvat vård (dvs psykologisk behandling) är låg för personer med PTSD generellt och ännu lägre för personer med PTSD som behöver tolk i sin behandling (Nobles et al, 2017), den grupp dit flyktingar ofta hör. Det faktum att flyktingar talar ett annat språk än vårdgivarna anges som en av huvudorsakerna (Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondorp, & Roberts, 2019).

PTSD har ofta stora konsekvenser för individens fungerande och förmåga att interagera med samhället men effektiv psykologisk behandling finns (Olf, 2019). PTSD utvecklas hos vissa personer efter att de utsatts för en extremt påfrestande händelse som inneburit död, hot om död, allvarlig skada eller sexuellt våld. Tillståndet utmärks av fyra kluster av symtom: 1) återupplevanden 2) stora ansträngningar för att undvika minnen, känslor, platser och människor som är förknippade med händelsen, 3) kognitiva och affektiva symtom, 4) ökad fysiologisk aktivering. Ofta fluktuerar symtomen. PTSD påverkar vardagen i hög utsträckning (Atwoli, Stein, Koenen & McLaughlin, 2015) och personer med PTSD riskerar att utveckla beroende, använda våld, och utveckla somatisk samsjuklighet (t.ex. långvarig smärta). Bristande koncentration och ständiga påträngande minnen försämrar inlärning och är förknippat med sämre resultat i skola/universitet (Pereria, Guedes-Carneiro & Netto, 2018) vilket påverkar den som önskar lära sig ett nytt språk. Tröskeln in till det nya samhället med arbete, utbildning, fast boende kan därigenom bli högre. Det är dubbelt så vanligt att begå självmord bland dem som har fått diagnos PTSD än övriga i befolkningen (Fox et al, 2021).

1.2 TRAUMAFOKUSERAD KBT

Det har tidigare varit omdebatterat huruvida det går att behandla PTSD hos asylsökande givet den osäkra sociala och ekonomiska situation de befinner sig i. Samtidigt finns inget stöd i forskningen för att exkludera personer som är asylsökande från psykologisk behandling (Crumlish & O'Rourke, 2010; Lambert & Alhasson, 2015; Thompson, Vidgen & Roberts, 2018; Turrini et al, 2019). I stället lyfts

värdet av att återhämta sig från PTSD vid social utsatthet eftersom det förbättrar chansen att ha energi och kognitiv kapacitet för att lösa praktiska problem och tackla emotionellt utmanande situationer (Turrini et al, 2019). Ett stort antal studier och meta-studier har genom åren gett stöd till att traumafokuserad KBT hjälper vid PTSD (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013; Cusack et al, 2016; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010; Resick, Williams, Suvak, Monson, & Gradus, 2012 m.fl.) även hos personer som flytt och/eller är asylsökande (Lambert & Alhasson, 2015; Thompson, Vidgen & Roberts, 2018; Turrini et al, 2019). Däremot kan de specifika stressorerna hos asylsökande behöva adresseras (till exempel avslag på asylansökan) och vid utvärdering av behandlingen är det viktigt att skilja mellan stress som härrör från asylprocessen och PTSD-symtom (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). Det finns inte heller fog att utesluta patienter med multipla trauman eller vissa slags trauman, till exempel tortyr eller krigstrauman (Thompson, Vidgen & Roberts, 2018).

Traumafokuserad KBT är ett övergripande begrepp som innehåller flera protokoll med liknande innehåll. Det är förstahandsval vid behandling av PTSD i internationella, nationella och regionala riktlinjer (Region Stockholm, Socialstyrelsen, *American Psychological Association, APA* och *National Institute for Health and Care Excellence, NICE*¹). I Region Stockholms regionala vårdprogram rekommenderas framförallt protokollet *Prolonged Exposure (PE)* (Foa et al, 2007) och för patienter med migrationserfarenhet och multipla trauman protokollet *Narrative Exposure Therapy, NET* (Shauer, Neuner & Elbert, 2011). I APA rekommenderas också KBT-protokollet av Ehlers och Clark (2019) och *Cognitive Processing Therapy* (Resick, 2014) där större vikt läggs vid kognitiv omstrukturering². NET utvecklades specifikt för flyktingpopulationen och visar god effekt på minskning av PTSD-symtom i de studier som gjorts (Neuner, Kurreck Ruf, Odenwald, Elbert, Schauer, 2010; Shauer, Neuner & Elbert, 2011; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). KBT syftar till att på ett metodiskt sätt ge psykoedukation, kartlägga vidmakthållande faktorer, arbeta med tankar och föreställningar om sig själv, världen och andra personer, samt återbesöka minnen, känslor, tankar, platser som är förknippade med traumat tills de inte längre upplevs skrämmande (Paunovic & Öst, 2001).

1.2.1 Traumafokuserad KBT via tolk

Trots att traumafokuserad KBT har gott stöd för att vara en effektiv hjälp vid PTSD, brister kunskapen om hur behandlingen påverkas av att förmedlas via tolk. *Prolonged Exposure (PE)*, ett av de mest använda protokollen inom traumafokuserad KBT i Sverige, har bara en fallstudie, från förra året, där behandlingen förmedlas via tolk (Woodward et al, 2020). Trots att PE alltså studerats på olika populationer, i olika situationer, har det inte undersökts hur effektiv den är via tolk eller vilka anpassningar som behöver göras för att genomföras under den omständigheten. Deltagare i studierna har nästan uteslutande varit engelsktalande från väst, USA framförallt men även några andra västlänningar (Nayak et al., 2012). Konsekvensen är att det fortfarande är osäkert om effektiviteten hos PE kvarstår om behandlingen bedrivs med tolk. I Storbritannien har ett särskilt protokoll för att förmedla traumafokuserad KBT via tolk utvecklats för att hjälpa behandlaren att överbrygga hinder som kan uppstå i arbetet och tolkarna får genomgå en kort utbildning innan den psykologiska

¹ Samtliga är riktlinjer för psykologisk behandling av olika tillstånd utifrån tillgänglig kunskap. Dessa finns på regional och nationell nivå. Utöver de svenska är brittiska och amerikanska riktlinjer av stor vikt för kliniskt verksamma psykologer. Svenska nationella riktlinjer återfinns på: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/tema-ptsd/>, brittiska riktlinjer på: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations> och amerikanska, *American Psychological Association, APAs* riktlinjer på: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>

² <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

behandlingen börjar (D'Ardenne, Farmer, Ruaro, & Priebe, 2007). Samtidigt återstår problemet med att få studier genomförts för att mer specifikt studera tolkförmedlad traumafokuserad KBT även där. Risken är att bristen på behandlingsstudier där tolkförmedlad behandling beskrivs och utvärderas gör psykologer ovilliga och osäkra i att bedriva behandling via tolk.

1.2.2 Exponering: att guida patienten i att närma sig det fruktade

I majoriteten av protokollen inom traumafokuserad KBT ges exponering mest utrymme eftersom det anses vara en central mekanism i tillfrisknandet från PTSD (Brown, Zandberg & Foa, 2019). KBT med exponering har till exempel visat sig överlägsen KBT utan exponering i en svensk kohort med flyktingar som lider av PTSD (Paunovic & Öst, 2001) men behandlingen i den studien var inte tolkförmedlad. Kortfattat kan fyra sorters exponering ingå i traumafokuserad behandling: imaginativ exponering där personen i tanken och känslan återbesöker händelsen, *in vivo* som innebär att utsätta sig för platser, saker, situationer som är förknippade med traumat, narrativ exponering där personen återberättar händelsen med detaljer om känsloupplevelse och plats, tid, rum, sensationer samt interoceptiv exponering som innebär att utsätta sig för de specifika kroppsliga sensationer som är förknippade med traumat (D'Ardenne, Farmer, Ruaro, & Priebe, 2007; Foa et al, 2021; Hinton & Otto, 2006,).

Det är med hjälp av språket som terapeuten guidar och leder patienten i att närma sig i stället för att fly från det fruktade. I terapeutiskt arbete där känslor, minnen och tankar är i fokus är det viktigt att patienten använder sitt modersmål. Anledningen är att modersmålet ger bättre tillgång till och underlättar uttryck av känslomässig information i inkodade minnen än språk erövat senare i livet (Tannenbaum & Har, 2020). Att beskriva upprörande händelser på ett andraspråk ger i stället en slags distanseringseffekt (Harris, Gleason, & Ayçiçeği, 2006) vilket inte är önskvärt, eftersom den känslomässiga responsen behöver uppnå viss styrka för att exponeringen ska ha effekt (Brown, Zandberg & Foa, 2019). Samma ord får en lägre känslomässig laddning när de uttrycks på ett annat språk än modersmålet om det andra språket lärts in senare i livet (Tannenbaum & Har, 2020). Utifrån dagens PTSD-forskning är det avgörande för vilken effekt behandlingen får om interventionerna aktiverar det så kallade "rädslonätverket". Rädslonätverket beskrivs som en mängd information kopplat till traumahändelsen, från våra sinnen, vår kropp, tankar vi hade och känslor vi kände när händelsen ägde rum. Ett sätt att nå modersmålet är att använda tolk, ett annat att blanda patientens modersmål med det språk terapeuten talar, till exempel att patienten får berätta på sitt eget språk minst ett av exponeringstillfällena (Woodward et al, 2020). Ett annat sätt är att terapeuten använder ett andraspråk vilket kräver goda kunskaper i det andraspråket, om facktermer och begrepp. Ett tredje sätt att lösa det på är att använda en arbetsbok på patientens modersmål, vilket gör att patienten och terapeuten får ett gemensamt språk, använder samma begrepp, för patientens mående och för interventionerna (Harris, Gleason, & Ayçiçeği, 2006).

Att ge språkliga instruktioner för att närma sig något patienten är rädd för via en tredje person innebär flera risker. Tolken kan ha svårt att förstå syftet med att göra något som väcker starka känslor av sorg, rädsla och ilska hos patienten. Själva närmandet uppfattas ofta som anti-intuitivt och farligt, både utifrån vad de hört från andra/konsensus kring hur besvärliga tankar och minnen ska hanteras och egna känslor av obehag och impulser att fly (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005). Tolken själv kan uppleva känslomässigt obehag vilket kan leda till osäkerhet eftersom tolken inte har samma beredskap och kontroll över situationen. Vidare finns risk att tolken själv eller närstående till tolken erfårit liknande händelser vilket ytterligare ökar känslomässig intensitet. Psykologisk behandling innebär regelbundna träffar under några månader, till skillnad från tolkning i rättsapparaten eller i somatisk vård, vilket ger utrymme för starkare engagemang och relation till patienten (Mirdal, Ryding, Essendrop Sondej, 2012).

1.2.3 Tillgång till tolkförmedlad vård

I psykiatrisk vård är patientens språkliga utsaga i fokus och tolkförmedlade samtal innebär en utmaning. Patientens beskrivning av aktuella och tidigare symtom avgör psykiatrisk bedömning, vårdplanering, följsamhet till förskrivna mediciner och psykiatrisk insats. De språkliga färdigheterna påverkar också vilken vård patienten får. Patienter som talar samma språk som sin vårdgivare ger till exempel mer utförliga svar än de som talar ett annat språk men använder tolk. Begränsade kunskaper om språket som vårdgivaren talar predicerar undvikande av psykiatrisk vård, sämre följsamhet till förskrivna mediciner eller för tidigt avslut av vården (Bauer & Alegría, 2010, Frandsen, Smith, Griner & Beecher, 2019). Det finns ingen tydlig gräns för hur goda kunskaper en patient behöver ha för att kunna kommunicera effektivt med vården. Däremot motverkas riskerna genom att använda tolk i möte med personer som talar bristfällig svenska. Användandet av tolk predicerar då högre tillfredsställelse och tillit till vårdgivaren samt upplevelse av att bli förstådd (Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha, 2007). Slutsatsen är att det ska finnas god tillgång till tolkar i hälso- och sjukvården.

Den uppfattningen delas av Sveriges kommuner och regioner (SKR, tidigare SKL), vilka hävdar att tillgång till tolk är en förutsättning för att vården ska vara jämlik och demokratisk. De skriver att *”tillgång till en kompetent tolk är en demokratisk rättighet och en förutsättning för allas rätt till lika tillgänglig och rättssäker samhällsservice, omsorg, tandvård samt hälso- och sjukvård”* (SKL, 2016). Visionerna om en jämlik och demokratisk vård är även formulerat i de etiska riktlinjer som vägleder vården. Dessa stipulerar att människor ska behandlas lika oavsett etnisk eller kulturell bakgrund (SoS, 1999). Rätten till tolk regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 3 kap. 1 § och patientlagen 1 kap. 6 §. Patienten har även rätt att få information anpassad till sin ålder, mognad och språkliga bakgrund. I Region Stockholm finns *Tolkportalen*³ där vårdgivaren lätt ska kunna boka tolk när patienten eller vårdgivaren så önskar/bedömer att det behövs. Särskilda önskemål om kön på tolk eller namngiven tolk kan registreras. Alltså finns riktlinjer, lagar och en infrastruktur som ska tillgodose vården med tolkar på plats.

Men några avgörande komponenter saknas för att ge god tolkförmedlad vård enligt Socialstyrelsen (2016). Utöver god tillgång krävs också att tolkningen håller tillräckligt hög kvalitet. Ett stort problem enligt Socialstyrelsen är att tolkningen i svensk vård skiftar kraftigt och att vårdgivaren har svårt att kontrollera det. Vårdgivaren kan inte säkert veta om den information de förmedlar når fram, eller vice versa, om det patienten säger återges på ett korrekt sätt. Brister kvaliteten försvinner de goda effekterna av tolk och patienten riskerar i stället fel diagnos, fel farmakologisk behandling och/eller fel insats (Bauer & Alegría, 2010). Ett systematiskt sätt för att kontrollera kvaliteten skulle kunna minska kostnaderna (både psykiska och ekonomiska) för tolkförmedlade samtal som håller för låg kvalitet för att kunna bedriva planerad vård. Mer forskning krävs på området, menar Socialstyrelsen i sin rapport från 2016. I andra studier lyfts snarare kunskap om behandlingseffekter vid tolkförmedlad vård fram (Lambert & Alhasoon, 2015, Thompson, Vidgen & Roberts, 2018) som en avgörande pusselbit för att ge personer med ett annat modersmål samma vård som svenskfödda. Sammanfattningsvis beskrivs både säkerställd kvalitet på tolkningen och kunskap om hur bedriva behandling med tolk och vilka effekter det har på behandlingen som viktiga delar för att nå målet om god tolkförmedlad vård.

Bristen på kunskap och språkets centrala roll i psykologisk behandling gör att många psykologer känner sig osäkra i att arbeta med tolk. Vanligt är en upplevelse av kontrollförlust, svårigheter i att använda rätt samtalsteknik, misstänksamhet mot vad tolken översätter och svårigheter i att förmedla empati (Ingemarsson, 2018). Terapeuter uppfattar dessutom ofta att samtal utan tolk ger ett bättre samförstånd och förtroende patient och terapeut emellan (Kline, Acosta, Austin & Johnson, 1980), till

³ <https://tolkportalen.regionstockholm.se/>

skillnad från patienten som snarare upplever sig bättre förstådd med tolk (Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha, 2007). I slutändan drabbar det patienter som är i behov av psykologisk behandling och talar ett annat språk än svenska. En annan kritik som framhävs är att terapeuter i den kliniska vardagen är ovilliga och inte hinner med eller orkar den extra ansträngning som krävs för att ge behandlingen via tolk, samt att tolkarna är mer oerfarna vilket sänker generaliserbarheten från de studier som gjorts på området (Kuay, Chopra, Kaplan, Szwarc, 2015). Klart är att tolken påverkas av att tolka traumafokuserad behandling och att psykologen påverkas av att ha en tolk med i behandlingen (D'Ardenne et al., 2007, Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005). Slutligen kan nämnas att inga behandlingsstudier på tolkförmedlad behandling genomförts i andra regioner i Sverige.

1.3 SAMMANFATTNING AV BAKGRUNDEN TILL KUNSKAPSÖVERSIKTEN

Man kan konstatera att det finns ett stort behov av tolkförmedlad psykologisk behandling i Sverige och Stockholm idag, eftersom två miljoner invånare har ett annat modersmål än svenska och arabiska är det näst vanligaste modersmålet. God tolkförmedlad vård är en förutsättning för jämlik vård. Tolkning av god kvalitet i vården predicerar nöjdare patienter med högre tillit till sin vårdgivare och till vårdinsatser. Däremot har tidigare fastslagits att kvaliteten på tolkningen i svensk sjukvård skiftar kraftigt, vilket är ett stort problem eftersom tolkning med för låg kvalitet ökar risken för fel bedömning och insats. Särskilt viktig är kunskapen om tolkförmedlad psykologisk behandling mot PTSD. Tillståndet ofta har omfattande negativa konsekvenser för den drabbade individen, psykologisk behandling är den insats som hjälper (ofta effektivt) och många som lider av PTSD behöver tolk i sin behandling. De som behöver tolk får sällan tillgång till den effektiva behandling som finns. Anledningen till det är okänd men brist på kunskap om hur tolkförmedlad behandling ska genomföras eller att patienten fått fel bedömning på grund av språkförbistring kan spela in.

1.4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Följande litteraturoversikt fokuserar (enligt ovan) särskilt på den evidensbaserade metoden traumafokuserad KBT som rekommenderas i Region Stockholm och Socialstyrelsens riktlinjer. Syfte med litteraturoversikten är att sammanfatta aktuella forskning på området samt att identifiera kunskapsluckor och implikationer för framtida, mer omfattande studier. Speciellt intresse ägnas exponering, den centrala komponenten inom KBT vid PTSD.

Frågeställningar

- Hur ser aktuellt kunskapsläge gällande tolkförmedlad traumafokuserad psykologisk behandling ut?
- Vilken kunskap finns om tolkförmedlad traumafokuserad KBT?
 - o Fungerar tolkförmedlad traumafokuserad KBT för patienter med PTSD?
 - o Vilka hinder finns för att genomföra behandling i tolkförmedlad traumafokuserad KBT?
- Vilken kunskap finns idag om tolkförmedlad exponering i psykologisk behandling?
 - o Vilka specifika svårigheter beskrivs för tolkförmedlad exponering?

1.5 METOD

Ansatsen var att först sammanfatta befintlig kunskap och sedan identifiera kunskapsbrister och viktiga forskningsfrågor. Fokus har varit på att hitta de få studier som finns och eftersom fältet är så begränsat har inga strikta kriterier för exklusion tillämpats mer än att det ska vara relevant för frågeställningen. Inklusionskriterier var att:

- materialet finns tillgängligt att läsa
- skrivet på svenska eller engelska
- publicerats de senaste femton åren
- undersökningen gäller tolkförmedlad psykologisk behandling.

Studier som beskriver traumafokuserad KBT för flyktingar där endast behandlare som talar samma språk som patienterna deltagit, det vill säga att behandlingen inte är tolkförmedlad, har exkluderats. Design har noterats och sorterats men inget särskilt krav har ställts, deltagarantal eller mätinstrument.

1.5.1 Förfarande

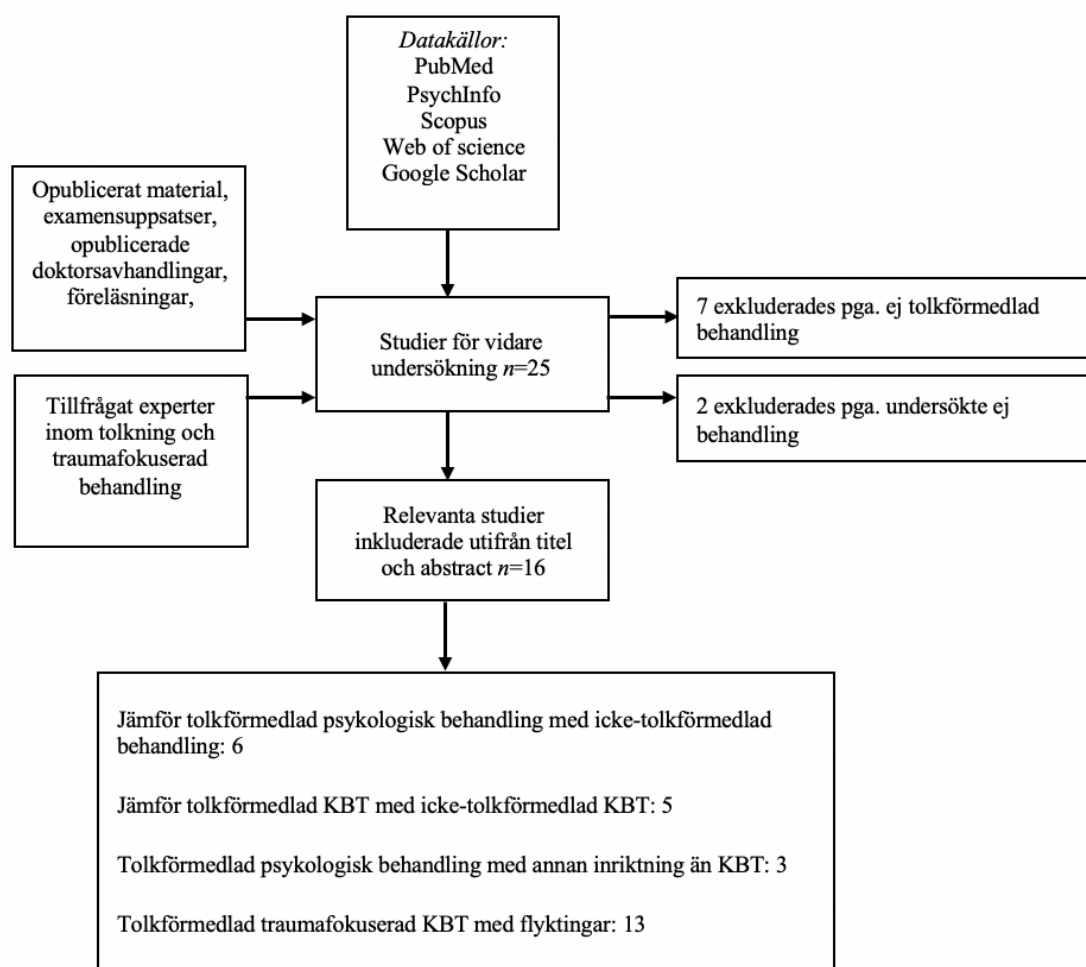
Först har studierna identifierats och sedan har titel och *abstract* genomlästs. De studier som bedömts icke-relevanta för frågeställningen har därefter lagts åt sidan. Återstående studier har lästs noggrant tre gånger, sammanfattats och jämförts. Sedan har de sorterats utifrån ämne och år. Studierna har fokuserat behandling med tolk och undersökt samt i vissa fall jämfört utfall, antingen med förväntat utfall av behandling givet tidigare studier på samma behandling utan tolk, eller samtidig behandling med samma upplägg för patienter utan tolk. Utfall har i samtliga fall varit minskning av PTSD-symtom mätt med vedertagna skattningsskalor, i några fall har även samsjuklighet, särskilt depression men även andra ångesttillstånd samt livskvalitet skattats.

1.5.2 Källor

Studierna identifierades genom databassökningar på *Cochrane review*, *PsychINFO*, *Web of Science*, *Scopus* och *Pub Med* med sökord knutna till tolk och traumafokuserad psykologisk behandling. Sökningen bedrevs under augusti-december 2020. Vidare har sökning på berörda myndigheter och regioners hemsidor genomförts för att finna relevanta rapporter. Sökord som använts är *CBT*, *PTSD*, *interpreter*, *Sweden*, *interpreter-mediated*, *psychotherapy*, *refugee*, *migrants*, *prolonged exposure*, *narrative exposure therapy*, *trauma-focused*. För att triangulera datan har även experter på området tillfrågats om studier: handledare i traumafokuserad behandling, forskare i översättar- och tolkvetenskap vid Stockholms universitet, samt vid Transkulturellt centrum⁴. Den artikel som oftast rekommenderades av experterna var D'Ardenne et al (2007) med motiveringen att studien är en förebild i sin ambition att basera riktlinjer för tolkförmedlad psykologisk behandling på empiriska data.

⁴ Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum för transkulturell vård inom Region Stockholm och ansvariga för utbildning i att använda tolk för vårdpersonal.

1.5.3 Figur 1: illustration av sökstrategi



1.6 RESULTAT

Aktuell litteraturoversikt fann sexton studier som undersökt tolkförmedlad traumafokuserad KBT med sammanlagt 1979 deltagare. Studierna är publicerade mellan åren 2006 - 2020. Studierna har olika upplägg och design vilket illustreras nedan. Databassökning CBT + PTSD + interpreter (6 träffar) PTSD + interpreter (45 träffar) CBT + interpreter (11 träffar), interpreter-mediated + psychotherapy (8 träffar) på PsychInfo. De flesta av träffarna är inte behandlingsstudier, utan undersökningar av upplevelser eller av fenomenet i stort. De flesta studier återfanns i referenserna till andra studier. Anledningen är troligen att artiklarna inte märkts med nyckelord knutna till tolk. I stället upptäcktes vid en bredare genomgång av studier på flyktingpopulationen att vissa behandlingar var delvis tolkförmedlade.

Bedömningen av de studier som inkluderas utgår från Moher, Schulz & Altman (2001) checklista med 22 items för att värdera kvaliteten på randomiserade kontrollerade studier.

1.6.1 Andel studier om tolkförmedlad behandling i jämförelse med PTSD-forskningen i stort

Vid en bredare sökning, på CBT + PTSD (947 träffar), är mindre än en procent tolkförmedlade. Värt att nämna är att studier på tolkförmedlad psykologisk behandling generellt är sällsynt. Inga studier på tolkförmedlad psykologisk behandling för annat tillstånd än PTSD har framkommit. Även studier på flyktingpopulationen är ovanligt, refugee + CBT (18 träffar), migrants + CBT (9 träffar). Tolk, (*interpreter*) är inte en etikett i PsychInfo, till skillnad från många andra centrala aspekter av behandling (asylsökande, flykting, offentlig sjukvård, exponering, livskvalitet till exempel) vilket gör att det blir svårare att hitta studierna. Vid sökning på specifika metoder framkommer en studie på tolkförmedlad "*Cognitive Processing therapy (CPT)*", en på "*Prolonged exposure*", PE, inga på "*traumafocused CBT*" samt fyra på "*narrative exposure therapy (NET)*" och en på "*psychodynamic therapy*" (PDT).

1.6.2 Tabell 1: översikt över behandlingsupplägg och utfall i inkluderade studier

Författare	År	Design, undersökt behandling och jämförelsegrupp	Antal deltagare	Antal, längd på sessioner,	Specifik träning?	Utfallsmått	Uppföljning	Effektstorlek	Centrala slutsatser
Wei et al.	2021	Inkluderar publicerade och opublicerade studier på NET och genomför metaanalyser på dessa.	18 studier 877 patienter	4-12 sessioner á 60-150 minuter	Oklart	CAPS , SIDI, PSS-I, SPT-SS, UPID, IES-R	6 och 12 månader	Mellangrups-effektstorlek: medelstor	Svårt att dra slutsatser om hur effektiv behandling NET eftersom skillnaden mellan NET och annan behandling försvinner när publikationsbias tas i beaktande. Studiernas resultat skiljer sig mycket åt att det är svårt att ge en samlad slutsats om hur effektivt NET hjälper mot PTSD. Ingen analys av tolkförmedlad behandling.
Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold	2020	Utfall av tolkförmedlad traumafokuserad KBT (Prolonged Exposure) med exponering. Fallstudie. Ingen jämförelse.	1	15 á 90 minuter, veckovis	Nej	PCL-5 BDI-II	1 månad	Inom-individs effektstorlek ej angiven	Tolk påverkar inte utfallet av traumafokuserad KBT, närmare bestämt PE, för patienter som erfarit en traumahändelse Tolk kräver anpassning i samtliga delar av terapin, särskilt exponering. Både klinisk praxis och empiriska studier på hur anpassningarna ska ske saknas.
Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson	2019	”Flexibel” KBT utan exponering. Retrospektiv kohortstudie.	825	16 á 60 minuter, veckovis	Nej	HTQ, HSCL-25 HAM-D, HAM-A SCL-90 WHO-5, SDS, GAF-F, GAF-S	Nej	Mellangrups-effektstorlek: liten	PTSD-symtom minskade något mer i behandling utan tolk för flyktingar med multipla trauman men minskningen överlag var liten. Tolk kräver anpassning i samtliga delar av terapin. Bristande kvalitet på tolkningen tros ha påverkat utfallet av behandlingarna, men osäkert eftersom kvaliteten ej säkerstälts.
Buhmann, Andersen, Mortensen, Ryberg, Nordentoft, Ekström	2018	Standard KBT blandat med acceptance and commitment therapy och mindfulness	85	16 á 45 minuter, veckovis	Oklart	HSCL-25, HTQ, WHO-5, SDS Terapeut: CTRS	Nej	Beräknades ej	Tolk har använts i 49 % av behandlingarna men analyseras ej specifikt. Exponering 1-2 gånger med 47 %, dessa förbättrades i högre utsträckning avseende depression och funktionsnivå.
Buhman Nordentoft, Ekström, Carlsson, & Mortensen	2016	”Flexibel” KBT där 7 % fick exponering. 54 % fick tolkförmedlad behandling. Jämfördes med kontrollgrupp väntelista.	217	12 á 60 minuter, veckovis	Ja	HTQ, HSCL-25 HAM-D, HAM-A SCL-90 WHO-5, SDS,	Nej	Mellangrups-effektstorlek: ingen	Ingen effekt på PTSD-symtom eller depression av flexibel KBT, med eller utan tolk, i jämförelse med kontrollgrupp Tolk beskrivs som en särskild omständighet, kvaliteten på tolkningen ej säkerställd
Lambert & Alhasson	2015	Meta-studie. Traumafokuserad psykologisk behandling som studerats i RCT. Fem av studierna innehåller tolkförmedlad behandling.	12 studier 298 patienter	3 – 12 á 60-90 minuter	I vissa av studierna	WHO CIDI CAPS, PDS, HSC, HDRS	Oklart	Aggregerad effektstorlek stor	PTSD-symtom minskade både med och utan tolk hos flyktingar med multipla trauman. Även depression minskade betydligt. Tolk beskrivs förändra förutsättningarna för terapi drastiskt. Studie på behandling av PTSD hos flyktingar håller för låg kvalitet, särskilt saknas studier som jämför aktiva behandlingar med varandra.
Sondergard	2013	Utfall av tolkförmedlad traumafokuserad KBT med exponering. Fallstudie.	1	26 á 90 minuter, veckovis	Ja	HTQ-R, PSS-SR, MDI och BAI	3, 6 och 12 månader	Inom-individs effektstorlek ej angiven	PTSD-symtom minskade, likaså symtom på ångest och depression. Behandling lika effektivt med som utan tolk för patienten med multipla trauman av olika typer.

Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen	2013	RCT: jämför traumafokuserad KBT (NET) med sedvanlig behandling för flyktingar. Multicenterstudie.	81	10 á 90 minuter, veckovis	Ja	CAPS HAM-D	1 och 6 månader.	Mellangrups-effektstorlek: stor	Ingen skillnad i utfall mellan tolkförmedlad och NET förmedlad utan tolk. NET mer hjälpsamt än TAU. Depressiva symtom kvarstod. Andel tolkförmedlade behandlingar ej angivet, men uppges vid förfrågan till författarna vara ungefär hälften samt att de fann att tolk inte påverkade utfall.
Hensel-Dittmann, Schauer, Ruf, Catani, Odenwald, Elbert, & Neuner	2011	Jämför utfall av NET med SIT, ungefär hälften i båda grupperna förmedlades via tolk. Deltagare slumpades till behandlingsmetod och samma terapeuter utförde båda behandlingarna.	28	10 á 90 minuter veckovis	Ja	CAPS HAM-D	1, 6 och 12 månader	Mellangrups-effektstorlek: stor	Efter genomgången NET-behandling minskade PTSD-symtomen successivt vid varje uppföljning. SIT gav ingen tydlig minskning av PTSD-symtom. Ingen minskning av depressiva besvär eller annan samsjuklighet. Om tolk kan ha påverkat utfall eller om interventionerna anpassats när de förmedlats via tolk anges ej.
Adenauer, Catani, Gola, Keil, Ruf, Schauer, & Neuner,	2011	Jämför behandling med NET mot väntelista i en RCT	34	10 á 90 minuter veckovis	Ja	CAPS HDR-S	4 månader	Mellangrups-effektstorlek: stor	Hur många behandlingar som förmedlats via tolk, om tolk kan ha påverkat utfall eller om interventionerna anpassats när de förmedlats via tolk anges ej.
Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen	2011	Utfall av behandling med tolk respektive på vårdgivarens språk, blandning PDT, kognitiv och stödjande metoder. Ej exponering.	190	Ca 80 á 60 minuter, veckovis	Ja, och handledning	HAM-D CGI	Nej	Beräknades ej	PTSD-symtom minskade både med och utan tolk, men något mer utan tolk, patienterna som behövde tolk levde under sämre psykosociala omständigheter.
Crumlish & O'Rourke	2010	Översikt av psykologiska interventioner för flyktingar. Vissa var tolkförmedlade.	10 studier 528	4-20 sessioner 60-120 minuter	18 av 10 studier	CAPS, PDS, IES-R, BDI, GAF, HAI, STAI, WAS, HSCL-25,	1, 4 och 12 månader	Aggregerad effektstorlek beräknades ej	Traumafokuserad KBT och NET hjälper vid PTSD hos flyktingar men fler studier behövs, särskilt där två aktiva behandlingar jämförs, med fler deltagare, där eventuella biverkningar rapporteras och med instrument validerade för de grupper de används i. Ingen analys av tolk.
Neuner, Kurreck Ruf, Odenwald, Elbert, Schauer	2010	Jämför utfall av NET med utfall av sedvanlig behandling (framför allt stabilisering och medicinering) i en "pragmatisk" RCT, dvs otillräcklig randomisering.	32	9 á 120 minuter, veckovis eller varannan vecka	Ja	PDS, HSCL-25, CIDI-Pain	6 månader	Mellangrups - effektstorleken: medelstor till hög	PTSD-symtom minskade men deltagarna uppfyllde fortfarande kriterier för PTSD efter behandling och depressiva symtom kvarstod i samma grad som innan. Antas bero på osäker livssituation och hög grad av PTSD-symtom. Tolk erbjöds men andel anges ej, vidare anges ej om tolk kan ha påverkat utfall eller om interventionerna anpassats.
D' Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury & Priebe	2007	Jämför utfall av traumafokuserad KBT med exponering för 1) flyktingar med tolk, 2) flyktingar på vårdgivarens språk 3) engelska medborgare på vårdgivarens språk (engelska)	128	25 á 90 minuter, veckovis	Ja	IES, BDI, Manchester Short Quality of Life Inventory.	Nej	Beräknades ej	PTSD-symtom minskade både med och utan tolk men flyktingar med tolk förbättrades i högre utsträckning än flyktingar som lärt sig engelska. Patienter som behövde tolk sämre ekonomiska/sociala omständigheter. Ingen tydlig förbättring i livskvalitet för patienter som behövde tolk, till skillnad från de andra två grupperna
Otto & Hinton	2006	Utfall av tolkförmedlad gruppbehandling med modifierad KBT med interoceptiv exponering tillsammans med eller enbart medicinering. Ej randomiserad.	6	10 á 60 minuter, veckovis	Ja	CAPS, HSCL-25, SCL-90-R, ASI	Nej	För kombinerad behandling mellangrups effektstorlek medel till stor	PTSD-symtom minskade hos flyktingar med multipla trauman som levde under svåra sociala omständigheter. Ingen analys av tolk.

Schulz, Resick, Huber & Griffin	2006	Jämför utfall av traumafokuserad KBT (CPT) med skriftlig exponering med deltagare från samma land, tolk eller på patientens språk. Ej randomiserad.	53	20 å 60 minuter, veckovis	Ja	PSS	Nej	Mellangrups-effektstorlek	PTSD-symtom minskade hos flyktingar med multipla trauman både med och utan tolk men något mer i gruppen utan tolk
---------------------------------	------	---	----	---------------------------	----	-----	-----	---------------------------	---

1.6.3 Hur effektiv är psykologisk behandling via tolk?

I mindre än hälften (sex) av studierna var psykologisk behandling vid PTSD lika effektivt med tolk som utan. I två studier var det lite mindre effektivt med tolk och i en studie, den största på området, var behandling med tolk mindre hjälpsamt än utan även om behandlingseffekten överlag var blygsam. I en studie var behandling med tolk lika ineffektivt som utan, det vill säga att ingen effekt av behandling kunde skönjas. Sex studier inkluderade viss tolkförmedlad behandling men analyserar det inte. Sammantaget finns det utifrån de studier som inkluderats i härvarande översikt trots allt starkare belägg för att tolkförmedlad behandling är lika effektivt som behandling utan tolk. Ett antal faktorer försvårar jämförelser mellan studierna, dessa presenteras nedan.

De studier som visar att PTSD-behandling är lika effektivt med tolk som utan är dels Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj & Haasen (2011) samt D'Ardenne Ruaro, Cestari, Fakhoury, Priebe (2007) där PTSD-symtom minskade i förväntad utsträckning oavsett med eller utan tolk. Livskvaliteten ökade och depressiva symtom minskade även de i lika hög utsträckning över båda grupperna. Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen (2013) presenterar ingen analys av eventuell tolkeffekt men vid mailkontakt med en av författarna uppges att tolk inte påverkade utfallet. En av meta-studierna analyserar tolk specifikt och finner inga belägg för att tolk påverkar utfallet (Lambert & Alhasson, 2015). Utifrån samma studie ger däremot fler sessioner ett bättre utfall. Samtidigt framhålls att bristande kvalitet på de studier som inkluderats gör att det trots allt fortfarande är oklart hur tolk påverkar behandlingen

De två fallstudierna visar också att tolkförmedlad behandling är hjälpsamt: Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, (2020) och Sondergaard, (2006). Dessa jämför förväntat utfall givet tidigare behandlingseffekter av traumafokuserad KBT. I båda fallen uppvisade patienterna förväntad minskning av PTSD-symtom, förbättring avseende depression, livskvalitet och minskning i ångest. Patienterna skiljde sig vad gällde vilka traumahändelser som gett upphov till PTSD. I det ena fallet hade patienten utsatts för ett rån i hemmet och i det andra fallet hade patienten utsatts för tortyr i sitt hemland.

Tre studier, däribland Brune et.al. (2011) och Schultz et.al. (2006), visar att tolkförmedlad behandling har sämre effekt än behandling där psykologen talar patientens språk. Skillnaden tros delvis bero på att de utan tolk fick fler sessioner i en av studierna och på bristande kvalitet på tolkningen i en av studierna. Här ingår också den största studien på området, 825 patienter inkluderade, av Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson från 2019. Förbättringen var svag i båda grupperna i studien men svagast i gruppen som fick behandling via tolk. Tolk gav sämre utfall även när social situation, socioekonomisk status, år i Danmark, typ av trauma, ursprungsland, uteslutits som möjliga förklaringar. Författarna spekulerar att patienter med tolk erhåller kortare tid med aktiva interventioner än de utan eftersom tolkningen är tidsödande. Dessutom tror de att patienter som behöver tolk har sämre kognitiva förmågor vilket skulle inverka på möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen.

1.6.4 Vem får tolkförmedlad behandling?

Först och främst är samtliga inkluderade studier tolkförmedlad behandling av PTSD. Flera av behandlingarna, särskilt *Prolonged Exposure, PE* och *Cognitive Processing Therapy, CPT*, minskar också vanligt förekommande samsjuklighet som depression och andra ångestillstånd. Utöver det förekommer missbruk, suicidalitet och långvarig smärta. Genomgående är att patienter som behöver tolk skiljer sig från de som inte behöver tolk i sårbarhetsfaktorer som psykosociala omständigheter,

dålig ekonomi, saknar sysselsättning, levt kort tid i landet där de får behandlingen och har tillfälliga boenden.

Exklusive metastudierna (annars räknas samma deltagare flera gånger) har totalt 1681 deltagare inkluderats i studierna, drygt hälften uppskattas ha fått tolkförmedlad behandling. Deltagarnas ålder varierade mellan 20-65, vanligast var 30-45 år, och de kom framförallt Irak, Iran, Libanon, Balkan, Syrien, Turkiet och Afghanistan. Vissa kom från Afrika och där beskrevs inte specifika länder (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013,

Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012, Adenauer, Catani, Gola, Keil, Ruf, Schauer, & Neuner, 2011 Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M, 2010), samma sak gäller Sydamerika där hela världsdelen anges (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012), utöver en studie där deltagare migrerat från Mexico (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020). En studie inkluderar deltagare från Vietnam (Otto & Hinton, 2006). Inga deltagare kom från Oceanien, Centralasien, Östasien, övriga Europa utöver Balkan, eller Nordamerika. De flesta studier inkluderar något fler män än kvinnor, med undantag för studie med enbart kvinnor (Otto & Hinton, 2006) och en fallstudie med en kvinnlig deltagare i Mexiko (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020).

Typ av traumahändelser som deltagarna erfarit beskrivs i de flesta studier och vanligast var upplevelse av krig, tortyr, terrorism, fängslad och sexuellt våld. Vissa av deltagarna har både utövat och varit offer för våld, vissa endast offer, andra endast förövare. Samtliga förutom en studie angav att deltagarna upplevt multipla potentiellt traumatiserande händelser och behandlingsupplägget inkluderar exponering för flera traumahändelser. I studien med deltagare som endast inkluderar en traumahändelse ges behandlingen *Prolonged Exposure, PE* (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020). De med multipla traumahändelser behandlas med Narrativ exponeringsterapi, NET (Adenauer, Catani, Gola, Keil, Ruf, Schauer, & Neuner, 2011; Hensel-Dittmann, Schauer, Ruf, Catani, Odenwald, Elbert, & Neuner, 2012; Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M, 2010; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013; Wei et al, 2021), traumafokuserad KBT utifrån Clark & Ehlers (D' Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury & Priebe, 2007; Otto & Hinton, 2006; Sondergard, 2016), flexibel KBT (Buhman Nordentoft, Ekström, Carlsson, & Mortensen, 2016; Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson, 2019.), *Cognitive Processing Therapy, CPT* (Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006), blandning PDT + kognitiv terapi (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012) och *Stress Inoculation Training, SIT*⁵. Behandlingen anpassas ej utifrån typ av traumahändelse eller om patienten varit förövare, offer eller både och. Den legala statusen skiftar men majoriteten av studierna inkluderar asylsökande, papperslösa och deltagare med tillfälligt uppehållstillstånd. I en studie hade sextio procent permanent uppehållstillstånd (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012) vilket skiljer sig från övriga som har en övervägande andel asylsökande.

1.6.5 Behandlingarnas innehåll och process

Tolv studier har undersökt KBT med exponering som huvudsakligt innehåll. Protokollen innehöll olika sorters exponering: interoceptiv, skriftlig, narrativ, *in vivo* och imaginativ. Narrativ exponering var vanligast följt av *in-vivo*, interoceptiv, imaginativ och skriftlig exponering förekom endast i en studie (Otto & Hinton, 2006). Ingen jämförelse i effektivitet mellan olika typer av exponering görs. Samtliga behandlingar innehöll även bedömnings-sessioner med traumanamnes (typ av trauma och

⁵ Stress Inoculation Training är ett protokoll i KBT som syftar till att lära ut strategier för att hantera stress, som avslappning, andningsövningar, tankestopp och kognitiv omstrukturering. Protokollet bedöms ha medelgott stöd vid PTSD, det vill säga att det kan hjälpa vid PTSD men fler robusta studier krävs för att säkert veta.

<https://div12.org/treatment/stress-inoculation-training-for-posttraumatic-stress-disorder/>

antal traumahändelser) och psykoedukation. Ett protokoll som undersöks, *Cognitive Processing Therapy, CPT*, av Schultz et al, (2006), består av kognitiva interventioner genom sokratisk dialog och exponeringsdelen tar mindre utrymme än i de andra protokollen. Exponeringen är valfri (det finns ett protokoll utan och ett med), pågår två sessioner och är skriftlig i stället för muntlig. Ingen form av exponering framstod som mer hjälpsam än de andra, även om narrativ exponering var vanligast.

Samtliga har frekvensen en gång/vecka, längden på sessionerna varierar mellan sextio-nittio minuter. Antal sessioner varierar kraftigt, mellan tio och åttio gånger, men ingen utöver en studie överskrider tjugofem sessioner (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012) och vanligast (fjorton av sexton studier) innehåller tio-tjugo sessioner. Längden på sessionerna är sextio-nittio minuter i fjorton av sexton studier, det två andra är på nittio-hundratjugo minuter (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013; Wei et al, 2021). Platserna på vilka behandlingen bedrivs skiftar. I de flesta fall bedrevs behandling på psykiatriska mottagningar, i vissa fall hemma hos patienten och i några fall i andra fall i kyrkor eller andra större lokaler utanför vården (Otto & Hinton, 2006, Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006).

I tre av behandlingarna användes ett protokoll utvecklat på mottagningen i Danmark där studien genomfördes. Protokollet kallas för "flexibel KBT" och innehåller delar av *Acceptance and commitment therapy, ACT*⁶, delar av *mindfulness* och de delar av KBT som inte utgörs av exponering. Dessa studier innefattar tillsammans 1127 deltagare, över hälften av de totala antalet deltagare som studerats i härvarande kunskapsöversikt. "Flexibel KBT" minskade inte PTSD-symtom i de två studier som inkluderats (Buhman Nordentoft, Ekstroem, Carlsson, & Mortensen, 2016; Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson, 2019) och gav ingen effekt på livskvalitet eller depressiva symtom. Farmakologisk behandling minskade depression i viss utsträckning hos patienter med PTSD. Ett annat protokoll utvecklat på plats specifikt för mottagningen/målgruppen används i Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen studie från 2012. Till skillnad från "flexibel KBT" minskade behandlingen PTSD-symtom betydligt, och tolförmedlad behandling hade samma effekt som icke-tolförmedlad behandling.

1.6.6 Följsamhet och implementering av behandlingar

I behandlingsforskning är det av största vikt att säkerställa att den metod som beskrivs också är den som levereras. Särskilt när syftet är att avgöra hur effektiv en viss metod är. Standardförfarande är att spela in och bedöma terapeutens följsamhet till metoden (Kazdin, 2013). Inspelningar saknas (alternativt saknas beskrivning av) i samtliga studier utom en fallstudie av *PE* (Woodward et. al, 2020). En studie (Buhman Nordentoft, Ekström, Carlsson, & Mortensen, 2016) använder följsamhetsskalan *Cognitive Therapy Rating Scale, CTRS*⁷ som syftar till att skatta generella KBT-färdigheter. Däremot skattar terapeuten sig själv trots att skalan utvecklats som en observatörsskattning (Vallis, Shaw & Dobson, 1986). I flera av NET-studierna (Hensel-Dittmann, Schauer, Ruf, Catani, Odenwald, Elbert, & Neuner, 2012; Neuner, Kurreck, Ruf, Odenwald, Elbert, Schauer, 2010; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013) bedöms det färdiga narrativet, den sammanlagda berättelsen om patientens liv med större detaljrikedom i traumahändelserna, av experter utifrån hur narrativet borde se ut vid terapins slut vid en korrekt genomförd NET-terapi. Sammantaget

⁶ Acceptance and commitment therapy är en nyare terapiform inom KBT som innehåller medveten närvaro och acceptans av obehag bland annat (Hayes et al, 2017). Metoden återfinns inte i nationella och internationella riktlinjerna om behandling vid PTSD.

⁷ Cognitive Therapy Rating Scale används för att skatta följsamhet till KBT. Skalan är utformad och utvärderad som en observatörsskala, det vill säga att en oberoende observatör tittar på inspelade sessioner och skattar terapeutens färdigheter i KBT.

blir resultaten mer osäkra eftersom det finns frågetecken kring vilka interventioner som levereras och hur.

1.6.7 Hur jämförs tolkförmedlad behandling?

Beroende på frågeställning ser jämförelsegrupperna olika ut. I fyra studier efterfrågas specifikt om tolkförmedlad behandling är lika hjälpsamt som behandling som inte förmedlas via tolk och där används jämförelsegrupper med olika språk. Sex av studierna jämför grupper av patienter som erhåller behandling med respektive utan tolk. En av studierna, D' Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury & Priebe (2007) jämför tre grupper av patienter, 1) med tolk, 2) med psykolog som talar patientens modersmål, 3) patienten talar tillräckligt god engelska och erhåller behandlingen på engelska. Av dessa tre grupper uppvisade de som talade ett andraspråk, dvs de patienter som erhöll behandlingen på engelska, sämst förbättring. Anledningen tros vara att patienterna behärskade engelska alltför dåligt. Hur bedömning av patientens språk genomförts beskrivs inte närmare.

Fyra studier, samtliga på metoden Narrativ exponeringsterapi, NET, avser undersöka effekten av en viss behandlingsmetod och använder tolk ”där så behövs” eftersom populationen som undersöks är flyktingar/asylsökande. De använder ibland annan aktiv behandling, ibland sedvanlig behandling och ibland en väntelista som jämförelse. Dessa studier redovisar inte hur många behandlingar som förmedlats via tolk eller analyserar hur tolk påverkar behandlingen (Adenauer, Catani, Gola, Keil, Ruf, Schauer, & Neuner, 2011; Hensel-Dittmann, Schauer, Ruf, Catani, Odenwald, Elbert, & Neuner, 2012; Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M, 2010; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). Under författandet av härvarande översikt har personlig kontakt med en av de ansvariga för studierna gett information om att tolkomständigheten analyserats men visade sig inte påverka utfallet varför de underlät att redovisa den analysen.

1.6.8 Vad beskrivs hindra respektive främja tolkförmedlad behandling?

Hinder i behandling med tolk beskrivs vara oro kring att tolken skulle komma sent till sessionen eller att tolken skulle utvärdera terapeutens arbete (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012; Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006) samt att tid gick åt till att gå igenom traumafokuserad KBT med tolken innan och efter sessionen (D' Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury & Priebe, 2007; Sondergard, 2016). Tolkförmedlade sessioner tar längre tid vilket nämns som en försvårande omständighet. Annat som upplevs svårt är att psykologen måste förändra sitt prat, instruktioner kan inte ges på sedvanligt vis, meningar måste delas upp och förkortas, termer är svåra att översätta och kan behöva omskrivas (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020). Enligt utsagor från behandlare i studierna upplevs samtalen lätt stolpigt och att det blir svårare att få patienten att slappna av genom trevligt småprat till exempel. Att sekretessen upplevs hotad och att den terapeutiska relationen försvagas återkommer som hindrande faktorer (Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson, 2019).

Att ha samma tolk under hela behandlingen, att tolken har erfarenhet av traumabehandling och är insatt i metoderna samt att ett fungerande samarbete mellan psykolog, tolk och patient beskrivs underlätta behandling (Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006; Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020). Viktigt uppges vara att tillgodose patientens önskemål gällande kön, etnicitet, politisk ståndpunkt eller om patienten ber om att få byta tolk (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012). Flera beskrev att terapeuten arbetade mer fokuserat när de hade tolk (Sander, Laugesen, Skammeritz, Mortensen & Carlsson, 2019).

1.6.9 Vilken kunskap finns om tolkförmedlad exponering?

Fyra studier beskriver mer ingående hur exponering genomförs med tolk. I fallstudierna (Woodward et al, 2020, Sondergaard et al, 2006) beskrivs utmaningar i att genomföra imaginativ exponering med tillräckligt engagemang från patientens sida trots de pauser som oundvikligen uppstår i och med tolkningen. I *Prolonged Exposure, PE* är det viktigt att patienten har kontakt med minnet på ett

tillräckligt engagerat sätt under en viss tidsram, åtminstone fyrtio minuter och eftersom terapeuten behöver guida patienten i att gå in i vissa detaljer och upplevelser mer noggrant behöver terapeuten förstå det som sägs. Föreslagna sätt är att tolken simultantolkar eller att patienten först berättar om traumat och viktiga detaljer så att psykologen kan skriva ned det och sedan berätta om traumat helt på sitt modersmål utan pauser. Det framhålls att dessa förfaranden inte har empiriskt stöd vilket beskrivs som avsteg från ambitionen att belägga samtliga komponenter i *PE*. Detta, spekulerar författaren till fallstudien, kan vara anledningen till att många behandlare känner sig tveksamma och osäkra på hur de ska genomföra traumabehandling med tolk.

Även Otto & Hinton (2006) och Schultz et. al (2006) beskriver förfarandet vid tolkförmedlad interoceptiv respektive skriftlig exponering mer ingående. De flesta studier i översikten nämner kort att tolk ökar tidsåtgång och kräver anpassning av manualen utan att diskutera detaljer i procedurerna.

1.6.10 Hur mäts utfallet?

Hur utfallet av behandlingen mäts, antal utfallsmått, vid vilka tidpunkter mätning sker och instrument som används, skiljer sig kraftigt åt. Totalt används tjugosex olika utfallsmått. Förekomst av PTSD-symtom är primärt utfallsmått i samtliga sexton studier. Det vanligaste sättet att mäta PTSD-symtom på är den strukturerade intervjun *Clinician Administered PTSD Scale*, *CAPS-5*, som används i sju studier, "*Harvard trauma questionnaire*", *HTQ*, används i fyra studier, *Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5*, *PDS*,⁸ i tre studier, "*PTSD Symptom Scale Interview*", *PSS*, i tre studier, "*Impact of Event Scale*", *IES*, i två studier och "*PTSD Checklist for DSM-5*", *PCL-5*, i en studie. Eftersom det primära utfallsmåttet är av stor vikt beskrivs ovanstående mått och deras egenskaper närmare här. *PCL-5*, *IES*, *PSS* och *CAPS-5* rekommenderas av APA⁹ och anses ha god reliabilitet och validitet i flera patientpopulationer. *PDS* och *HTQ* är inte med där men även de har visat goda egenskaper (Steel, Dunlavy, Stillman & Pape, 2011, *HTQ*: Mollica et al.). Samtliga används återkommande i studier på PTSD och därmed möjliggörs jämförelse mellan behandlingarna.

Med undantag från *CAPS-5* används ovanstående instrument både för diagnostik och som utfallsmått. Vanligast var att mäta innan och efter. Inga observatörsått har använts.

Vid behandling av PTSD förväntas också depressiva symtom minska och livskvaliteten öka (Steel, Dunlavy, Stillman & Pape, 2011). Därför rekommenderas att mäta även dessa. Livskvalitet mäts i få av studierna studier, med *Manchester Short Quality of Life Inventory* i en studie och *WHO-5* i tre studier. Vanligare, i elva studier, är att mäta förekomst av komorbiditet i form av depression, med *Beck Depression inventory*, *BDI*, i fyra studier och med *Hamilton Depression Rating Scale*, *HAM-D*, i åtta fall. För ångesttillstånd används *Beck Anxiety Inventory*, *BAI*, i ett fall, *Hamilton Anxiety Rating Scale*, *HAM-A*, i tre fall. *Hopkins Symptom Checklist*, *HSCL-25*, används i sex fall för att mäta förekomst av depressiva- och ångestbesvär. *Globala funktionsskattningsskalan*, *GAF* förekommer som behandlarskattning i tre studier för att bedöma funktionsnivå. *Symptoms checklist*, *SCL-90*, och används för att bedöma allmänt upplevd hälsa.

En viktig aspekt är att de instrument som används är översatta och validerade på patienternas språk. Till exempel har *PCL-5* visat sig behålla sina goda psykometriska egenskaper även när det används för flyktingar i Irak (Ibrahim, Ertl & Catani, 2018). I de flesta fall framgår om instrumentet översatts men inte om det är validerat. Däremot återfinns den informationen i referenser. I några fall tycks självskattningsinstrumenten skett via tolk, till exempel då instrumentet inte finns på patientens språk eller då patienten inte kan läsa och skriva. Mätningen blir därmed mer osäker. En psykolog som går

⁸ <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/index.asp>

⁹ <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment>

igenom instrumentet kan ställa följdfrågor eller förtydliga utan att notera det vilket kan påverka svaret. Vidare framgår inte hur forskaren vet att de frågor som ställs i instrumentet är samma frågor som ställs till patienten.

1.6.11 Studiernas kvalitet och relevans

Fem av sexton inkluderade är randomiserade kontrollerade studier (RCT-studie). Alla studier hade en före- och eftermätning. Endast tre studier hade uppföljande mätningar, mellan en till tolv månader. Sex studier hade väntelista som kontrollgrupp och fem studier sedvanlig vård. Tio studier saknade uppföljning. En angav i titeln att det var en randomiserad kontrollerad studie men visade sig vid närmare läsning inte ha slumpat deltagare till de olika betingelserna, och beskrevs i löpande text att vara en ”pragmatisk pilot”. Enligt beskrivning tycks det vara att ingen deltagare slumpats till behandling. Detta begrepp återkommer i de danska och tyska studierna, Neuner et al, (2010), Buhmann et al, (2016), Sander et al, (2019). Studierna på Narrativ exponeringsterapi är oftare randomiserade kontrollerade studier med långtidsuppföljning, efter tolv månader. De beskriver inte hur många av patienterna som erhöll behandling via tolk, förfarande, eller hur de säkerställt kvaliteten på tolkningen. Samtidigt drar författarna slutsatsen att tolk inte påverkar utfallet och resonerar att de därför inte behöver redovisa en specifik analys.

De tre metastudierna, den äldsta från 2010 och den senaste från 2021, bedömde kunskapen på området som otillräcklig givet att många studier håller för låg kvalitet. Brister som lyfts fram är publikationsbias, att aktiva behandlingar inte jämförs med varandra, att det finns för få studier och att det för stora skillnader i utfall mellan studierna för att kunna dra välgrundade slutsatser (Crumlish & O’Rourke, 2010; Lambert & Alhasoon, 2015; Wei et al, 2021).

1.6.12 Vad saknas i litteraturen om tolkförmedlad psykologisk behandling?

I samtliga sexton studier saknas mått på kvaliteten av tolkningen, sätt att säkerställa att det som sägs översätts korrekt. Eftersom det sedan tidigare är känt att kvaliteten på tolkning i vården skiftar betydligt förblir det oklart vad som sägs i behandlingen. Bättre eller sämre utfall av behandling skulle kunna förklaras av att tolken helt enkelt översatt fel eller missförstår någon av parterna. Orsaken till detta anges ej, om författarna anser det oviktigt eller om det helt enkelt saknas vedertagna sätt att bedöma kvaliteten på tolkning. Det utgör ett metodologiskt problem för att säkerställa vilken behandling som studerats.

Några studier beskriver däremot kort att deltagande tolkar har erfarenhet av traumabehandling Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj Haasen, 2012, Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020, Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006. I en av studierna erhöll tolkarna även information om vilken behandling de kommer att tolka i samt om det tillstånd patienterna led av, PTSD. Tolkarna fick läsa en snabb översikt av traumafokuserad KBT och vanliga reaktioner på trauma. De erbjöds också ett kort samtal efter sessionen för att fånga upp eventuella reaktioner (D’Ardenne et al, 2007).

Vad som vidare saknas är strukturerade sätt att avgöra patienternas språkliga nivå, trots att den i de flesta studier uttryckligen bestäms av psykolog eller läkare under psykiatrisk bedömning. Det vill säga, riktlinjer för när tolk rekommenderas. I en studie framkom att patienter som lärt sig engelska relativt nyligen och erhöll behandling på engelska visade sämre resultat än de som genomgick behandling med tolk (D’Ardenne et al, 2007). Utöver de två fallstudierna saknas även en mer ingående beskrivning av hur interventionerna genomförs med tolk, om de anpassas och på vilket sätt.

I härvarande rapport fokuserades traumabehandling men tolkförmedlad behandling för annat tillstånd tycks saknas helt. Detta trots att det säkert finns patienter i behov av psykologisk behandling med tolk även vid andra, svårare psykiatriska tillstånd som tvångssyndrom eller paniksyndrom.

1.7 DISKUSSION AV GENOMFÖRD KUNSKAPSÖVERSIKT

Sammantaget är kunskapen om tolkförmedlad behandling motstridig. I knappa hälften av fallen, sex studier, uppvisas likvärdiga resultat som för icke-tolkförmedlad behandling. Dessa är studier på traumafokuserad KBT och i ett fall en blandning mellan KBT och PDT. Två studier visade att tolkförmedlad behandling hade något sämre effekt, men fortfarande var hjälpsamt vid PTSD, en att tolkförmedlad behandling hade betydligt sämre effekt och en visade att varken tolkförmedlad eller icke-tolkförmedlad hade effekt. Resterande sex studier innehöll tolkförmedlad behandling men analyserade inte effekten av tolk, varför det förblir okänt om de tillhörde de mer eller mindre lyckade behandlingarna. Dubbelt så många studier visade alltså att tolkförmedlad behandling var lika effektivt som sedvanlig behandling, än studier som visade på motsatsen. Samtidigt framkom i studien med flest deltagare (åttahundra-tjugofem) att tolkförmedlad behandling var mindre effektivt än utan. Däremot hade den behandlingen överlag blygsam effekt på PTSD-symtomen. Slutsatsen bör därför bli att tolkförmedlad behandling tycks hjälpsamt i de fall en behandling som tidigare visat sig effektiv mot PTSD används, men att större studier med mer rigorös design krävs för att uttala sig om en ”tolk-effekt”.

En del generella metodologiska brister kan förklara den splittrade bilden, som att det är för få studier, med få deltagare och att flera har ett otydligt upplägg. Studiernas utfallsmått skiljer sig också åt i hög utsträckning, både i antal och vilka instrument som använts. Många studier saknade långtidsuppföljning vilket är olyckligt vid PTSD eftersom resultaten från behandlingen bör hålla i sig åtminstone fram till dess att ny potentiellt traumatiserande händelse inträffar (Brown, Zandberg & Foa, 2019). Det mest intressanta är dock de specifika metodologiska utmaningar med forskning på tolkförmedlad behandling som framträdde. Framförallt är det svårt att förstå hur metoderna implementeras och levereras. Dels användes inget sätt att utvärdera följsamheten till angiven metod, vilket är brukligt i behandlingsstudier. Ännu mer spännande är frågan hur följsamhet till behandlingsmetod kan utvärderas när den förmedlas via tolk. Bibehålls funktionen av det som sägs genom översättningen? Hur mycket av meningen och orden i en instruktion behöver framgå för att fungera? Terapeuten kan observera vad som sker efter att en viss instruktion getts, till exempel att patienten börjar berätta om en traumahändelse efter att terapeuten instruerat om det. Däremot kan terapeuten inte veta vad som sägs. Ett sätt att utvärdera hur metoden levereras vore att skatta följsamheten dels utifrån det terapeuten säger och dels utifrån det tolken säger samt att jämföra dessa. I NET användes slutprodukten, narrativet, vilket kontrollerades mot antal ord och detaljrikedom av experter på området. Det är ett sätt, även om inspelningar som skattas av expertbedömare är det sätt att kontrollera implementering som förordas.

Alla protokoll utom fem innehöll exponering av olika typer, interoceptiv, skriftlig, narrativ, *in vivo* och imaginativ. De som inte innehöll exponering visade också sämre utfall, ingen effekt eller sämre effekt, för patienter med tolk. Det är i linje med tidigare forskning på PTSD som visar att exponering är den centrala verksamma interventionen (Brown, Zandberg & Foa, 2019). En intressant tanke är även att vissa interventioner kan lämpa sig bättre att förmedlas via tolk än andra. Kanske passar kognitiva interventioner sämre för att de är svårare att översätta?

Om tillgången till tolkförmedlad behandling ska förbättras måste även de psykologer och psykoterapeuter som sällan använder tolk våga ha tolk i behandling och veta hur de ska genomföra interventionerna. Det räcker inte att ha ett fåtal ”experter” som kan ta alla patienter som behöver tolk, givet att det är två miljoner invånare som har ett annat modersmål än svenska.

1.8 FÖRSLAG FÖR FRAMTIDA STUDIER

Tydligt är att framtida behandlingsstudier på området bör:

- Innehålla implementeringscheck, spela in sessioner och skatta följsamhet till metoderna

- Pröva en vedertagen metod med tolk för att kunna isolera tolkfaktorn
- Beskriva genomförandet av interventioner noggrant
- Ha ett upplägg där patienter får behandling under olika språkliga betingelser, på svenska, på sitt modersmål och på ett andraspråk
- Ha långtidsuppföljning minst ett år efter avslutad behandling och helst två år
- Utveckla sätt att säkerställa kvaliteten av tolkningen i psykologisk behandling.

1.9 SAMMANFATTNING AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN

I denna, rapportens första del, gavs en översikt av vad som framkommit i sexton studier på tolkförmedlad psykologisk behandling. Samtliga studier undersökte patienter med PTSD efter svåra erfarenheter av krig, tortyr och flykt. Översikten gav inget entydigt svar på frågan om hur effektiv behandling via tolk är, eftersom studier där tolkförmedlad behandling minskade PTSD-symtom i samma utsträckning som behandling utan tolk var fler än de studier som uppvisade motsatt resultat men de sistnämnda innehöll fler deltagare. Många studier höll för låg kvalitet vad gäller studiedesign. Det är också ovisst om behandlingens resultat kvarstår efter avslut. Resultat, jämförelsegrupper, utfallsmått och antal deltagare skiljer sig stort mellan studierna vilket gör det svårare att överblicka området. Samma slutsats drogs i en meta-analys av psykologiska interventioner för flyktingar (Lambert & Alhasoon, 2015).

Forskningsfältet om tolkförmedlad psykologisk behandling har tidigare kritiskt sammanfattats med att litteraturen är ringa och begränsas till beskrivningar av svårigheterna (Tribe & Raval, 2003). Problemet är att många frågor om tolkförmedlad psykologisk behandling förblir obesvarade. Är psykologisk behandling förmedlad via tolk hjälpsamt för patienter med PTSD? Vad påverkar behandlingsutfallet? Hur ska interventionerna levereras för att ge avsedd effekt? I rapportens nästa del söks svar på hur tolkförmedlad behandling kan upplevas av dem som deltar i den, tolkarna, psykologerna och patienterna.

2 UPPLEVELSER AV TOLKFÖRMEDLAD PSYKOLOGISK BEHANDLING

I rapportens inledning formulerades följande centrala frågor: om psykologisk behandling hjälper patienter med PTSD under omständigheten att den förmedlas via tolk samt vad som främjar respektive hindrar behandling. Denna andra del syftar till att bidra till den samlade kunskapen om vad som upplevs hindra respektive främja tolkförmedlad psykologisk behandling genom intervjuer med tolkar, patienter och psykologer, verksamma i Region Stockholm hösten 2020 och vintern 2021. Syftet var att inhämta erfarenheter av tolkförmedlad traumabehandling från involverade parter med sina respektive roller och perspektiv.

2.1 TIDIGARE KUNSKAP OM ERFARENHETER AV TOLKFÖRMEDLAD BEHANDLING

Studier som ämnar fånga tolkars, psykologers och patienters erfarenheter av tolkade samtal är något vanligare än behandlingsstudier på detsamma, även om de är få (Martin, Benedetto, Elledge, Najjab, & Howe-Martin, 2020). Vanligast förekommande är rekommendationer och riktlinjer om tolkförmedlad psykologisk behandling, underbyggda av anekdoter och/eller råd från enskilda psykologer med erfarenhet av fenomenet (Martin, Benedetto, Elledge, Najjab, & Howe-Martin, 2020). Problemet med den typen av litteratur är att erfarenheter från enskilda kliniker inte självklart kan generaliseras till andra platser och andra psykologer. Dessutom framträder bara ett yttre lager av tolkförmedlad behandling, godtyckliga regler kring hur tolken ska sitta, hur psykologen ska tala och så vidare (D'Ardenne et al, 2007, Kazdin, 2013). Bredare kunskap om hur tolkförmedlad behandling påverkar verksamma mekanismer och processer i behandling uteblir. Därför efterfrågas intervjustudier där erfarenheter av tolkförmedlad behandling beskrivs, samlas och systematiskt analyseras (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005).

Vissa försök har gjorts att knyta upplevelse av hinder till utfall i behandlingen, till exempel genom att intervjua psykologer, patienter och tolkar efter mer respektive mindre framgångsrika behandlingar (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Svårigheten är att patienterna i gruppen där effekt av behandling uteblivit ofta inte vill ställa upp på intervju. Dessutom har analyserna svårt att fastställa vad som påverkar utfall eftersom behandlingens komponenter är otillräckligt beskrivna (Hunt & Swartz, 2017). Samtidigt finns viss kunskap om vad psykologer, tolkar och patienter upplever som hinder i tolkförmedlad behandling, ofta knutet till att psykologen tvekar kring att genomföra centrala delar i behandlingen eller att patienten tvekar kring att göra sin del (Grabos & Hagström, 2006). Vilka dessa tidigare kända hinder är beskrivs nedan.

2.1.1 Vad upplevs hindra tolkförmedlad behandling?

Tolkförmedlad behandling uppfattas ofta som ovant och krångligt av den psykolog som är van att tala samma språk som sin patient (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005). En rad faktorer som uppfattas försvåra behandlingsarbetet finns beskrivna. Till exempel kontrollförlusten av att det som sägs översätts och besvaras på ett främmande språk och misstänksamheten mot att översättningen stämmer. Att missförstånd lätt uppstår och att samtalet fördröjs är andra problem som nämns (Grabos & Hagström, 2006). Psykologen kan uppfatta att tolken kritiskt granskar det terapeutiska arbetet och bli obekväma av det. Andra psykologer känner att den empatiska relationen till patienten försämras (Kuya, Chopra, Kaplan, & Szwarc, 2015, Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Flera psykologer uppfattar att interventionerna i behandlingen behöver anpassas och förenklas när de förmedlas via tolk men tycker att det är svårt att veta hur och blir osäkra på om de ska genomföra den

alls (Woodward et al, 2020). Många beskriver även att det är svårt att ställa sina frågor på det sätt de är vana vid och att patienten inte svarar på det psykologen frågar om (Ingemarsson, 2018).

Psykologer vittnar om att det är en stor skillnad mellan tolkarna vad gäller samarbete och kvalitet på tolkningen. En tolkning av sämre kvalitet och brott mot vissa implicita eller explicita överenskommelser (till exempel lägger sig i instruktioner) inverkar menligt på behandlingen och ibland kan den inte fortgå fram tills dess att en ny tolk etablerats (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012).

2.1.2 Vilka konsekvenser kan psykologens upplevelse av tolkförmedlade samtal ha på behandlingen?

Frågan är hur skillnaden i upplevelse av tolkförmedlade samtal påverka tillgänglighet till eller upplägg av psykologisk behandling. I intervjuer med anställda på ett centrum för tortyrskadade i USA uppgav psykologerna med sämre erfarenheter av tolk att de helst undviker att använda tolk och de med mer positiva erfarenheter angav att de gärna anlitar tolk i möte med patient som har bristfälliga engelskkunskaper (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005). Att patienter som behöver tolk avvisas eller erhåller en annan insats än de som inte behöver tolk återkommer i flera studier från olika länder (D'Alba, 2021, Frandsen, Smith, Griner & Becher, 2019, Boyles & Talbot, 2017).

Flera psykologer beskriver att de överger planen på psykologisk behandling och gör något annat, framförallt det som kallas för stödsamtal, när patienten behöver tolk (Grabos & Hagström, 2006). Stödsamtal är ett brett begrepp inom psykiatrin. Ofta beskrivs det vara en förberedelse till psykologisk behandling, för patienter som bedömts för sköra för att kunna tillgodogöra sig behandling (Psykologiguiden, Natur & Kultur). Skäl som angetts är dels att interventionerna bli mindre träffsäkra när patientens utsaga översätts eftersom översättningen sällan antas återge det patienten säger på ett korrekt sätt eller lyckas fånga komplexiteten i utsagan. Vidare beskrivs tolkens närvaro öka risken att patienten regredierar i psykodynamisk terapi och att patienten uppfattar antingen tolken som ”god” och terapeuten som ”ond” eller vice versa. Därför rekommenderas i vissa fall att terapin ska planeras med hänsyn till tolken och att viss terapi ska vara mer stödjande i stället för att arbeta aktivt med interventioner eller att tolk endast ska användas i de inledande delarna av terapin (Grabos & Hagström, 2006).

2.1.3 Vad beskrivs främja tolkförmedlad behandling?

En god relation mellan patient, terapeut och tolk beskrivs återkommande som en främjande faktor för psykologisk behandling (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005). Öppenhet och tillit till varandra och till processen är faktorer som beskrivs präglade den goda relationen. Svårigheter i samarbetet, till exempel missförstånd av kulturellt färgade uttryck, kan benämnas och diskuteras öppet. Psykologen praktiserar vad som kallas för ”kulturell ödmjukhet”, lyhördhet för patientens förförståelse inför de fenomen behandlingen berör samt förväntningar på mötet. Förmåga att förmedla empati på ett ”transkulturellt vis” lyfts också fram som en viktig faktor. Samtidigt hävdas att särskilda kompetenser krävs för terapeuter att arbeta effektivt med tolk i terapi, kompetenser terapeututbildningar ofta missar att lära ut (Burkard & Knox, 2004). Dessa kompetenser beskrivs vara att tolerera obehag, kontrollförlust och känslomässiga reaktioner som väcks i situationen. Till exempel upplevelsen av att hamna utanför i relationen mellan tolk och patient, frustration som uppstår av att översättningen tar tid eller att tolken lägger sig i samt att bli sedd och potentiellt bedömd av en person utöver patienten (Gryesten, Brodersen, Lindberg, Carlsson & Poulsen, 2021). Att acceptera tolkens centrala roll beskrivs främja behandlingen vilket är intressant givet att terapeuter ofta tenderar att underskatta tolkens betydelse (Tribe & Thompson, 2009).

Vad gäller tolkens roll i samarbetet framgår dels att relationen mellan tolk och patient ska vara av professionell natur, snarare än vänskaplig (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Dels hävdar somliga att tolken ska förmedla kulturellt relevant information för att underlätta förståelse mellan patient och tolk (Fennig & Denov, 2020). Samtidigt lyfter andra fram tydliga problem med det upplägget. Om tolkens roll är att medla mellan patienten och psykologens värld finns risk för att de förminskar patientens värld till fördel för psykologens. Rollen som kulturmäklare löper risk att bli den position i triaden med mest makt, givet att inte de inte enbart översätter ord utan avgör inramningen av samtliga yttranden från psykolog och patient. Tolken bör enbart arbeta med att både översätta semantisk mening och att underlätta förståelse (Xanthe, Hunt & Swartz). Att tolkar har egna riktlinjer för just psykologisk behandling lyfts i flera studier fram som en främjande faktor, samma sak gäller erfarenhet och bemötande (Burkard & Knox, 2004).

Psykoedukation, kognitiva interventioner och praktiska råd har också uppgetts hjälpsamt i tolkförmedlad behandling (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Några beskriver att det tolkade samtalet har bättre skärpa än otolkade samtal eftersom det finns chans att tänka efter under tiden tolken översätter (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005).

2.1.4 Hur påverkas tolken?

En annan viktig aspekt tolkens roll i traumafokuserad behandling är hur tolken påverkas psykiskt. Psykologisk behandling innebär regelbundna träffar under några månader vilket ger utrymme för ett starkare engagemang i patienten (D'Ardenne et. Al., 2007). Tolken har till skillnad från psykologer inte samma beredskap och kontroll över situationen vilket leder till risk att drabbas av nedstämdhet, obehag och katastroftankar (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Vidare kan tolken, eller närstående till tolken, erfarit liknande händelser vilket ytterligare ökar känslomässig intensitet. I flera intervjustudier beskrivs att patienten lätt utvecklar ett starkt band till tolken och att tolken kan ha svårt att navigera i det, eftersom det inte ingått i deras formella träning. Likaså ökar risken för utmattning eller nedstämdhet kopplat till patienternas utsatthet eller svåra berättelser (Miller, Martell, Parzdiek, Caruth & Lopez, 2005, Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). För att underlätta kan psykologen fråga tolken hur han eller hon upplevde sessionen efteråt. Då kan starka känslomässiga reaktioner fångas upp och kort bearbetas (Martin, Benedetto, Elledge, Najjab & Howe-Martin, 2020).

2.1.5 Hur upplever patienten tolkförmedlad behandling?

Patienten kan i sin tur utveckla ett starkt band till tolken och känna sig avvisad när behandlingen tar slut (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012). Utöver de hinder och främjande faktorer som beskrivs ovan framkommer ett antal aspekter kopplade till rollen som patient. Till exempel att känna sig underlägsen och otrygg i situationen av att tolken har ett nedlåtande sätt. Vidare beskriver patienter att vänlighet är främjande för behandlingen, till exempel att få ett varmt välkomnande. Det motsatta finns beskrivet som en hindrande faktor, att bristen på vänlighet och uppmärksamhet, även från tolken, kan göra patienter osäkra. Vad gäller vissa faktorer har psykologer och patienter helt olika uppfattningar från sina respektive perspektiv. Patienter tenderar att uppfatta större samförstånd i samtal med tolk än utan, om de har ett annat modersmål än sin psykolog (Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondorp, & Roberts, 2019) till skillnad från psykologer som snarare uppfattar att samtal utan tolk präglas av större förståelse, än med (Kline, Acosta, Austin & Johnson, 1980).

2.1.6 Vad saknas i litteraturen om erfarenheter av tolkförmedlad psykologisk behandling?

Trots de intressanta erfarenheter som framkommer i litteraturen saknas kunskap om hur de faktorer som upplevs främja behandlingen påverkar utfall, avhopp eller andra betydelsefulla delar av behandlingen. Vad minskar svåra symtom, vad ökar patientens förmåga att genomföra väsentliga delar av behandlingen? Hur påverkar upplevelsen faktiska handlingar? Vilka beteenden är till exempel förknippade med att uppleva mindre tillit till tolken? Kunskap om psykologisk behandling innefattar

samband mellan en mångfald av faktorer innanför och utanför de personer som är involverade. Fältet tolkförmedlad behandling speglar den komplexiteten men svarar inte upp mot den.

2.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med intervjustudien var att samla tolkars, patienters och psykologers upplevelser av tolkförmedlad traumafokuserad psykologisk behandling. Särskilt intresse ägnas traumaexponering med detaljerade berättelser om mycket upprörande händelser eftersom det är en central komponent. Aspekter som berördes var hur respondenterna uppfattar tolkförmedlad psykologisk behandling utifrån sin specifika roll, vad som beskrivs främja respektive hindra behandlingen samt vad som anses vara tolkning av god kvalitet. Ambitionen var även att identifiera viktiga forskningsfrågor som kan kasta ljus över den komplicerade språkliga process som tolkning i psykologisk behandling är.

2.2.1 Frågeställningar:

- 1) Vad upplevs hindra respektive främja tolkförmedlad traumafokuserad psykologisk behandling, av de som deltagit i den?
 - Vad uppfattas som ett hjälpsamt respektive ett sämre samarbete?
 - Vad beskrivs hjälpa respektive hindra exponering i traumabehandling?
 - Finns förslag på hur tolkförmedlad traumafokuserad psykologisk behandling i Region Stockholm kan förbättras?
- 2) Vad uppfattas vara tolkning av god kvalitet i tolkförmedlad psykologisk behandling?
- 3) Vilka implikationer finns för framtida, mer omfattande studier?

2.3 METOD

Utifrån syfte och frågeställning formulerades en intervjuguide, se bilaga 3. Semistrukturerade intervjuer av explorativ karaktär genomfördes för att fånga upp levda erfarenheter av traumafokuserad behandling. Frågorna kretsade kring svårigheter, främjande faktorer, förslag på förbättringar samt vad som är god kvalitet i tolkning av traumafokuserad behandling. Följdfrågor ställdes vid behov av förtydligande eller fördjupning. Tematisk analys användes för att bearbeta data.

2.3.1 Klinisk miljö

Capio Centrum för stress och trauma, en specialistpsykiatrisk mottagning specifikt för personer med migrationserfarenheter (en stor andel är asylsökande, somliga papperslösa), var den mottagning som genomförde flest samtal via tolk i hela Region Stockholm det senaste halvåret (första halvan av 2020), totalt 1737 st. Av dessa var en stor andel traumafokuserad psykologisk behandling. Mottagningen arbetar i första hand med traumafokuserad KBT, framförallt Narrativ exponeringsterapi och *Prolonged Exposure* utifrån Regionens riktlinjer och vårdprogram vid PTSD (snarlika Socialstyrelsens, NICE och APAs riktlinjer¹⁰).

¹⁰ Samtliga är riktlinjer för psykologisk behandling av olika tillstånd utifrån tillgänglig kunskap. Dessa finns på regional och nationell nivå. Utöver de svenska är brittiska och amerikanska riktlinjer av stor vikt för kliniskt verksamma psykologer. Svenska nationella riktlinjer återfinns på: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/tema-ptsd/>, brittiska riktlinjer på: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations> och amerikanska, *American Psychological Association*, APAs riktlinjer på: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>

2.3.2 Respondenter: psykologer, tolkar och patienter

Tre psykologer, tre tolkar och tre patienter som genomgått tolkförmedlad traumafokuserad behandling i Region Stockholm det senaste året intervjuades. Patienterna identifierades utifrån att de får vård på mottagningen Capiro Centrum för stress och trauma, att de inte har svenska som modersmål samt att de genomgått psykologisk behandling med tolk. Två av patienterna hade lärt sig svenska efter den psykologiska behandlingen och kunde därför genomföra intervjun på svenska, den tredje använde tolk. Anledningen till att intervjua patienter både med och utan tolk var för att det kan minska chansen att respondenten är ärlig med de svårigheter som uppstått i tolkförmedlad behandling om svaren ska förmedlas via en tolk. Av samma anledning användes en annan tolk än den tolk som genomfört behandlingen i den tredje intervjun. Deltagandet var helt frivilligt och anonymt.

Psykologerna identifierades utifrån att de arbetar inom Region Stockholm, har psykologisk behandling som sin huvudsakliga arbetsuppgift och har arbetat med tolk i psykologisk behandling vid åtminstone två tillfällen. Viss spridning gällande kön, metod och erfarenhet eftersträvades. Deltagandet var helt frivilligt och anonymt.

Tre tolkar som regelbundet arbetar i Region Stockholm intervjuades per telefon under hösten 2020 och våren 2021. Samtliga tolkar har eller har haft uppdrag på Centrum för stress och trauma och de rekryterades via en av författarna till rapporten som själv arbetar som psykolog där. Deltagandet var helt frivilligt och anonymt. Ingen av tolkarna tolkar enbart i psykiatrisk vård utan växlar mellan somatisk och psykiatrisk vård, Socialtjänst och understundom rättsliga sammanhang (Migrationsverket, förhör hos polis, samtal inom Kriminalvården med flera).

2.3.3 Intervjuare

Huvudförfattaren till denna rapport (Ida Mälarstig) genomförde intervjuerna. Vad gäller patienter hade samma person genomfört behandlingen i ett av fallen, i två av fallen hade behandlingen genomförts av psykologer på annan mottagning.

2.3.4 Dataanalys

En systematisk undersökning av intervju svaren genomfördes med tematisk analys, så som beskriven i Braun & Clarke (2006). Ett tema utmärks av att det fångar något viktigt i relation till frågeställningen, att det sammanfattar ett mönster av liknande svar. Stegen i processen såg ut som följer:

<i>1: Renskrivning av data.</i>	Svaren skrevs ned i sin helhet i Word.
<i>2: Bekanta sig med data.</i>	Svaren lästes upprepade gånger.
<i>3: Sökning efter meningsfulla mönster.</i>	Delar av svaren som var relevanta för syfte och frågeställning identifierades, hur respondenterna beskrev sina upplevelser av tolkförmedlad behandling, vilka svårigheter och främjande faktorer de uppgav, hur dessa kunde hanteras, vad som varit viktigt för dem i traumafokuserad tolkförmedlad behandling.
<i>4: Koda möjliga teman.</i>	Delar av texten som identifierats namngavs och sorterades i koncept eller nyckelord. Till exempel en patients beskrivning av hur en tolk kommenterat hennes berättelse och hur det gjorde att hon slutade berätta, kodades som "hinder".
<i>5: Revidera och sammanfatta teman i tematisk karta sedan i text</i>	Gick igenom svaren igen för att se om någon del missats. Infogade delarna. Funderade över teman och ändrade beskrivningen av några teman för att fånga fler relevanta upplevelser eller intressanta vinklar.
<i>6: Jämföra resultatet med befintlig kunskap.</i>	Återknöt till kunskap som redovisas i inledningen och jämförde med resultatet. Särskilt fokus på likheter och olikheter från tidigare data samt i vilken riktning fynden pekar.

2.4 RESULTAT

Tematisk karta över upplevelser av tolkförmedlad behandling



2.4.1 Övergripande reflektioner

I tolkförmedlad behandling deltar personer med olika roller, patienter, psykologer och tolkar. Syftet har varit att fånga upp erfarenheter från samtliga tre roller och perspektiv.

En av tolkarna berättade att hon för många år sedan även varit patient i tolkförmedlad behandling och har därmed erfarenhet av båda rollerna men intervjuas som tolk. I hennes svar beskrev hon mer av vad hon uppfattar att patienterna kämpar med till skillnad från de andra tolkarna som sällan gjorde det.

Grupperna skiljde sig åt i vilka ord de använde och hur långa svar de gav. Däremot återfanns likheter i hur de uttryckte sig och hur långt de svarade inom grupperna. Psykologerna gav längst svar, tolkarna något kortare och patienterna kortast. Psykologerna tenderade att beskriva flera aspekter än tolkarna, patienterna gav oftare svar utifrån konkreta exempel. Samtliga parter upplevdes engagerade i ämnet och uppgav att de uppskattade att bli tillfrågade om sina upplevelser av traumafokuserad tolkförmedlad behandling.

2.4.2 Teman

Svaren kretsade kring liknande upplevelser, beskrivna utifrån vilken roll respondenterna hade i tolkförmedlad behandling. Teman utkristalliserades ganska snabbt ur materialet. Första temat är *grundförutsättningar* för tolkförmedlad psykologisk behandling. Dessa var:

- 1) Sekretess
- 2) Vänligt bemötande
- 3) God kvalitet på tolkningen
- 4) Psykologen lyhörd för patientens förväntningar.

Även om grundförutsättningarna är uppfyllda beskrevs vissa faktorer *försvåra* behandling. Dessa var:

- 1) Svårigheter i språkets flöde och tempo
- 2) Otydliga roller
- 3) Bristande samarbete
- 4) Ovisshet kring mötets innehåll
- 5) Dålig ljudkvalitet.

Vidare berättade samtliga respondenter om faktorer som de upplever *främjar* behandling:

- 1) Tillit
- 2) Lugn och varm atmosfär
- 3) Erfarenhet
- 4) Gemensam förståelse för syftet.

2.4.3 Grundförutsättningar för tolkförmedlad psykologisk behandling

Sekretess, vänligt bemötande från tolk och psykolog, god kvalitet på tolkningen och att psykologen är lyhörd för patientens förväntningar beskrevs nödvändiga för psykologisk behandling. Uppfylls inte dessa angav patienterna och psykologerna att de avbryter sessionen eller avstår att göra det som krävs. Psykologerna genomför inte planerade interventioner och patienterna blir tysta.

2.4.4 Sekretess

Samtliga beskrev vikten av sekretess och samtidigt oro för att den bryts. Psykologerna oroade sig framför allt för att vissa tolkar befinner sig på en plats där andra kan höra, nu när tolkning sker på distans på grund av covid-19 pandemin. De uppgav att de ändrade planen att exponera och i stället gjorde andra, mindre känsliga interventioner, alternativt avbröt sessionen och bokade om till en ny session med annan tolk. Patienterna uppgav att de inte berättar om svåra upplevelser/känslor/tankar om de känner sig osäkra på sekretessen. Främst är de rädda att tolken ska sprida det de berättat vidare, i sammanhang patienten potentiellt är en del av som landsmän. Tolkarna lyfte inte frågan om sekretess.

2.4.5 Vänligt bemötande

Patienterna uppgav att ett otrevligt bemötande från tolken hindrade dem från att berätta om traumahändelser eller andra personliga svårigheter. Samtliga gav flera exempel på det. En patient sade att när han berättade om hur han utsatts för svårt våld av staten i det land tolken vuxit upp i, anklagade tolken honom för att ljuga. Alla patienter beskrev tolkar som på ett otrevligt sätt sagt åt dem att vara tysta och lyssna. Ingen av dem sade ifrån eller förmedlade vad som hänt till psykologen. snarare blev de mer tysta. En patient berättar att psykologen fångade upp vad som skett och ringde hem till patientens fosterföräldrar och bad om ursäkt. Han beskrev det som en positiv erfarenhet av att bli tagen på allvar. Psykologerna hade också upplevelser av att tolken ”läxar upp” patienten eller signalerar att de uppfattar patienten som korkad, särskilt i samtal med ungdomar. Vissa patienter uttrycker rädsla att tolken ska döma dem för att de erfårit något som inte erkänns öppet i landet eller för att det som hände var patientens egen förskyllan. Det gäller särskilt män och kvinnor som utsatts för sexuellt våld. Några uttrycker svårigheten med att ha en tolk av det motsatta könet, att det gör dem hämmade och tysta.

Även kyligt bemötande från psykologen uppgavs hindra behandling på samma sätt, att patienten lät bli att ge känslig information. Alla tolkar beskrev upplevelser av att psykologen ter sig irriterad eller kylig på olika sätt. Någon talade med en hård ton mot patienterna och en tolk beskrev hur hon får ”ont i hjärtat” när hon ser patienten reagera med rädsla inför det psykologen gör samtidigt som tolken inte får avbryta samtalet. Detta bekräftas av en annan tolk som ansåg att tidspress är det allra största hindret i vården överlag. Psykologerna är mer stressade, menade hon, bromsar patienterna för ofta och lyssnar ibland inte färdigt. Patienterna berättade om hur förtroendet för psykologen ibland brustit men de hade svårare att beskriva mer specifikt. I stället angav de en känsla av otrygghet som grund för att tystna eller avbryta terapin.

2.4.6 God kvalitet på tolkningen

Samtliga psykologer uppgav att kvaliteten på tolkningen skiftar kraftigt. Indikationer på sämre kvalitet är, enligt dem, att tolken berättar ett sammandrag av det patienten säger och utelämnar vissa delar. Andra indikationer är enligt respondenterna att:

- Hela samtalet går åt till att försöka förstå varandra
- Psykologen ställer samma fråga på olika sätt men får ändå svar på annat än det som efterfrågats
- Tolken berättar om egna erfarenheter
- Patienten och tolken pratar länge sinsemellan
- Tolken recenserar psykologen och påpekar ”fel” psykologen gör
- Det blir ständiga missförstånd.

Vid upplevelse av otillräcklig kvalitet hanterar respondenterna det på olika sätt. En psykolog sade att hon börjar dubbelkolla, fråga vad tolken sagt och försöker sammanfatta och förklara vad hon menar. Samtidigt problematiserade flera respondenter indikationerna på bristande kvalitet, att det kan ha andra orsaker. Att patienten inte vill, inte förstår trots att tolken översatt rätt eller är okoncentrerad ges som förslag. En tolk berättade att hon fått kritik när patienten svarade på annat än det psykologen frågade trots att hon översatt frågan korrekt.

När det är tolkning av god kvalitet märks det enligt psykologerna på att samtalet flyter, att psykologen får svar på det hon frågar om, att tolken tycks fånga det viktiga i det patienten säger. En upplevelse av att tolken förstår både psykolog och patient, att tolken kan förmedla vilken nivå patienten ligger på, förmedlar det psykologen frågar efter och att det blir en känsla av att allt hänger samman, både kroppsspråk och känslor. Tolkarna beskrev god kvalitet som att de lyckas överföra från patient till behandlare så att patienten upplever att tolken försatt sig i patientens roll och förstår vad hon vill förmedla.

Flera tolkar uppgav att god tolkning är att inte översätta ord för ord utan snarare det patienten säger. Betydelsen och valet av ord ändras beroende på sammanhanget och därför är det viktigt att tolken använder sin kunskap om olika begrepp, ord för känslor/det inre, för att psykologen ska förstå vad patienten säger. Det kräver god ämneskunskap, till exempel i medicinska och psykologiska begrepp. Vidare att tolken ofta får förklara olika saker, för båda parter, eftersom synen på psyket och kroppen och vilka begrepp som används för att beskriva lidande skiftar.

2.4.7 Psykologens lyhörddhet för patientens förväntningar

Alla tolkar beskrev att psykologer ibland missar patientens förväntningar på samtalet. Vården skiljer sig åt i olika länder och därmed även patienternas bild av vårdmötet. Exempel som gavs är att det är vanligare med direkta instruktioner än frågor och att möte med psykolog ofta leder till mediciner i vissa länder. När psykologen låter bli att förklara varför och hur olika moment ska genomföras blir patienten förvirrad eller irriterad. Oftare uttrycker de sin frustration till tolken än till psykologen. Ibland leder den skilda förståelsen till att patienten inte förstår att psykologen vill hjälpa dem. En tolk sade att hon ibland uppmanar patienten att ta emot hjälp eftersom hon upplever att de lyssnar lättare på henne. Samtliga tolkar menade att det inte är deras uppgift att informera psykologen om skillnaden i vården mellan olika länder.

2.4.8 Vad upplevs försvåra tolkförmedlad psykologisk behandling?

Svårigheter i språkets flöde och tempo

Hur mycket och på vilket sätt psykologen eller patienten talar beskrevs av tolkarna som centralt för tolkningen. Tolkarna uttryckte att det är svårt att tolka i psykologisk behandling när patienten hoppar snabbt mellan olika ämnen. Samtalet blir splittrat och det kan vara svårt att förstå vad patienten menar. Svårt är även när patienter talar i ett snabbt flöde och i långa stycken, då det kan bli svårt att minnas. Patienterna beskrev att det är frustrerande när tolken ger dem instruktioner att tala i kortare och färre meningar eftersom det upplevs svårt att hinna förklara för psykologen. Samma sak beskrev psykologerna, att det är påfrestande att korta ned meningar och anpassa talet till en tolk. En psykolog sammanfattade det med att hon blir låst i sitt eget språk. Även om det kan vara svårt att minnas längre stycken ansåg flera att det är viktigt att ingen av parterna avbryter eftersom det upplevs påverka samarbetet negativt. Eftersom språkets flöde är centralt ansåg både tolkar och psykologer att de ska lyssna in varandra och försöka hitta en gemensam rytm. Psykologen kan underlätta för tolken genom att stoppa, sätta gränser, be patienten tala i kortare stycken och hålla röd tråd i samtalet eftersom det underlättar förståelsen av det som psykologen och patienten säger, menade tolkarna.

Otydliga roller

Samtliga parter talade om vikten av att de andra vet sin roll i samtalet och håller uppsatta gränser för rollen. Till exempel beskrev tolkarna att det var frustrerande om psykologen börjar fråga tolken om var hen ska sitta och göra, eftersom det är tolkanvändarens uppgift. Likaså beskrev två patienter att det är jobbigt när tolken lägger sig i med egna kommentarer, vad tolken tycker och tänker om det som sägs eller om vad patienten gör. Tolkens roll beskrevs vara att underlätta kommunikation, föra fram patientens röst som om psykologen och patienten hade pratat samma språk. Psykologerna ansåg att tolkarna går utanför sin roll när de flikar in egna kommentarer eller börjar föra ett samtal med patienten som psykologen inte inkluderad i. Även tolkar som tydligt visar starka känslomässiga

reaktioner upplevdes som ett problem av psykologerna, till exempel tolkar som börjar gråta och inte kan fortsätta tolka när patienten pratar. Tolkarna upplevde att patienten går över en gräns när de ser tolkarna som en vän snarare än som en professionell person i sin yrkesroll. Till exempel ber om deras telefonnummer eller frågar om råd. De vill gärna ha hjälp av mottagningen, till exempel med separat väntrum, för att hålla den professionella gränsen.

De flesta psykologer och tolkar säger att de upplever tolkning på plats lättare, mer patientsäkert och att rollerna är tydligare än på distans. Samtliga psykologer beskrev telefontolkningar där tolken ägnat sig åt annat under tolkningen. Vidare förs fram att det kan kännas mer osäkert för patienten att tolken inte syns. Även fördelar med telefontolkning framkommer, till exempel för patienter som inte vill visa sina ansikten.

Bristande samarbete

Samarbete beskrevs som något annat än roller och lyftes av nästan samtliga respondenter i alla tre grupper. Samarbete användes för att beskriva en slags välvillighet, att se varandra som tre människor i stället för tre roller, försöka förstå varandra och vara öppen för att ändra om missförstånd uppstår. Tolkarna beskrev ett dåligt samarbete som att de behandlas som maskiner, till exempel att psykologen inte hälsar på tolken utan tar in tolken och går rakt på uppgiften. Gynnsamt för samarbetet var att bli behandlad som en jämlike på mottagningen, till exempel erbjudas te/kaffe, få tillgång till personaltoaletten, enligt tolkarna. Både patient- och psykologgruppen beskrev att i ett dåligt samarbete pratar tolken och den andra med varandra på ett språk de själva inte behärskade utan att översätta.

Dålig ljudkvalitet

Tolkning under covid-19 pandemin sker på distans. Tolkarna uppgav att de har svårt att höra vad psykologen och patienten säger, när de talar genom munskydd och visir. Ljudet kan hacka, brusa, vara svårt att fånga upp. Det vållar problem om patienten beskriver något allvarligt, som suicidplaner eftersom det finns en tendens att tala tystare när det psykiska måendet är sämre och ämnet är känsligt/väcker skam.

Ovisshet kring mötets innehåll

Tolkarna uppgav ovisshet kring mötets innehåll som en försvårande omständighet. Ofta framgår inte i bokningen att tolkningen gäller traumabehandling, vilket enligt samtliga tolkar påverkade deras stressnivå samt kvalitet på tolkningen. Flera beskrev hur de plötsligt befinner sig i en speciell och laddad situation utan att vara mentalt förberedda. En tolk gav exempel på när hon blev överraskad i tolkning åt en patient som beskrev en svår upplevelse, och tolken skrek till, varpå psykologen sade att hon inte fick tolka mer under sessionen. Sade att det hemska innehållet i traumaberättelsen kom så fort och utan förvarning. Att få information om vad samtalet kommer att innehålla kan ske antingen genom att det framgår i bokningen eller genom att kort tala med psykologen innan och efter. Både tolkar och psykologer beskrev att pratet innan och efter en session med exponering för traumaberättelse försvunnit under covid-19 pandemin när tolkning skett på distans. Ansvar för det korta samtalet innan sessionen ska ligga på psykologen, ansåg samtliga parter. En av psykologerna uppgav att hon ofta förvarnar tolken om det kommer en särskilt svår traumaberättelse.

2.4.9 Vad upplevs främja tolkförmedlad psykologisk behandling?

Lugn och varm atmosfär

Samtliga tolkar beskrev att ett gott samarbete präglas av en varm atmosfär¹¹. Även patienterna uppgav att det kan vara hjälpsamt och ibland en förutsättning för att våga gå igenom behandling, att tolken ”är snäll”. Att vara snäll beskrevs vara att utstråla vänlighet, att ha en varm ton i rösten, avslappnat

¹¹ Atmosfär är det ord de flesta tolkar använder

kroppsspråk och verka närvarande. Flera psykologer uppgav att de noterat att tolken ofta fyller funktionen av en till trygg person i rummet vilket tycks göra det lättare för patienten att öppna sig för dem. De resonerade också kring att det ofta blir lättare med tolkar som har ett mer personligt tilltal, till exempel ”kära du”. Tre tolkar och en psykolog sade också att tolken ska förmedla lugn genom sin röst och sitt kroppsspråk.

Tillit

Vad gäller exponering beskrevs tillit till varandra vara den främsta främjande faktorn av i stort sett samtliga respondenter, i alla tre grupper. Tillit handlar enligt respondenterna om att vara säker på att det som sägs översätts till fullo, så att både syftet med det som sägs och orden blir rätt. Alla respondenter beskrev vikten av att tolken översätter allt som sägs och inte lägger till information eller åsikter.

Erfarenhet

Erfarenhet lyftes fram som en hjälpsam faktor av samtliga tolkar. En beskrev att hon erfarit tillräckligt många traumabehandlingar för att veta att patienten förbättras efter ett tag och eftersom hon vet att metoden hjälper patienten är det lättare för henne att stå ut under traumaexponering. Även psykologerna angav att egen erfarenhet av att ha tolk med i samtalet och tolkens erfarenhet av att tolka psykologisk behandling förbättrar behandlingen avsevärt.

Gemensam förståelse för syftet

Både psykologer och tolkar beskrev att behandlingen underlättas av att samtliga parter har ungefär samma idé vad som ska ske i behandlingen. Psykologerna sade att det är lättare när tolken är med på syftet med att utforska svåra detaljer i traumat. Vidare beskrevs att i en gemensam förståelse av hur tolkningen ska ske och vad som ska göras uppstår ett flöde, ett gemensamt tempo eller turtagning där psykologen vet hur långa meningar tolken klarar att minnas och översätta, patienten talar i lagom långa stycken och tolken förhåller sig neutral. Det tar enligt respondenterna tid att arbeta sig fram till det samspelet. Patienterna nämnde inte syftet med mötet specifikt. Däremot angav flera tolkar att de upplevt patienter som har svårt att förstå vad psykologen vill med mötet.

2.4.10 Vad beskrivs hjälpa respektive hindra exponering i traumabehandling?

Vid exponering i traumabehandling, den del av behandlingen där patienten noggrant och detaljerat beskriver traumahändelsen (ofta i presens) berättade flera respondenter att det ställer högre krav både på förmåga att hantera starka känslor, samarbete och kvalitet i behandlingen. Samtliga de faktorer som beskrivits behöver vara uppfyllda. Vissa tolkar sade att de tvekar inför att tolka i traumabehandling med särskilt svåra berättelser eftersom de är rädda att själva påverkas på ett negativt sätt. Psykologerna sade att de tvekar inför att genomföra exponering om de tvivlar på tolkens kompetens och transparens.

2.4.11 Hur påverkas tolken av att tolka i traumafokuserad behandling?

Strategier att hantera starka känslor beskrevs av samtliga tolkar som nödvändigt för att bibehålla god hälsa i arbetet med att tolka i traumabehandling. Exempel på strategier var att fokusera på själva orden och tolkningen under berättelsen i stället för att känna inför det som sägs, att tyst säga till sig själv att lägga berättelsen bakom sig när de går ut ur terapirummet eller sluta dagen med en kort rekapitulering av dagen och bön. En uppgav att hon vänder sig till religionen för att få tröst och att hon har en ritual där hon dricker kaffe efter en särskilt svår berättelse samtidigt som hon säger till sig själv att hon måste släppa det hon hört. Någon gör yoga varje dag för att hantera stress och starka känslor som uppkommer i arbetet. En tolk nämnde att det är hjälpsamt att avsluta tolkningen med en hälsning som säger något fint, till exempel fred (på arabiska), det hjälper tolken att lägga känslorna bakom sig.

Två tolkar lyfte fram att de har egna erfarenheter som liknar patienternas. Detta beskrivs framförallt som en hjälp i att förstå hur patienten har det och en drivkraft i yrket. En berättade att hon fick pausa tolkuppdraget under en period då familjen drabbades av en rad förluster på samma sätt som många av patienterna erfarit: ”Det kämpiga är att jag också förlorat unga släktingar till havet så det gör ont i magen men jag måste glömma, annars kan jag inte gå vidare, det går bara inte. Jag måste tolka, jag får inte visa att jag lider, jag ska bara tolka det som sägs”.

En psykolog uppgav att hon kan känna skuld över att ha haft för starkt fokus på patienten och missat att snappa upp obehag hos tolken under traumaberättelsen. Hon beskrev att hon ofta frågar tolkar hur de upplevt sessionen och de flesta svarar att det är ok, att de är professionella och vana vid dylika berättelser. Sade vidare att det saknas gemensamma rutiner för att informera tolkarna innan eller stämna av efter en session.

2.4.12 Ambivalens kring information från tolken

Samtliga tolkar, patienter och psykologer diskuterade hur det blir när tolken ger information, utöver att översätta. Det beskrevs inte som specifikt främjande eller hindrande, men diskuterades engagerat varför det förtjänar ett eget stycke. Information delades upp i tre kategorier: 1) om det svenska samhället, vården och sjukvårdssystemet, 2) om översättningen. Dessa två typer av information beskrivs som hjälpsam i de flesta fall. Två patienter uttryckte tacksamhet över tolkar som beskrivit hur sjukvården fungerar och två psykologer berättade att de uppskattar när tolken stannar upp och informerar om att de kommer ställa samma fråga en gång till om patienten inte svarat.

Den tredje kategorin är information om landets eller gruppens värderingar, sedvänjor, livsstil, det som ofta kallas kulturell information. Åsikterna om den typen av information gick isär, från att det kan öka förståelsen mellan parterna till att det är mycket problematiskt. Den främsta risken enligt de flesta respondenter är att informationen blir felaktig. Särskilt om tolken inte är från samma land eller grupp, resonerade en patient. En psykolog uttryckte det som att när tolken informerar om seder eller värderingar blir det lätt schablonbilder, stereotyper. Att tolken ramar in det patienten säger utifrån sin bild av patientens kulturella sammanhang gör patienten mer underlägsen. Vidare gav flera respondenter motstridiga uppfattningar. De sade först att det är av största vikt att tolken inte luftar egna åsikter utan endast vidarebefordrar det som sägs och senare att det är bra om tolken kan beskriva och förklara patientens sammanhang. Vissa uppgav att riskerna kan motverkas genom att psykologen förhåller sig kritisk till kulturell information, eller frågar patienten om den stämmer.

Tidigare uppstod ofta problemet att tolken var tvungen att gå tio minuter tidigare trots att psykologen bokade en hel timme, eftersom de skulle infinna sig på ett annat tolkuppdrag om kort tid. Psykologen kopplade ihop det med ett pressat schema men upplevde att problemet blivit bättre.

2.4.13 Förslag som framkom under intervjuerna vad gäller möjliga förbättringar för tolkförmedlad psykologisk behandling i Region Stockholm

- Egna väntrum till tolkarna.
- Att kvaliteten på tolkningen säkerställs genom tolkförmedlingen.
- Standardiserat sätt att mäta kvaliteten på tolkning i just psykologisk behandling.
- Att tolkarna får information om vad samtalet kommer att innehålla redan i bokningen.
- Mer tid på utbildningar till att diskutera och träna på att använda tolk.
- Kortare utbildningsinsats för psykologer, lättillgängligt, att använda innan session med tolk.

- Kortare utbildningsinsats till tolkar innan traumabehandling, för att öka förutsägbarheten och lära ut syftet med att exponera för svåra händelser. Även tolkarna nämner mer förberedelse som ett förbättringsförslag, men inte specifikt en utbildningsinsats.

2.5 DISKUSSION AV GENOMFÖRD INTERVJUSTUDIE

Resultaten från denna intervjustudie är i stort sett samstämmig med tidigare forskning på området. Grundförutsättningar för tolkförmedlad psykologisk behandling som framkommit under intervjuerna är sekretess, vänligt bemötande av tolk och psykolog, god kvalitet på tolkningen och att psykologen är lyhörd för patientens förväntningar. Det som avgör om behandlingen avbryts på grund av dessa faktorer är i vilken grad eller utsträckning de sker. Genomgående i de tre övergripande kategorier är att respondenterna diskuterat kring mötet innehåll, syfte och upplägg. Ovisshet kring syftet med mötet upplevs till exempel försvåra, och motsatsen, en gemensam förståelse av syftet, beskrivs främja genomförandet av behandling och interventioner.

Vissa tveksamheter gällande kvaliteten på tolkningen tycks till exempel kunna tolereras, men inte i de fall där missförstånd upprepas. Samtliga respondenter beskrev erfarenheter av att kvaliteten brister och uttryckte frustration över det. Det är värt att reflektera över utifrån kostnadseffektivitet och även negativa konsekvenser i form av att patienten kan tappa förtroende för vården. Många patienter uppfattar tolken som en del av mottagningen och brister tolken påverkas tilliten till mottagningen och vården i stort. Inget tydligt sätt att utvärdera kvaliteten har framkommit under intervjuerna, även om ett antal indikationer eller varningstecken framträtt. Till exempel ständiga missförstånd, oklarheter, att patienten tystnar. Även tidsåtgång kan indikera kvaliteten på tolkningen eftersom en tolk utan kunskap om begrepp och termer kan behöva längre tid på sig att förklara. I tidigare intervjustudier har inte svårigheten med skiftande kvalitet på tolkningen framträtt lika tydligt som i härvarande studie.

I kunskapsöversikten i rapportens första del framkom några faktorer som upplevdes påverka behandlingen positivt. Framförallt att ha samma tolk under hela behandlingen, att tolken har erfarenhet av traumabehandling och ett gott samarbete mellan psykolog, tolk och patient (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart, Rheingold, 2020, Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006). Samtliga dessa främjande faktorer framkom även intervjustudien, vilket gör dem intressanta, särskilt erfarenhet och ett gott samarbete eftersom de skulle kunna definieras och studeras närmare. Vad gör de erfarna tolkarna annorlunda? Hur syns ett gott samarbete i tolkförmedlad behandling i jämförelse med ett sämre?

Flera patienter berättade att de blivit utsatta för nedsättande kommentarer av vissa tolkar. Utmaningen för vårdgivaren är att patienterna inte tycks förmedla till psykologen om de är missnöjda med tolken, förutom på en rak fråga. Det är därför av allra största vikt att psykologer ofta och öppet diskuterar vilken tolk patienten önskar. Till exempel, som en tolk i intervjustudien föreslog, fråga ”förstår ni varandra bra?” i början, och i slutet ”vill du boka samma tolk nästa gång eller ska vi ta en annan?”. Vidare bekräftar tidigare studier att tolkning av sämre kvalitet och grövre brott mot tolkseden är en av anledningarna till att tolkförmedlad behandling avbryts (Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012).

Vikten av ett vänligt och professionellt förhållningssätt återfinns i tidigare studier på tolkförmedlad behandling. Ett begrepp som framkommer i Fennig och Denovs studie från, 2020 är ”kulturell ödmjukhet” vilket speglar psykologens förmåga att skapa förutsättningar för att missförstånd av kulturellt färgade uttryck eller föreställningar kan diskuteras på ett öppet sätt. En gemensam förståelse för syftet återkommer som en viktig främjande faktor, och det knyter an till temat ”psykologen lyhörd för patientens förväntan”. Ibland beskrivs det som en avgörande färdighet för att bemöta patienter från andra länder, att veta att det är viktigt att förklara syftet med samtliga interventioner, även frågor som ”Hur mår du?” och att fråga patienten vad han eller hon förväntar sig av samtalet. Det kan inte påtalas nog hur viktigt det är. Patienterna själva tycks inte säga om de inte vet eller förstår vad som ska göras, men det tycks ta sig uttryck i att de frågar tolken.

Vad gäller tolkens roll i behandlingen framkommer i tidigare intervjustudier att det finns en oenighet gällande kulturell information. Samma åsikter framkommer i härvarande intervjuer. Viss information, som att beskriva systemet eller vården, tycks flera patienter uppfatta som hjälpsamt. Samtidigt beskrev samtliga respondenter att tolkens roll "bara är att översätta". En patient säger att det kan vara hjälpsamt med kulturell information om tolken kommer från samma land som patienten, men inte annars eftersom det riskerar att ge en stereotyp bild snarare än att öka förståelsen. Om tolken ramar in patientens utsagor utifrån tolkens idé om patientens kultur och avgör hur alla yttranden ska ramas in språkligt riskerar det att bli en maktobalans mellan patient och tolk. Dessa tankegångar kommer igen i andra studier, till exempel av Hunt och Swartz, (2017).

Fler respondenter hade möjliggjort bättre information om vilka hinder som upplevs mer eller mindre vanliga i tolkförmedlad behandling. I fall med färre respondenter finns större risk för att studien inte fångar en viss variation av upplevelser, det som kallas för transferabilitet. Samtidigt återkommer flera av de hindrande och främjande faktorer som framkommer även i tidigare studier, från andra länder och andra kliniker.

2.5.1 Covid-19 pandemin och förändrade förutsättningar

Undersökningarna i denna rapport har bedrivits under en pandemi med sjukdomen covid-19.

Både tolkar och psykologer beskrev svårigheter med att ha tolkningen på distans, per telefon eller per skärm i videosamtal. Dels för att ljudet förändras och det är svårare att höra vad den andre säger, dels för att tolken inte kan läsa kroppsspråk, eller själv använda kroppsspråk för att ingjuta lugn och trygghet. Vidare oroade sig psykologerna för att tolken inte befinner sig på en plats som uppfyller gängse krav på sekretess. Några psykologer rapporterade att de hört andra människor i bakgrunden när tolken talat, eller hört att tolken ägnar sig åt något annat samtidigt. Telefontolk kan vara mer kostnadseffektivt och tolken kan arbeta hemifrån. Samtidigt tycks, utifrån intervjusvaren, särskilt exponeringssessionerna ställa högre krav på sekretess och trygghet i situationen varför tolkningen bör ske på plats eller åtminstone på skärm.

2.5.2 Informationsinsamling från expertgrupp

I mejlkontakt med psykolog från Västra Götalandsregionen framkom att dilemmat med imaginativ exponering tycks vara en återkommande utmaning för psykologer som arbetar med PE och tolk. En del forskning har bedrivits på hur imaginativ exponering ska gå till, under hur lång tid patienten behöver ha kontakt med minnet och hur engagerad patienten behöver vara för att förändring av rädslostrukturen ska ske. Denna kunskap tycks finnas hos utövare av PE och då de konfronteras med att kommunicera sin guidning via tolk och få till sig patientens traumaberättelse via tolk så provar de olika upplägg för att maximera interventionens effekt. Till exempel att först låta patienten berätta om sitt trauma genom att allt tolkas på vanligt vis, och sedan låta patienten prata på sitt modersmål och psykologen kan då följa med i traumaberättelsen. Samtidigt är de förfaranden som testas runt om i världen inte grundade i studier på hur imaginativ exponering med tolk bedrivs på bästa sätt. Det är helt enkelt en fråga som kunnat förbises tidigare, märkligt nog med tanke på alla de andra detaljer i imaginativ exponering som studerats.

I personlig kontakt med Elisabeth Tiselius, docent på Tolk- och översättarinstitutet på Stockholms universitet, framkommer att tolkutbildningarna varierar kraftigt i omfattning. De tolkar som i stort sett saknar utbildning kan ha svårare att hantera mer komplexa eller svåra samtal. Situationen har sett ut så en längre tid enligt henne och det finns inte riktigt incitament för tolkarna (särskilt inom vården) att utbilda sig eller vidareutbilda sig. Tolkar har inte heller tillgång till den typen av handledning som vårdpersonal som arbetar med svåra patienter eller liknande har. Många tolkar vet heller inte att de ska tolka psykologsamtal när de kommer till tolkningen, eftersom den informationen i många fall tappas bort under bokningsprocessen.

Transkulturellt centrum i Stockholm startades för 21 år sedan som en alternativ till de specifika språkmottagningar som fanns då. Problemet att vissa personer talade ett annat språk än sin vårdgivare löstes innan genom att de anställda talade samma språk som patienterna. Samtidigt blev det ohållbart att tillgodose behovet av vård på olika språk på det sättet, i takt med att antalet språk och språkutövare ökade. Syftet med centret är att stärka vårdpersonalen i Region Stockholm i transkulturella frågor. De erbjuder utbildningar till vårdpersonal för att öka jämlikheten i vården och utbildar även hälsokommunikatörer. Vad gäller tolkanvändning har de regelbundna utbildningar i att använda tolk som sker på arbetsplatsen. I samtal med Frida Johansson-Metso som arbetar på centret, beskrivs att intresset för utbildning i tolkförmedlade samtal är lågt. Detta trots att behovet är stort eftersom många samtal i vården sker med tolk.

2.5.3 Psykiatrins transkulturella referensgrupp

För att vidare undersöka läget kring tolkförmedlad psykologisk behandling har författarna träffat den transkulturella referensgruppen i Stockholm, bestående av forskare och samordnare inom psykologisk behandling och transkulturell vård. Följande fråga ställdes till gruppen:

- *Vilket är det främsta hindret för tolkförmedlad psykologisk behandling?*

Bristande kvalitet beskrevs som det största hindret för psykologisk behandling. Flera beskrev hur de genomfört samtal med tolk där kvaliteten brister i den utsträckning att det som planerats för mötet inte går att genomföra på grund av ständiga missförstånd. Vidare att dylika "förlorade" samtal går att reparera när patienten är inplanerad för upprepade möten på mottagningen, till exempel inom ramen för psykologisk behandling, men inte i de fall det handlar om en bedömning. Slutsatsen av den korta neddykningen i psykiatrins transkulturella grupp är att det tycks vara svårare för vårdgivare som sällan använder tolk än för de som gör det på daglig basis och att kvaliteten på tolkningen tycks påverka tillgängligheten till vård inom olika områden i psykiatrin. Psykiatrisk bedömning lyfts fram som en viktig del i vårdkedjan där kvaliteten på tolkningen måste hålla tillräckligt god kvalitet eftersom bedömningen ligger till grund för vårdplanering och insatser.

2.6 SAMMANFATTNING AV INTERVJUSTUDIEN

God kunskap om tolkförmedlad psykologisk behandling är nödvändigt för att bedriva jämlik psykiatrisk vård (Bauer, Alegría, 2010, SKL, 2016). Trots det är området mycket eftersatt (Lambert & Alhasson, 2015). Denna del av rapporten syftade till att öka kunskapen om upplevelsen av tolkförmedlad traumafokuserad behandling i Region Stockholm. Nio personer med olika roller i tolkförmedlad behandling intervjuades: patienter, psykologer och tolkar. Svaren analyserades utifrån tematisk analys. Sekretess, psykologens lyhörighet för patientens förväntningar, vänligt bemötande samt god kvalitet på tolkningen uppfattades vara grundförutsättningar, om de inte uppfylldes så genomfördes inte behandling. En gemensam förståelse för syftet, tillit, erfarenhet och en varm atmosfär ansågs främja behandling. De försvårande faktorer som framkom var svårigheter i språkets flöde och tempo, otydliga roller, bristande samarbete, ovisshet kring mötets innehåll samt dålig ljudkvalitet. Resultaten var samstämmiga med kunskapen på området, även om problemet med skiftande kvalitet inte betonats i tidigare studier. Skiftande kvalitet angavs även av Psykiatrins transkulturella referensgrupp i Region Stockholm som det största hindret för god tolkförmedlad psykologisk behandling.

Rapportens tredje och avslutande del återger hur tolkförmedlad traumafokuserad KBT kan se ut i den kliniska vardagen, i Region Stockholm vintern 2021.

3 ERFARENHETER OCH RESULTAT AV TOLKFÖRMEDLAD TRAUMAFOKUSERAD KBT VID PTSD I KLINISK PRAXIS

3.1 BAKGRUND

Få studier har genomförts med respektive utan tolk för att undersöka skillnader i behandlingseffekt. En av dessa genomfördes 2006, där femtiotre patienter genomgick *Cognitive Processing Therapy, CPT*, ett protokoll inom traumafokuserad KBT och ett av flera protokoll som rekommenderas av APA (Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006). 25 patienter erhöll behandling förmedlad via tolk och tjugoåtta utan tolk. Till skillnad från andra protokoll i traumafokuserad KBT består stora delar av CPT av kognitiva interventioner genom sokratisk dialog. Exponering är valfritt och i denna studie ingick skriftlig exponering. CPT gav tydlig minskning av PTSD-symtom oavsett om behandlingen var förmedlad via tolk eller inte vilket är i linje med en meta-studie från 2015 (Lambert & Alhasson, 2015). Hinder i behandling med tolk beskrevs framförallt vara stress och oro kring att tolken skulle komma sent till sessionen, att tolken skulle utvärdera terapeutens arbete och att tid gick åt till att gå igenom rationalen för exponering med tolken innan och efter sessionen. En fördel beskrevs vara att terapeuten arbetade mer fokuserat när de hade tolk (Schulz, Resick, Huber & Griffin, 2006).

3.1.1 Narrativ exponeringsterapi, NET

Narrativ exponeringsterapi utvecklades specifikt för personer med posttraumatiskt stressyndrom efter upplevelser av krig och tortyr. Behandlingen utgår från att patienten har multipla traumatiska upplevelser och samtliga dessa arbetas igenom under så kallad narrativ exponering (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). Andra protokoll inom traumafokuserad KBT har kritiserats för att vara utformade för personer som erfarit en enstaka traumahändelse eller, i fall med multipla traumahändelser, som kan ordnas hierarkiskt och exponera för den värsta (Nayak et al., 2012). NET är tänkt att fungera oavsett läs- och skrivkunskaper, oavsett var behandlingen bedrivs (på klinik eller i flyktingläger) och över kulturgränser (Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M, 2010). Metoden utvecklades i ett bosniskt flyktingläger 2002 och har på senare år prövats även i öppenvård i Norge och Tyskland (Schauer et al, 2017). Ettusen trehundra patienter från trettio länder har till dags dato inkluderats i olika NET-studier med lovande resultat (Wei et. Al, 2021). De flesta andra behandlingar i traumafokuserad KBT saknar helt, eller har enstaka, studier på flyktingar. NET har därmed bäst underlag för att vara en genomförbar och hjälpsam metod för just flyktingar. Samtidigt framhåller SBU (2019) att NET behöver utvärderas i fler studier med god studiedesign (randomiserade kontrollerade studier, RCTer) och långtidsuppföljning. I en ny meta-studie framkom att den samlade kunskapen om NET kan ifrågasättas utifrån publiceringsbias och för stor spridning i behandlingsutfall (Wei et. Al., 2021).

3.1.2 Prolonged exposure

Prolonged Exposure (PE) (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021) är ett av behandlingsprotokollen som har starkast stöd för att vara en effektiv hjälp mot PTSD. Flera RCT-studier har visat att PE ger en betydande minskning i PTSD-symtom, både direkt efter behandling och på lång sikt (Cusack et al, 2016). Metoden bygger på emotionell bearbetningsteori som förklarar uppkomst och vidmakthållande av PTSD utifrån rädslostrukturer i hjärnan. Processandet av information försämras i situationer av stark rädsla och minnet som skapas blir fragmenterat. Det leder till återupplevanden av traumahändelsen i form av flashbacks, ofrivilliga påträngande minnesbilder, mardrömmar och starka kroppsliga reaktioner som liknar de som upplevdes under händelsen. Situationer, föremål, lukter, ljud, som tidigare varit neutrala eller väckt positiva känslor kan byta funktion och i stället trigga stark rädsla. Konsekvensen blir att rädsla väcks ofta i många olika situationer. Det stör vardagligt fungerande eftersom personen ständigt hamnar i ett slags överlevnadsläge med enda fokus att fly (Foa,

Huppert & Cahill, 2006). Ofta leder ovanstående till tankar om att världen är farlig och att vara inkompetent att hantera det (Clark & Ehlers, 2000).

Kombinationen av att uppfatta sig som oförmögen att hantera svårigheter och frekvent intensiv rädsla leder till att personer med PTSD börjar undvika allt som påminner om traumat. Ett omfattande undvikande minskar chansen till att delta i aktiviteter som ger positiva känslor, som glädje, intresse, nyfikenhet (Blackledge, 2004). På så sätt blir personens vardag påverkad och risken för att utveckla andra tillstånd som panikångest, depression eller självmordstankar ökar (Fox et al, 2021). Prolonged exposure syftar till att bryta undvikande och vidare att bearbeta traumahändelsen på ett strukturerat sätt. Därigenom struktureras det fragmenterade minnet och patienten drabbas inte längre av plågsamma minnesbilder och återupplevanden (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021).

Nyligen publicerades en fallstudie där patienten som genomgått PE med tolk (efter att ha erfårit en traumahändelse) blev förbättrad i samma utsträckning som patienter som erhållit PE utan tolk (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart & Rheingold, 2020). PE har visat sig vara en effektiv hjälp mot PTSD oavsett typ av trauma och förbättringen kvarstår flera år efter avslutad behandling (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, Foa, 2010). I de många studier som publicerats på metoden har behandlingens olika komponenter och mekanismer studerats specifikt, bland annat hur länge patienten behöver vara i kontakt med traumaminnet och hur psykologen kan få rätt grad av engagemang hos patienten (Foa et. al., 2019). Samtidigt har deltagande patienter nästan uteslutande varit engelsktalande från väst (Nayak et al., 2012) utöver nämnd fallstudie (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart & Rheingold, 2020). Konsekvensen är att det fortfarande är osäkert om resultaten från dessa studier går att generalisera till ett sammanhang där 1) behandlingen bedrivs med tolk och 2) patienterna kommer från andra delar av världen med 3) andra erfarenheter än de västerländska, till exempel tortyr, krig och farliga flyktvägar. I fallstudien med tolkförmedlad PE lyfts bristen på systematisk kunskap om hur exponering ska genomföras med tolk och psykologen i studien ”provar sig fram”. Kunskapsglappet vållar svårigheter för psykologer som önskar bedriva traumabehandling av god kvalitet med personer som talar ett annat språk (Woodward, Orengo-Aguayo, Stewart & Rheingold, 2020).

3.1.3 Modersmålet i traumabehandling

I terapeutiskt arbete där känslor, minnen och tankar är i fokus är det viktigt att patienten kan använda sitt modersmål. Anledningen är att patienten lättare får tillgång till svåra och känslomässigt laddade minnen. Att beskriva upprörande händelser på ett andraspråk ger en slags distanseringseffekt (Harris, Gleason, & Ayçiçeği, 2006) vilket inte är önskvärt. Under exponering uppmanas patienten att ingående och i presens beskriva hur det kändes i kroppen, vad sinnena uppfattade, vad de gjorde och vilka tankar som kom i de allra mest upprörande delarna av händelseförloppet (Brown, Zandberg & Foa, 2019). Syftet är att förändra strukturen i ett rädslonätverk som uppstår när hjärnan kodar in information under stark rädsla och den känslomässiga responsen behöver uppnå viss styrka för att exponeringen ska ha effekt (Brown, Zandberg & Foa, 2019).

3.1.4 Exponering i traumabehandling med tolk

Även svenska psykologer provar olika förfaranden i exponering med tolk. Under studiens gång har psykologer som arbetar med tolk i exponering för traumaminnen konsulterats för att utröna om klinisk praxis finns även om beskrivning av det saknas i litteraturen. I mejlkontakt med psykolog från Västra Götalandsregionen som arbetar på en specialistklinik för migranter med PTSD framkommer till exempel att imaginativ exponering med tolk är en återkommande utmaning för psykologerna (Niklas Fors, personlig kontakt, 16 september 2020). De provar att till exempel först låta patienten berätta om sitt trauma genom sedvanlig tolkning (prata-tolka-prata-tolka) och sedan låta patienten berätta ”fritt” på sitt modersmål när psykologen är välbekant med händelseförloppet. En välkänd traumaklinik i London med samma specialitet beskriver att deras förfaringssätt inte studerats men att de effektiviserat exponeringen utifrån att det tar längre tid med tolk (Kerry Young, personlig kontakt, 22 september 2020). De exponerar enbart för de allra värsta delarna av minnet och hoppar över de mer neutrala

delarna. Även en erfaren handledare för psykologer som bedriver traumabehandling med tolk uttrycker att det saknas klinisk praxis i hur genomföra exponering med tolk (Hanna Dimbodius, personlig kontakt, 1 oktober 2020). Slutsatsen är att det inte finns något vedertaget sätt att genomföra tolkförmedlad exponering i klinisk praktik idag, varken nationellt eller internationellt.

Tolkförmedlad traumafokuserad KBT är ett område som hamnat på efterkälken vad gäller kunskap och systematisk utvärdering. Det vållar bekymmer för den psykolog som vill arbeta utifrån evidensbaserad praktik. Evidensbaserad praktik syftar till att implementera modern forskning i klinisk praktik på ett systematiskt sätt. När den kliniskt verksamma psykologen upptäcker en vit fläck på kartan förordar APA kliniska observationer eftersom det ger en god grund för hypoteser och utveckling av nya metoder. Single-case ger, menar de, en unik chans att se hur en intervention påverkar symtomen inom individen. Även Barlow (2000) konstaterar att fallstudien har uppenbara fördelar i sin tydlighet på individ och detaljnivå i jämförelse med mellangrupsdesign. I linje med APA och Barlows rekommendationer har single-case använts i föreliggande studie.

Sammantaget finns ett stort kunskapsglapp gällande tolkförmedlad traumafokuserad behandling trots att 1) behovet är stort, 2) tillgången till evidensbaserad vård för patienter som behöver tolk brister vilket strider mot de etiska principer som ska styra utformning av vården (SoS, 1999). Ovanstående är även ett brott mot specifika riktlinjer om att behovet av tolk inte ska påverka vilken vård patienten erbjuds (SKL, 2016). Aktuell studie ämnar öka kunskapen om tolkförmedlad psykologisk behandling genom tre fallstudier.

3.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna del av rapporten var att se hur förändring av PTSD-symtom, depressiva- och ångestsymtom samt funktionsnivå ter sig under en traumafokuserad KBT förmedlad via tolk. Vidare att jämföra minskning av PTSD-symtom mellan enskilda behandlingar med traumafokuserad KBT förmedlad via tolk med förväntad minskning vid traumafokuserad psykologisk behandling utan tolk samt att kartlägga när under behandlingen (vid vilken modul) PTSD-symtomen minskar. Dessutom ämnar undersökningen identifiera viktiga faktorer i genomförandet av tolkförmedlad behandling och skapa hypoteser till utformningen av större studier på området.

Frågeställningar:

- 1) Vilka förändringar i PTSD-symtom kan iakttas under traumafokuserad KBT förmedlad via tolk i tre enskilda behandlingar?
- 2) Vilka förändringar i depressiva- och ångestsymtom kan iakttas under traumafokuserad KBT förmedlad via tolk i tre enskilda behandlingar?
- 3) Är minskningen mindre, större eller likvärdig med förväntad effekt vid traumafokuserad KBT utan tolk?
- 4) Vilka förändringar i allmänt upplevd självskattad hälsa och funktionsnivå kan iakttas under traumafokuserad KBT i tre enskilda behandlingar?
- 5) Går det att se när en eventuell förändring av symtom kommer i enskild behandling, dvs vid vilken modul?
- 6) Vilka faktorer bör formuleringen av en större behandling på tolkförmedlad traumafokuserad KBT ta hänsyn till utifrån studiens resultat?

Hypoteser var att det kommer synas en skillnad i grad av PTSD-symtom under behandlingens gång. Ytterligare hypotes var att minskningen av symtom inte kommer att skilja sig nämnvärt från minskningen i traumafokuserad KBT utan tolk, det vill säga att PTSD-symtom och depression skulle minska i samma utsträckning. Vidare hypotes var att en förändring i självupplevd allmän hälsa och livskvalitet skulle synas under behandlingen med traumafokuserad KBT och att depressiva symtom skulle minska. Utifrån tidigare fallstudier antogs en förändring i PTSD-symtom synas efter exponering, så att patienten hamnar under gränsvärdet för PTSD, 29 poäng och att minskningen skulle vara kliniskt signifikant utifrån uppsatta gränsvärden på det primära utfallsmåttet (PCL-5).

3.3 METOD

All behandling skedde på kliniken Capio Centrum för stress och trauma, en specialistpsykiatrisk mottagning specifikt för personer med migrationserfarenheter (en stor andel är asylsökande, somliga papperslösa). På mottagningen genomfördes flest samtal via tolk i hela Region Stockholm förra året (1737 första halvan av 2020). Av dessa var en stor andel traumafokuserad psykologisk behandling. Mottagningen arbetar i första hand med traumafokuserad KBT, framförallt NET och PE utifrån Regionens riktlinjer och vårdprogram vid PTSD (se ovan för referenser). Det gör Centrum för Stress och Trauma till en bra utgångspunkt för att studera evidensbaserad tolkförmedlad psykologisk behandling.

3.3.1 Behandlare och tolkar

Behandlingen bedrevs av huvudförfattaren till rapporten, Ida Mälarstig, legitimerad psykolog med sju års erfarenhet av att arbeta med traumafokuserad KBT. All behandling skedde på Capio Centrum för Stress och Trauma, på plats på mottagningen eller via någon av mottagningens telefoner eller datorer.Handledning i behandlingsarbetet erhöles av en i metoderna erfaren och välutbildad psykolog. Bokning av tolk skedde via "Tolkportalen"¹² som bokar tolk med någon av de tolkförmedlingar som är upphandlade via Regionen. Tolkarna var inte specifikt tränade i terapeutiska samtal. Alla tolkar var auktoriserade och vissa var särskilda hälso- och sjukvårdstolkar. Erfarenheten av att tolka i traumafokuserad behandling skiftade. Tolken satt tillsammans med psykologen, lyssnade till talaren och återgav därefter talet på ett annat språk. Tolken ska behärska både svenska och tolkspråket så att de obehindrat kan tolka i bägge språkriktningarna. Socialstyrelsen skriver att "*målet för ett tolkat samtal är att det ska vara så likt ett direkt samtal som möjligt*" (Socialstyrelsen, 2016). Det var patienten som valde vilken tolk han eller hon önskade ha med i samtalet.

3.3.2 Design

Utifrån de frågor studien ämnade besvara föll valet på single-case med en ABA-design. Det är den design som rekommenderas då etiska aspekter är viktiga (Morley, Masterson & Main, 2018). Patienterna i studien led av ett psykiatriskt tillstånd med tydlig påverkan på vardagen och befann sig på kliniken för att få hjälp, så att pausa interventioner eller randomisera behandlingsstart är inte etiskt försvarbart (Kazdin, 2013). Designen tjänade studiens syfte att utforska och utveckla teorier i ett nytt område av behandlingsforskningen. Single-case ger möjlighet att se hur individerna reagerar på interventionerna i behandlingen och att på en vecka när se förändring. Då studierna bedrivs i ordinarie klinisk verksamhet kan längden på baslinjer och behandlingens olika faser komma att variera med hänsyn till deltagarnas individuella behov och omständigheter. Ambitionen var att utvärdera så ofta det är praktiskt möjligt men resultaten kan ha påverkats av externa faktorer (Morley, Masterson & Main, 2018).

¹² <https://tolkportalen.regionstockholm.se/>, där vårdpersonal loggar in med SITHS-kort.

3.3.3 Deltagare

Tre patienter inkluderades i studien. Ambitionen var att välja ut tre för mottagningen typiska patienter. Deltagarna var i medelåldern, mellan 30-60 år. Samtliga bedömdes uppfylla kriterier för PTSD utifrån DSM-V (APA, 2000) i psykiatrisk bedömning utifrån MINI-7 (Sheehan et. al., 1998) där patienten screenas för vanligt förekommande psykiatrisk problematik. Alla uppfyllde även kriterier för depression. Vidare hade alla pågående farmakologisk behandling som de stått på sedan minst ett halvår tillbaka, förskrivet av mottagningens psykiater. Ingen av medicinerna bedömdes påverka psykologisk behandling och patienterna uppmanades att bibehålla samma dos under hela behandlingen. Ingen av deltagarna uppvisade psykotiska symtom eller pågående missbruk. En del psykiatrisk samsjuklighet förekom, vilket är vanligt i patientgruppen på Capio Centrum för stress och trauma. Ingen arbetade, samtliga var sjukskrivna eller gjorde praktik i Arbetsförmedlingens regi. Nedan presenteras också grad av PTSD och mest framträdande problem enligt patienterna själva.

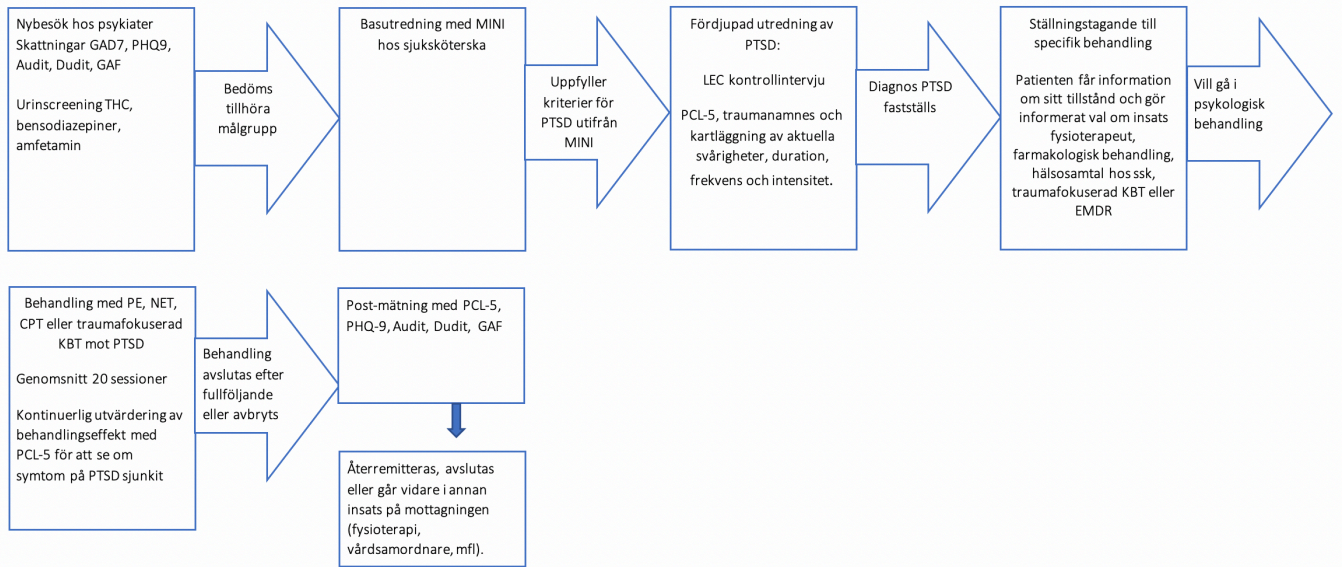
3.3.4 Tabell 1, deltagare

Ålder	År i Sverige	Potentiellt traumatiserande händelser, antal och art	Samsjuklighet	Språkkunskaper i svenska	Grad av PTSD	Framträdande problem
30-40 år	0-5	5 + Våld i nära relationer: hot, fysiskt och sexuellt våld, förföljelse	Agorafobi Paniksyndrom Depression	Förstår enkla meningar	Utifrån PCL-5: svår	Passivitet och rädsla för att gå ut, stannar inomhus och genomför sällan hushållssysslor
30-40 år	5-10	10 + Förövare: utövat våld mot andra Krigsupplevelser: bombanfall, skjutningar Fängslad och torterad Bevittnat plötslig våldsamt död	Dissociation Depression	Förstår enkla meningar	Utifrån PCL-5: medel	Ständiga flashbacks som försvårar koncentration Skuld känslor och grubblande
20-30 år	0-5	Våld i nära relationer: hot, fysiskt, kontrollerad Sexuellt våld	Depression	Kan ingen svenska	Utifrån PCL-5: medel	Rädsla för att röra sig utomhus, rädsla för minnena

Patienterna remitterades från primärvård av husläkare eller gör egenanmälan via 1177 eller med hjälp av mottagningens reception. Se nedan flödesschema som illustrerar patientens väg till psykologisk behandling, via bedömning och informerat samtycke.

3.3.5 Figur 2: flödesschema vård på Capio Centrum för stress och trauma

Flödesschema översikt



Inklusionskriterier: primär diagnos PTSD, inget känt missbruk, bedömdes vara hjälpt av traumafokuserad KBT och hade praktiska möjligheter att genomgå behandling. Eftersom de flesta av mottagningens patienter har samsjuklighet, både somatiska och psykiatriska, var det inte en orsak till exklusion så länge PTSD bedömdes vara primärt. Patienternas legala status skiftade, från asylansökande till tillfälliga uppehållstillstånd. Även boendesituation och sysselsättning skiftade och gav inte anledning att utesluta patienten från behandling.

Exklusionskriterier: att patienten inte önskade eller kunde genomgå psykologisk behandling för att annan svårighet var prioriterad för patienten, till exempel ekonomiska svårigheter eller saknade bostad. Patienten fick själv prioritera vilket problem som upplevdes störst. Detta informerade val skedde efter det att patienten tagit del av beskrivningar av möjliga insatser. Vidare exklusionskriterier var ovillighet att använda tolk, allvarliga suicidala beteenden som bedömdes akuta eller svårt missbruk som hindrar inläring. I övrigt har samsjuklighet inte utgjort grund för exklusion.

3.3.6 Behandlingar

Behandlingar som gavs i studien var traumafokuserad KBT med exponering utifrån protokollen:

- 1) Prolonged Exposure, PE (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021)
- 2) Narrative Exposure Therapy, NET (Schauer et al, 2017)

Interventionerna i ovanstående protokoll delades upp i fem moduler och ordningen i vilken modulerna gavs varierade i de tre fallen. Syftet var att kunna se resultat för exponeringssessioner specifikt. Vissa moduler förekommer bara i ett av protokollen, till exempel exponering in vivo som bara finns i PE och inte i NET. Innan behandling gjordes baslinjemätning och efter gjordes uppföljning. För att säkerställa att behandlingarna gick att genomföra inom tidsramen för projektet beslutades om tio behandlingssessioner á nittio minuter som ett riktmärke. I PE-manualen och NET-manualen är tio sessioner á en vanlig längd men på mottagningen är behandlingarna i snitt ca tjugo sessioner.

Baslinjen utgörs av skattningar som gjorts innan behandlingen påbörjades och är en uppskattning av patientens generella symtomnivå, som den brukar se ut.

Modul A: Syftar till att kartlägga patientens samtliga traumahändelser under livet. Detta görs på lite olika sätt i NET och PE. I PE administreras den s.k. ”traumaintervjun” (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021) och i NET gör terapeuten tillsammans med patienten en ”livslinje” med hjälp av snöre, blommor och stenar (Schauer et al, 2017). Blommorna representerar viktiga positiva händelser och stenarna representerar traumahändelser. Eftersom syftet med de båda tillvägagångssätten är detsamma, slås de ihop i en modul.

Modul B: Innehåller psykoedukation om vanliga reaktioner på trauma och varför de interventioner som behandlingen innehåller kommer att hjälpa. I PE sker det på ett mer strukturerat sätt, genom att patienten får ta hem och läsa information eller läsa själv i en arbetsbok (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021). Samtidigt kan det vara svårt för personer som har svårt att läsa eller skriva, en målgrupp NET är mer anpassad för. Där ges kortare psykoedukation och rational, förklarad utifrån patientens nivå (Schauer et al, 2017).

Modul C: Exponering in-vivo. Ingår enbart i PE. Patienten konfronteras med fruktade stimuli associerade till traumat, som hemuppgift mellan sessionerna och/eller tillsammans med terapeuten i sessionen. Det sker strukturerat utifrån en ångesthierarki där patienten graderat olika typer av stimuli (kan till exempel vara platser, aktiviteter, ljud, lukter, människor) utifrån uppskattning av hur mycket obehag patienten upplever av att vara i kontakt med stimulit, så kallade SUD-skattningar. Konfrontationen sker graderat för att öka chansen att patienten får en ny erfarenhet av att klara av att

vara i kontakt med stimulit och att handskas med de känslor som väcks (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021).

Modul D: Imaginativ eller narrativ exponering. Ingår i både PE och NET. I imaginativ exponering leds patienten i att berätta traumahändelsen från början till slut och att kontinuerligt skatta sitt obehag på en skala som patienten tränats i tidigare, SUD-skattning. Patienten ombeds sluta sin ögon och leva sig in i händelsen som om den skedde i nutid. Särskild uppmärksamhet ägnas åt de delar av händelsen som är allra värst (högst intensitet) för patienten (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021). I narrativ exponering ombeds patienten beskriva hela förloppet i en traumahändelse med detaljer gällande både miljön, yttre karaktäristika och inre upplevelser i form av sinnesintryck och känslor. Terapeuten leder patienten genom berättelsen, ofta genom att fråga ”vad hände sedan?” och genom att få fram så många detaljer som möjligt. Riktlinjen är att terapeuten ska kunna föreställa sig händelseförloppet som i en filmsekvens (Schauer et al, 2017).

Modul E: Vidmakthållande och återfallsprevention. Patienten gör tillsammans med psykologen en plan för hur fortsätta träna på det han eller hon lärt sig under terapin. Dels hur fortsätta utmana de undvikanden som ofta finns kvar då och även bibehålla de framsteg som uppnåtts. I återfallspreventionen får patienten reflektera över hur PTSD uppstod och utvecklades, hur den vidmakthölls och vad som hjälpte i att bli av med problemen. Dessutom får de beskriva hur de skulle handskas med ett eventuellt nytt trauma eller påfrestande händelse (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021). I NET får patienten det narrativ som skapats under behandlingen (patientens livberättelse) med psykologen, patienten och tolkens namnunderskrifter. Ett vittnesmål där psykologen och tolken är vittnen (Schauer et al, 2017).

Uppföljning: Vid uppföljning genomfördes skattningar. Psykologen frågade även patienten om hur han eller hon upplevde behandlingen, vad var svårt respektive lätt, vad är det viktigaste patienten lärt sig av behandlingen.

3.3.7 Implementering av metoderna

I härvarande studie fanns inte möjlighet att låta expertbedömare skatta följsamhet till metoderna utifrån inspelade sessioner. För att öka följsamheten till angiven metod användes i stället respektive manual med tillhörande checklistor. I dessa gjorde behandlaren notat efter varje session. Särskild vikt lades vid avvikelser, avsteg eller anpassningar utifrån patientens individuella behov eller utifrån att behandlingen förmedlas via tolk. Både narrativ exponeringsterapi (Schauer & Elbert, 2017) och Prolonged Exposure (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021) har checklistor till respektive session.

Vidare har psykologen som genomförde behandlingarna kontinuerligt fått handledning av en i båda metoderna erfaren handledare. I handledning har följsamhet diskuterats och strategier för att förhindra att behandlaren driver iväg från manualen, särskilt från att genomföra de interventioner som visat sig effektiva. I manualen återfinns de delar som visat sig avgörande för att åstadkomma förbättring och delar som anses mindre viktiga för utfallet. Handledaren, som har god kunskap om detta, hjälpte psykologen i att göra anpassningar på ett sätt så att de centrala verksamma mekanismerna inte gick förlorade.

3.3.8 Instrument

För att studera behandlingens förlopp utifrån flera perspektiv användes beteendemått, självskattningar samt behandlarskattningar (Kazdin, 2009).

Beteendemått

Beteendemått erhöles på frekvens och intensitet av traumaminnen samt hur hindrad deltagaren varit av sin traumaminnen den senaste veckan. Deltagaren markerade ett kryss på en tio cm lång VAS-skala. Måttet utformades för att vara lätt att förstå, fånga kärnsymtomen i PTSD och gå snabbt att

administrera eftersom det ska genomföras en gång/vecka (Morley, Masterson & Main, 2018). Svarmönster och hur det förändras över tid framkommer genom att mäta förändringen på skalan med linjal. Beteendemåttet provades ut genom att testa det på två patienter innan studien genomfördes. Deltagarna påmindes om att genomföra skattningen av ansvarig psykolog, i baslinjemätning och uppföljning genom sms och under behandlingen i anslutning till sessionen.

Hur ofta har dina traumaminnen kommit senaste veckan?

Aldrig

Hela tiden

*Hur ofta har dina traumaminnen **hindrat dig** från att göra saker senaste veckan?*

Aldrig

Hela tiden

*Hur **plågsamma** har dina traumaminnen varit senaste veckan?*

Inget obehag

Extremt plågsamma

Självskattningar

De självskattningar som användes fanns på de språk patienterna talade med ett undantag. Därmed kunde patienten fylla i själv, utöver en som fick instrumenten översatta av tolk. Förändring i vanligt förekommande samsjuklighet (depression och generell ångest) och allmänt upplevd hälsa mättes även. Följande instrument användes:

1. Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5. Självskattning med tjugo frågor, svar från noll till fyra. Mäter grad av PTSD-symtom utifrån DSM-5. Används för screening, fastställa diagnos, bekräfta diagnos, utvärdera behandling och vid uppföljning. Består av tjugo frågor och finns på flera språk (Bressler et al, 2018). Visar grad av symtom på de fyra symtomklustren: påträngande symtom, undvikanden, negativa förändringar i emotioner och sinnesstämning, symtom på förhöjd fysiologisk aktivering. Instrumentet har visat goda psykometriska egenskaper såsom hög intern konsistens, Cronbachs alfa .83 till .98 (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015). Behandlingens resultat tolkas utifrån skillnad i poäng innan och efter. Färre än fem poängs minskning innebär att ingen förändring skett, vid fem till nio poäng har viss förändring skett och vid tio till tjugo poäng har behandlingen lett till en kliniskt signifikant förbättring (Bressler et al, 2018).
2. Patient Health Questionnaire, PHQ-9. Självskattning för screening av egentlig depression och för att bedöma grad av depression utifrån DSM-5. Används även som processmått för att utvärdera behandling löpande. Består av tio frågor och finns på flera språk. Under fyra poäng bedöms som att ingen depression föreligger, mellan fem till nio bedöms depressionen vara mild, tio till fjorton måttlig, femton till nitton medelsvår och tjugo till tjugosju svår. Har visat goda psykometriska egenskaper såsom hög intern konsistens, Cronbachs alfa .86 till .89 (Kroenke et al, 2001).
3. Generalized Anxiety Disorder, GAD-7, avser mäta förekomst av generaliserad ångest för stöd i diagnosticering samt grad av besvär. Skalan kan användas för utvärdering av behandling såväl under som innan/efter behandling. Består av sju frågor och finns på flera språk. Även GAD-7 har visat goda psykometriska egenskaper, däribland hög intern konsistens, Cronbachs alfa .92. Under tre bedöms som ingen GAD, över tre men under tio bedöms som måttlig och över femton upp till tjugooett som är maximal poäng bedöms som svår GAD (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006).
4. EQ-5D-3L, självskattningsskala för att mäta allmänt upplevd hälsa. Finns på 170 språk och kan användas vid både somatisk och psykiatrisk illabefinnande. Patienten svarar på en VAS-skala mellan 0–100 där 0 representerar ”sämsta tänkbara tillstånd” och 100 ”bästa tänkbara tillstånd” (Rabin et al, 2014). Skalan har visat goda psykometriska egenskaper och samstämmighet med andra instrument som mäter hälsa och livskvalitet (Feng, Kohlmann, Janssen, 2021).

Behandlarskattningar

1. CGI-S, förkortning för Clinical Global Impression Severity, är en behandlarskattning avsedd att mäta svårighetsgrad av de tillstånd patienten lider av vid aktuell tidpunkt utifrån en sjugradig skala där sju representerar den svåraste graden. Bedömningen görs utifrån behandlaren kliniska erfarenhet av patientgruppen, till exempel patienter med PTSD. Tidsintervallet är just nu eller den senaste veckan (Guy, 1976). Skalan har visat god interbedömarreliabilitet vid depression och används ofta i psykiatrisk vård i Region Stockholm (Kadouri, Corruble & Falissard, 2007).

2. GAF, behandlarskattning för att bedöma psykologisk, social och yrkesmässig funktionsnivå vid aktuell tidpunkt, inte utifrån tidigare eller förväntad funktionsnivå. Skalan går från 0-100 vilket representerar svår psykisk sjukdom respektive god psykisk hälsa och kan användas ofta (APA, 2000).

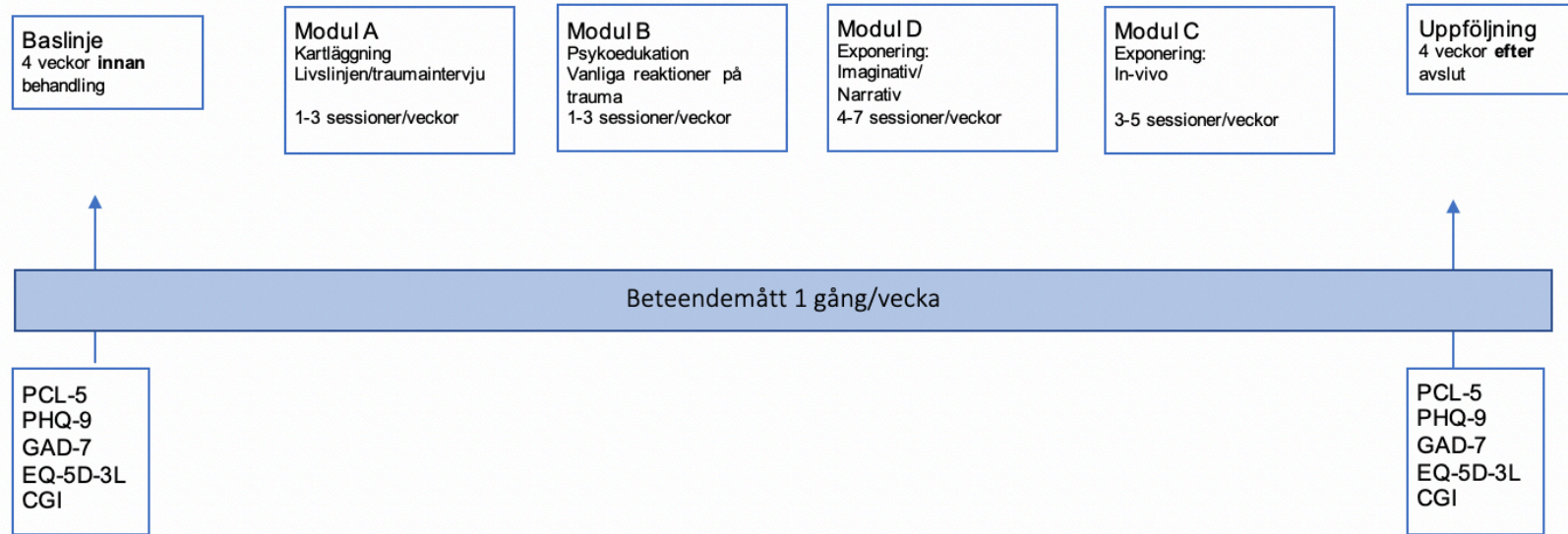
Utfallsmått innan, under och efter behandling

Baslinjen fastställdes genom att patienten fick skatta frekvens, intensitet och hur hindrande traumaminnena upplevs varje vecka under minst fyra veckor. För att kontinuerligt mäta förändring användes beteendemåtten sedan veckovis under hela förloppet, från baslinje till uppföljning. Primärt utfallsmått var symtom på och påverkan av PTSD i patientens dagliga liv och sekundära utfallsmått är symtom på depression, ångest och allmän hälsa och funktionsnivå.

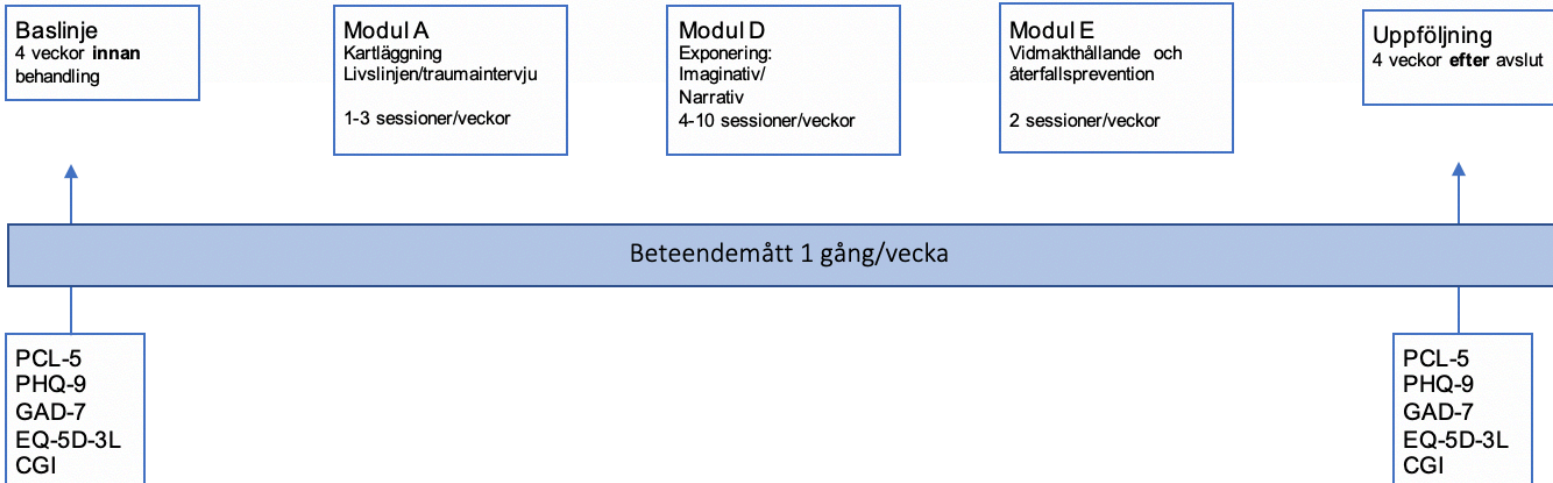
Tidslinje

Nedan exemplifieras behandlingens gång, utifrån skattningar och moduler.

Figur 2, exempel behandling 1



Figur 3: exempel behandling 2



Databearbetning

Genom att grafiskt gestalta resultaten i intensivdesignerna framgick dels synliga trender i hur symtomen förändras, dels var förhoppningen att skönja när under behandlingen PTSD-symtomen minskar, till exempel om det skedde innan, under eller efter exponeringssessioner. Med sin höga upplösning på individnivå har intensivdesignen där en stor fördel (Kazdin, 2009). Resultaten är tänkta att utgöra grund för att kunna designa en senare större studie inom ramen för att öka kunskap om tolkförmedlad traumafokuserad KBT.

För att se om behandlingen gav förväntat utfall användes förändring i PCL-5 före- och efter behandling. En minskning av minst tio poäng på PCL-5 räknades som klinisk signifikant förbättring. Vidare förväntas patienten hamna under gränsvärdet för vad som bedöms vara PTSD, som i många studier beskrivs vara tjugonio poäng (Bressler et al, 2018). Traumafokuserad KBT brukar också minska depressiva symtom och öka livskvalitet (Foa et. al, 2015).

Variabler

Oberoende variabler var modul (modul A, B, C, D, E) och tid. Beroende variabler var beteendemått på hur plågad patienten är av sina traumaminnen, hur ofta de kommer och hur mycket de hindrar patienten i dennes vardag. Vidare beroende variabler var symtom på PTSD, depression, ångest, allmänt självskattad hälsa och behandlarskattad funktionsnivå och nivå av psykiatriska svårigheter.

Validitet och reliabilitet

Få deltagare och vald design ger lägre extern validitet. Vidare är gruppen ”flyktingar” eller ”personer som behöver tolk” en heterogen grupp. De kommer från hela världen och har skiftande utbildningsnivå. Vad gäller intern validitet ger upprepade mätningar en chans att se trender och eventuella trendbrott som kan bero på mätfel. Till exempel har patienten chans att vänja sig vid beteendemåttet under baslinjen, varför avvikande siffror kan förekomma där men inte borde synas senare i förloppet (Morley, Masterson & Main, 2018). Viktigt var att de skattningar som används är validerade på flera språk samt i bästa fall använts även i flyktinggrupper. PCL-5 (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015), EQ-5D-3L, PHQ-9 samt GAD-7 uppfyller dessa krav, förutom att PHQ-9 och GAD-7 använts mindre frekvent i flyktinggrupper. PCL-5 har använts för att mäta grad av PTSD-symtom även hos till exempel flyktingar i Irak och visat god reliabilitet och validitet i den gruppen (Ibrahim, Ertl & Catani, 2018).

Etiska överväganden

Deltagande i studien var helt frivilligt och kunde när som helst avbrytas om deltagaren önskar det. Data samlades in anonymt och inga personuppgifter lagrades. Deltagarna får skriftlig information om vad studien innebär, vilken data som samlas in, vad data ska användas till och att de kan avbryta när de vill. Deltagarna fick likvärdig behandling på mottagningen oavsett om de deltog i studien eller inte och om de inte bedömdes eller upplevde sig förbättrade vid avslut erbjöds de fler sessioner med samma behandlare (Vetenskapsrådet, 2020). Ingen etikansökan gjordes då föreliggande projekt är en del av verksamhetsutveckling samt sker inom ramen för en examensuppsats. Resultaten kommer inte att publiceras. Informerat samtycke återfinns som bilaga 1. Skadliga biverkningar i form av betydande försämring, ökad vålds- eller suicidrisk har inte framkommit under de tidigare studier som genomförts på metoderna PE (Cusack et al, 2016) och NET (Schauer et al, 2017). Patienterna följdes trots det noggrant under behandlingen av behandlande psykolog och har blev uppmanade att informera behandlande psykolog om eventuell ökning av psykiska besvär.

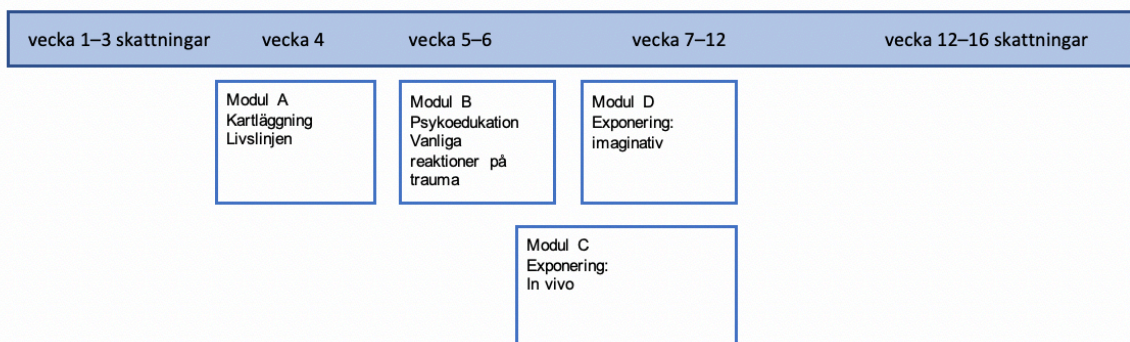
3.4 RESULTAT

Patient 1 slutförde behandling som planerat. Patient 2 och 3 drabbades av covid-19 under behandling (smittade av anhöriga utanför mottagningen). Patient 2 efter psykoedukation, exponering in vivo och en session med imaginativ exponering. Patient 3 efter psykoedukation och påbörjad livslinje, patienten har därför färre sessioner samt saknar mätningar under två veckor. Då patienterna var sjuka i flera veckor och inte orkade genomföra sessioner på distans inverkade det menligt på behandlingarna. Baslinjen och uppföljning var fyra veckor för samtliga patienter.

3.4.1 Behandlingsgång

Patient 1 genomgick Prolonged Exposure utifrån den senaste terapeutmanualen (Foa, Hembree, Rothbaum, Rauch, 2021), nio behandlingssessioner á nittio minuter. Sessionsupplägget såg ut som följer:

Patient 1



Session 1: Genomförde kartläggning med traumaintervjun. Flera potentiellt traumatiserande upplevelser framkom. En händelse drömde patienten mardrömmar om, hade flashbacks av och upplevde starkt obehag inför att komma i kontakt med. Det bedömdes som indextrauma och blev fokus för imaginativ exponering.

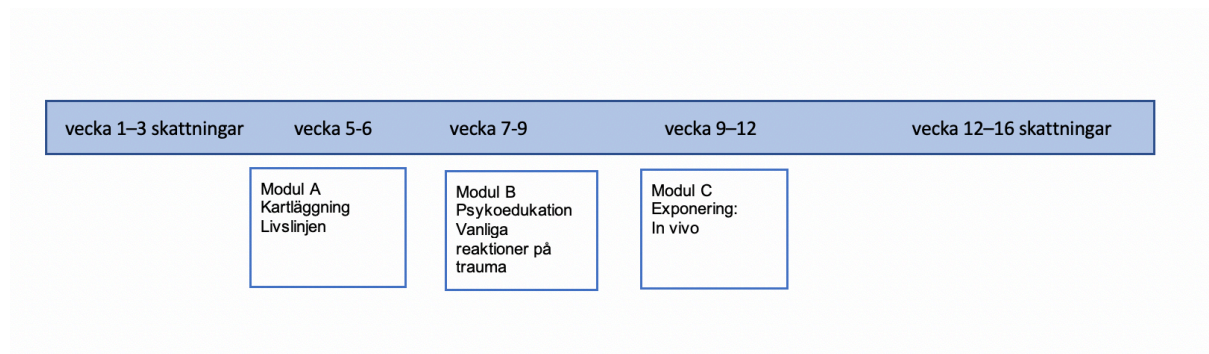
Session 2-3: Psykoedukation och diskussion om vanliga reaktioner på trauma. Påbörjade arbete med exponering in vivo session 3, med ångesthierarki och hemuppgift i att genomföra exponering på egen hand.

Session 4-8: Imaginativ exponering med inspelning som patienten lyssnade på hemma, samt fortsatte viss exponering in vivo på egen hand.

Individuella anpassningar: Papper skickades hem med post till patienten men då materialet inte fanns översatt till patientens språk kunde patienten inte läsa om vanliga reaktioner på trauma, utan skrev i stället ned själv under sessionen. Registreringsblanketter skickades hem till patienten eller gavs ut under sessionen, men ej heller dessa fanns på patientens språk utan patienten fick fylla i det svenska papperet med sitt eget språk. De formulär patienten skulle självskatta med fanns inte på patientens språk. Dessa genomfördes därför tillsammans med ut och en tolk i stället. Ångesthierarkin skrev patienten själv ned. Fokuserade på att genomföra exponering in-vivo övningar med vissa skattningar av ångestnivå, vissa skattningar missade patienten att genomföra. Hann ej med kontrollerad andning. Patienten bytte tolk tre gånger i början efter att behandlande psykolog efterfrågat återkoppling på hur tolken fungerat varje session. Imaginativ exponering genomfördes genom sedvanlig tolkning, patient-tolk-psykolog-tolk-patient. Patientens skattade sitt obehag ungefär var tionde minut.

Patient 2

Även patient 2 genomgick Prolonged Exposure utifrån den senaste manualen (Foa, Hembree, Rothbaum, Rauch, 2021), åtta behandlingssessioner á nittio minuter. Patienten drabbades av covid-19 och hann därför endast med exponering in vivo, inte imaginativ exponering. Sessionsupplägget såg ut som följer:



Session 1-2: Genomförde kartläggning med traumaintervjun utifrån (Foa, Hembree, Rothbaum, Rauch, 2021). Flertalet potentiellt traumatiserande händelser framkom, varav två tycktes påverka patienten mest i mardrömmar, flashbacks samt undvikanden.

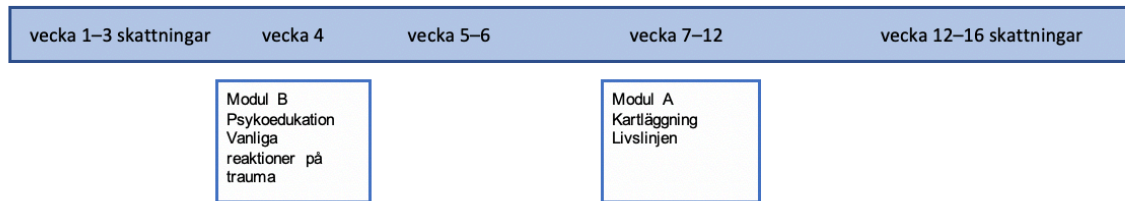
Session 2-3: Psykoedukation samt exponering in vivo, med ångesthierarki och hemuppgift i att genomföra exponering på egen hand. Ett omfattande undvikande framkom.

Session 4-7: Exponering in vivo på egen hand. Imaginativ exponering planerades att äga rum på plats, under fysiskt besök, på patientens begäran, och fördröjdes på grund av sviter patienten led av efter covid-19.

Individuella anpassningar: Papper skickades hem med post till patienten eftersom behandlingen till största del bedrevs på distans. Psykoedukation om vanliga reaktioner på trauma finns på patientens språk. Registreringsblanketter för exponering in vivo skickades hem till patienten men de fanns ej på patientens språk utan patienten fick fylla i det svenska papperet med sitt eget språk. De formulär patienten skulle skatta finns på patientens språk men inte i journalsystemet. Dessa genomfördes tillsammans med ut och en tolk. Ångesthierarkin skrev patienten själv ned. Fokuserade på att genomföra exponering in-vivo övningar med vissa skattningar av ångestnivå, vissa skattningar missade patienten att genomföra. Patienten drabbades av covid-19 efter baslinjen och innan behandlingen påbörjades och drabbades sedan av ytterligare en kris veckan innan session 4 då hon fick avslag på asylansökan. Tid ägnades då även åt krisstöd, utifrån att behandlingen bör ta hänsyn till de särskilda psykosociala omständigheter asylsökanden lever i (Thompson, Vidgen & Roberts, 2018). Patienten kommer att kunna få fler sessioner med imaginativ exponering senare under året om hon så önskar.

Patient 3

Patient 3 genomgick Narrativ exponeringsterapi utifrån den senaste manualen (Schauer et al, 2017), nio behandlingssessioner á nittio minuter. Patienten drabbades av covid-19 tidigt i behandlingen och avbokade även senare flera besök av olika anledningar, vilka då ombokades, men patienten erhöll inte någon exponering inom ramen för denna rapport. Sessionsupplägget såg ut som följer:



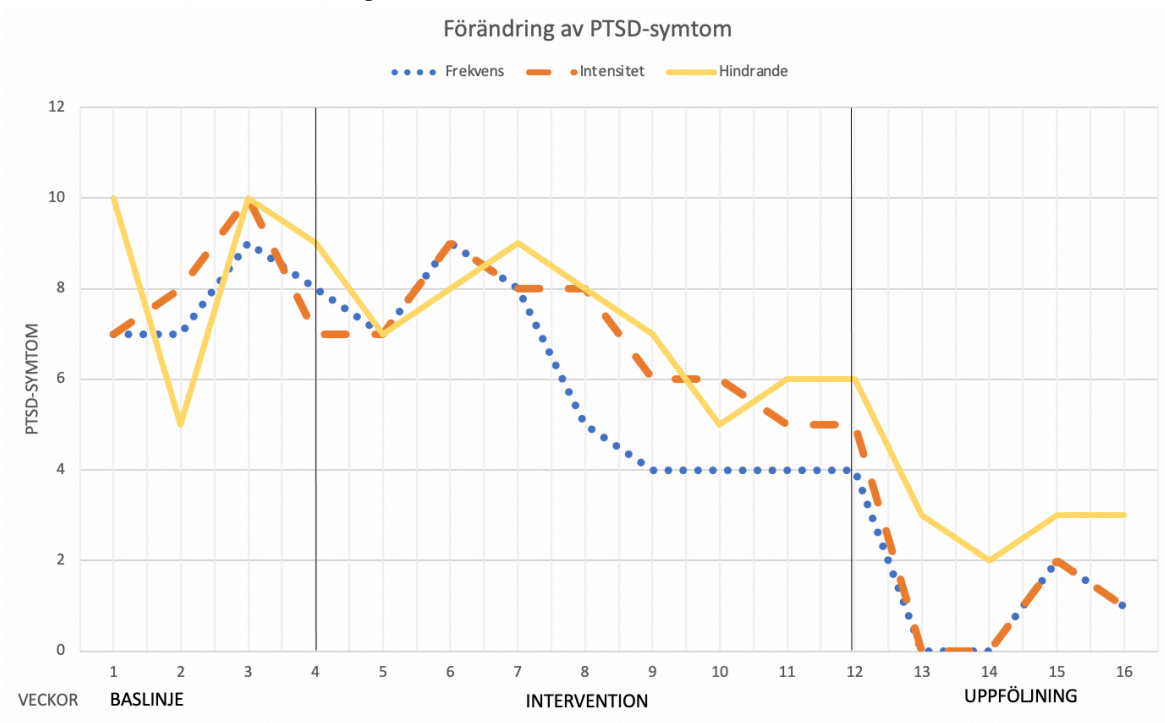
Session 1: Psykoedukation med fokus på normalisering, legitimering, vanliga reaktioner vid trauma och behandlingsprocedurer. Detta återkom även senare, under livslinjen.

Session 2-3: Patienten sjuk, inga skattningar eller sessioner.

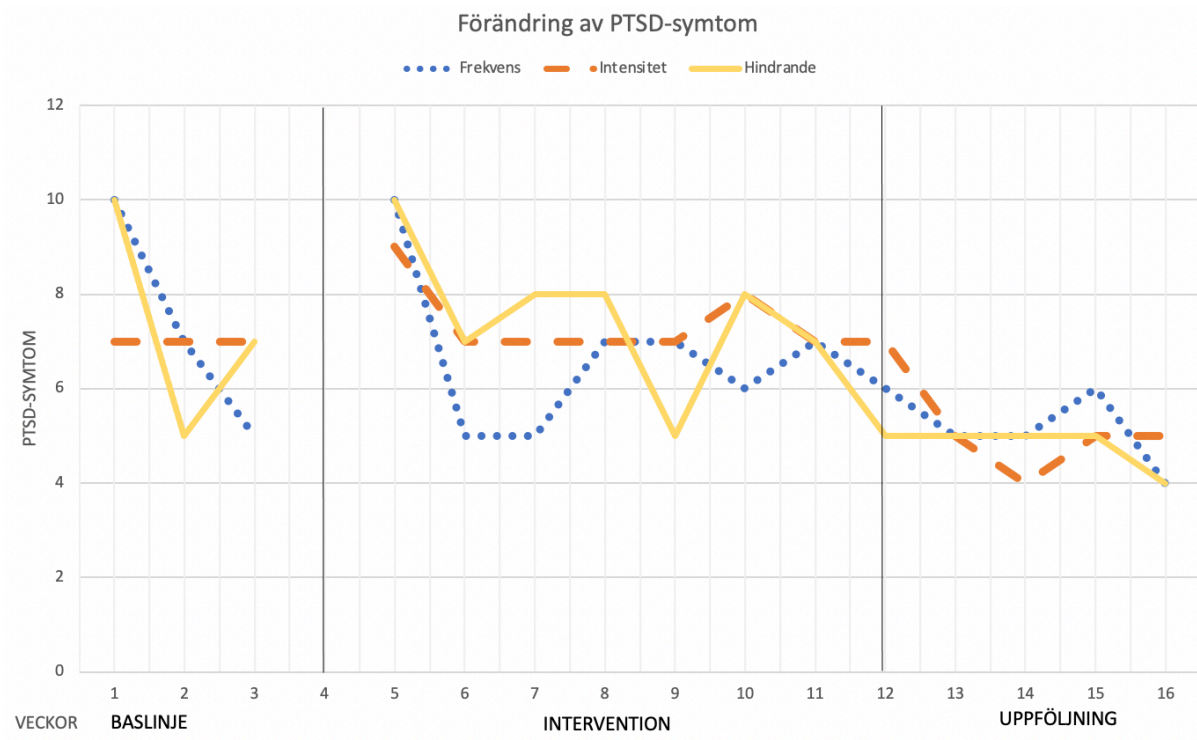
Session 4-9: Försökte genomföra kartläggning med livslinjen utifrån (Schauer et al, 2017). De första två sessionerna på distans då patienten fortfarande hade symtom, vilket blev svårt då patienten tvekade att berätta när hen inte befann sig på plats. Patienten hade under dessa veckor ambitionen att komma på ett fysiskt besök "nästa vecka" men varje gång visade det sig att hen inte kunde på grund av förkylningssymtom. Patienten avbokade även två sessioner under denna tid.

Individuella anpassningar: Patienten har inte genomfört den centrala delen av behandling, narrativ exponering, utan endast de inledande delarna, och dessutom de flesta sessioner på distans. Att göra livslinjen på distans var svårt eftersom proceduren bygger på att patienten placerar avgörande händelser i form av stenar, pinnar och blommor på en linje, vilket representerar livet, som används under hela behandlingen. I stället fick patienten beskriva och ut rita och visa upp. Behandlingen slutfördes inte inom ramen för denna rapport, dels på grund av att patienten ringde återbud och då endast kunde talas vid kortare per telefon, dels för att behandlingen fördröjdes av att patienten blev sjuk. Patienten kommer att erhålla en hel behandling senare, när hen så önskar.

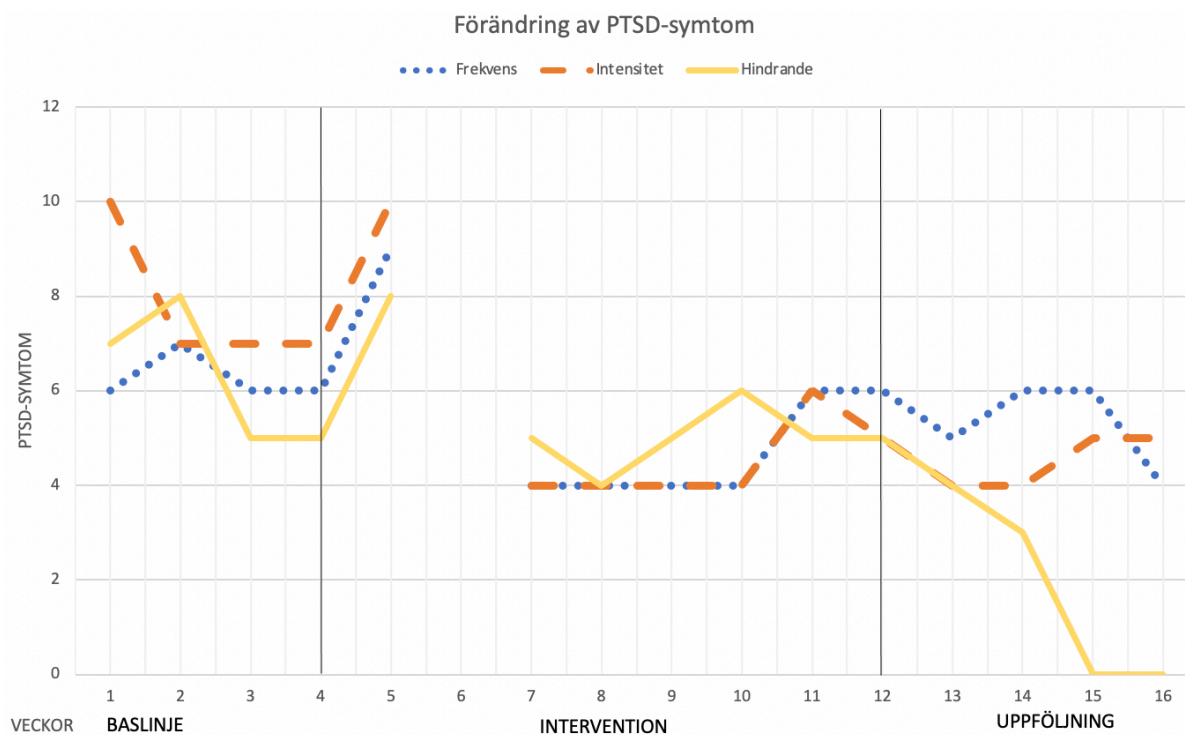
3.4.2 Vilka förändringar i PTSD-symtom kan iakttas under traumafokuserad KBT förmedlad via tolk i tre enskilda behandlingar?



Figur 3: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 1 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång.



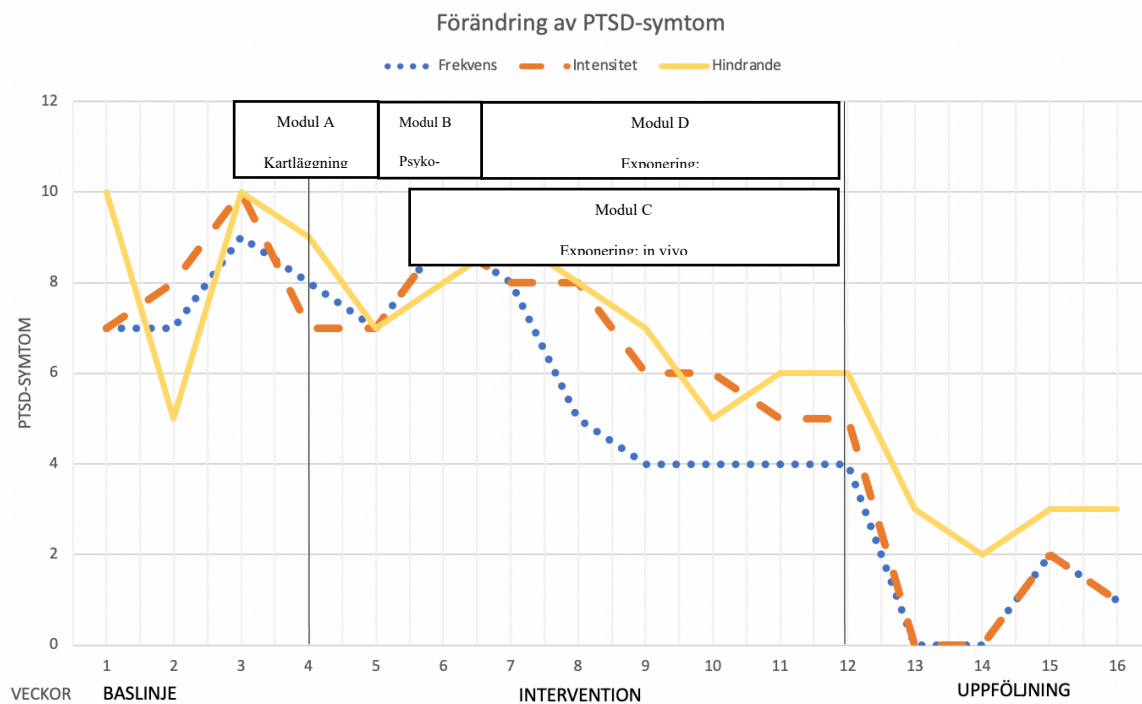
Figur 4: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 2 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång.



Figur 5: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 3 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång.

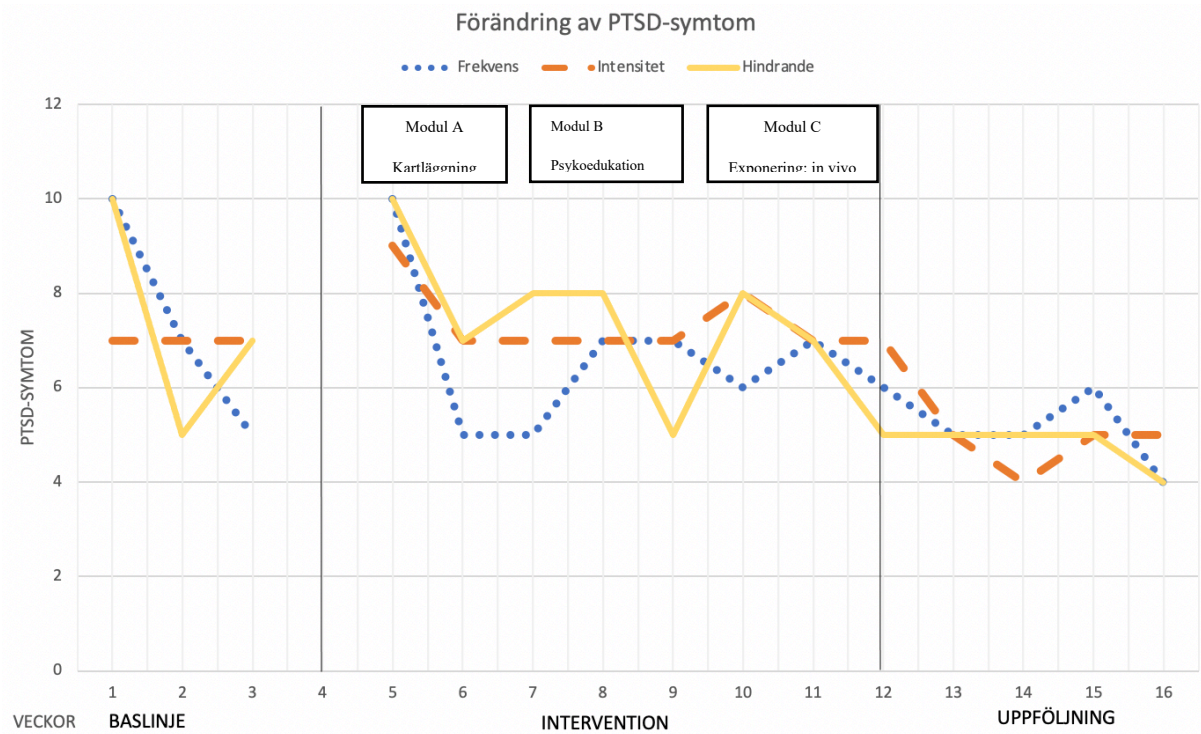
Visuell inspektion av trender i hur patienterna skattar sina symtom visar att baslinjerna är mer splittrade än skattningar under interventions- och uppföljningsfas. Ingen av baslinjerna är stabil. Vidare besiktning ger att patient 1 har en tydlig nedåtgående trend under interventions- och uppföljningsfasen, särskilt för hur plågsamma och frekventa traumaminnena är. Patient 2 har en svagt nedåtgående trend under samma faser som sedan tycks stabiliseras på den något lägre nivån (ca fyra) under uppföljningsfasen och patient 3 en nedåtgående trend som sedan stiger för att sedan sjunka igen. Dessutom syns att patienternas skattningar på de tre måtten ofta följs åt, med undantag för patient 3 som skattat en tydlig minskning i hur hindrande patienten uppfattar sina traumaminnen, men inte vad gäller hur plågsamma eller frekventa traumaminnena är.

3.4.3 Går det att se vid vilken intervention en eventuell förändring av symptom kommer?



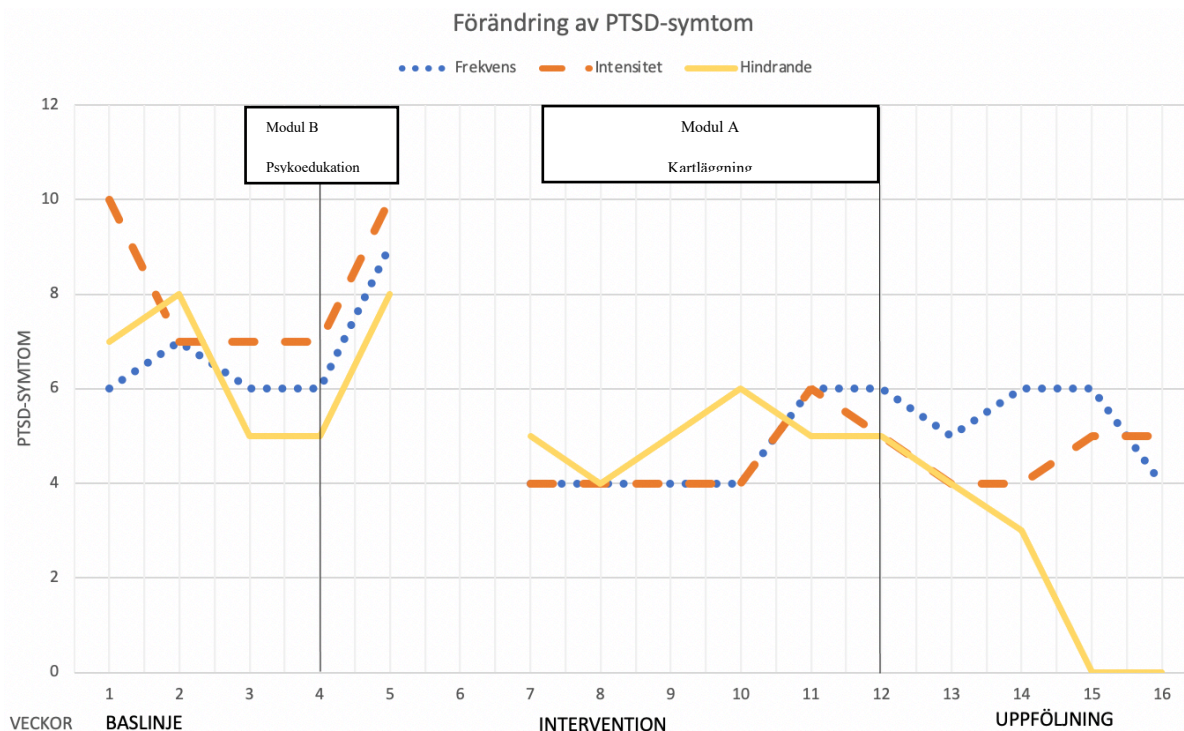
Figur 6: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 1 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång med behandlingens moduler infällda i tidslinjen.

Patient 1, som genomgått flest moduler, skattade att traumaminnena kommer mer sällan, är mindre plågsamma och hindrar patienten i lägre utsträckning när hen arbetat med exponering i två veckor. Imaginativ exponering i en vecka och in-vivo i två veckor. Framförallt är det frekvens och intensitet av traumaminnena som minskat under och efter interventionen. Det går inte att se om det är efter in-vivo exponering eller imaginativ exponering som hon skattar lägre eftersom dessa till viss del överlappar varandra. Vidare är det svårare att se förändring i hur hindrande patienten upplever sina traumaminnen eftersom variationen i skattningen under baslinjen är stor (10-5-10-9).



Figur 7: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 2 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång med behandlingens moduler infällda i tidslinjen.

Patient 2 skattar högre frekvens, intensitet och hur hindrande patienten upplever sina traumaminnen under kartläggning med traumaintervju. Under psykoedukationen skattar hen att traumaminnena kommer mer sällan än under baslinjen. Session 4 (v 8) skattar patienten ånyo att traumaminnena kommer oftare, samma vecka som patienten fick avslag på asylansökan. Intensiteten skattar patienten ganska stabilt utöver under traumaintervju.



Figur 8: frekvens, intensitet och hur hindrande patient 3 uppfattat sina traumaminnen under behandlingens gång med behandlingens moduler infällda i tidslinjen.

Patient 3 fick covid-19 tidigt i behandlingen och patientens resultat visar därför ingen tydlig trend. Under psykoedukationen skattade patienten högre andra sessionen än första. Efter att patienten varit sjuk i hög feber skattade han både att traumaminnena kom mer sällan, var mindre plågsamma och mindre hindrande, vilket sedan steg, men inte till samma höga nivå som vissa veckor under baslinjen. Under samma veckor prövade patienten och behandlande psykolog att genomföra kartläggning med livslinjen utifrån NET på distans, vilket visade sig svårt då patienten önskade tala om svåra upplevelser på plats.

Är minskningen i symtom mindre, större eller likvärdig med förväntad minskning vid traumafokuserad KBT utan tolk?

	Patient	Innan	Efter	Förändring
PCL-5	1	55	23	57 %
	2	69	45	34 %
	3	50	30	40%

Tabell 3: grad av PTSD-symtom innan och efter behandling, samt förändringen i procent.

I ovanstående tabell framkommer att en kliniskt signifikant minskning av PTSD-symtom utifrån instrumentet, PCL-5, skett för samtliga patienter. Patient 1 genomgick en hel behandling med tolk, patient 2 en del interventioner men inte alla och bara en session med imaginativ exponering. Patient 1 hamnar även under gränsvärdet för vad som anses vara PTSD en månad efter avslutad behandling. Det vill säga att hen har vissa PTSD-symtom, men inte i den grad att hen uppfyller kriterier för diagnosen. Det är likvärdigt förväntat resultat efter genomgången PE utan tolk (Bressler et al, 2018). Patient 2

hamnar inte under gränsvärdet för PTSD, men har blivit förbättrad en månad efter avslutad behandling. Även det är i linje förväntat resultat av PE utan tolk, givet att patienten endast erhållit psykoedukation och exponering in vivo. Vad gäller patient 3 som inte genomgick en hel behandling framkommer att PTSD-symtomen minskat en månad efter behandling, men problemen kvarstår på gränsen för att uppfylla kriterier för PTSD. Även det är förväntat utifrån NET utan tolk, eftersom patienten inte genomgått centrala delar av behandlingen.

	<i>Patient</i>	<i>Innan</i>	<i>Efter</i>	<i>Förändring</i>
<i>Påträngande</i>	1	11	5	54%
	2	20	14	30%
	3	17	8	47%
<i>Undvikande</i>	1	5	5	0%
	2	8	6	25%
	3	5	1	53%
<i>Emotioner/sinnesstämning</i>	1	23	7	69%
	2	24	13	55%
	3	13	10	23%
<i>Fysiologisk aktivering</i>	1	15	6	60%
	2	17	12	29%
	3	15	11	26%

Tabell 4: förändringar i de fyra kärnsymtomen vid PTSD.

Ovan visas även att patient 1 erhållit störst minskning vad gäller de fyra kärnsymtomen i PTSD, med undantag för undvikanden där patienten inte förändrats. Mest har symtom i klustret emotioner/sinnesstämning minskat. Patient 3 skattade förbättring avseende samtliga fyra symtomkluster och mest för undvikande. PTSD-symtomen har minskat även hos patient 2, mest avseende emotioner/sinnesstämning men mindre än de andra på påträngande minnen. Intressant är även att symtombilden, det vill säga vilka symtom som är mer eller mindre framträdande hos respektive patient, skiljer sig åt.

Vilka förändringar i depressiva- och ångestsymtom kan iakttas under traumafokuserad KBT förmedlad via tolk i tre enskilda behandlingar?

	<i>Patient</i>	<i>Innan</i>	<i>Efter</i>	<i>Förändring</i>
<i>GAD-7</i>	1	17	6	64 %
	2	21	14	66 %
	3	14	12	14%
<i>PHQ-9</i>	1	13	7	46 %
	2	21	12	42 %
	3	9	6	33%

Tabell 5: grad av depressiva- och ångestbesvär innan och efter behandling, samt förändringen i procent.

Patienternas depressiva- och ångestbesvär har minskat betydligt. Samtliga har erhållit vad som anses vara kliniskt signifikant förbättring utifrån de instrument som används. Särskilt har patient 1 och 2 förbättrats. Patient 2 går från att skatta i linje med svår ångest till medelsvåra ångestbesvär. Minst förändring syns hos patient 3, där ångesten och depressiva besvär endast minskat något. Sammantaget tycks patienterna blivit förbättrade även avseende vanlig samsjuklighet vid PTSD.

Vilka förändringar i allmänt upplevd självskattad hälsa och behandlarskattad grad av svårigheter och funktionsnivå kan iaktas under traumafokuserad KBT i tre enskilda behandlingar?

	<i>Patient</i>	<i>Innan</i>	<i>Efter</i>	<i>Förändring</i>
<i>EQ-5D</i>	1	35	65	46%
	2	30	55	45%
	3	50	50	0%
<i>CGI</i>	1	4	3	
	2	5	4	
	3	5	5	
<i>GAF</i>	1	55	70	21%
	2	45	60	25%
	3	45	45	0%

Tabell 6: förändringar i allmänt upplevd självskattad hälsa och behandlarskattad grad av svårigheter och funktionsnivå mätt i poäng.

I tabellen ovan framkommer att behandlarnas skattning till viss del speglar den förbättring i mående och hälsa som patienterna skattat, även om behandlarskattningen av funktionsnivå är något mer blygsam än förändringen i allmänt upplevd självskattad hälsa. Patient 3 har inte förbättrats utifrån vad behandlarskattning, och inte heller utifrån sin egen uppskattning av allmän hälsa innan och efter behandlingsförsök.

3.5 DISKUSSION OM RESULTAT FRÅN KLINISK PRAXIS

Föreliggande studie syftade till att illustrera hur tolkförmedlad behandling kan se ut i en klinisk vardag och ger inblick i hur anpassningar kan göras för att genomföras med tolk. Dessutom ämnade studien se om utfallet i enskilda tolkförmedlade behandlingar ger förväntad minskning av PTSD-symtom, utifrån tidigare studier på icke-tolkförmedlad behandling. I resultaten framkom att den patient som erhållit en hel behandling Prolonged Exposure förmedlad via tolk förbättrades i förväntad utsträckning. Patienten uppfyllde inte kriterier för Prolonged Exposure en månad efter avslutad behandling. Vidare

förbättrades patienten avseende depressiva och ångestbesvär, samt skattade sin allmänna hälsa högre än innan behandling. Det återspeglas även i behandlarskattningarna CGI och GAF. Vad gäller förändringar i skattade PTSD-symtom så upplevde patienten att traumaminnena kommer mer sällan, med lägre intensitet och att de hindrar henne mindre än i början av behandlingen och under baslinjen. Även patient 2 erhöll en kliniskt signifikant förbättring både på PTSD-symtom och samsjuklighet. Patient 3 erhöll också förbättring vilket är mer oväntat givet att patienten inte erhöll en hel behandling och var den enda som inte genomgick någon form av exponering. Skattningarna på beteendemåtten visar viss samstämmighet PCL-5, till exempel i att patienten 3 skattat stor minskning i hur hindrande hen upplevt traumaminnena under behandlingens förlopp och även skattat att hen undviker betydligt mindre efter behandling än innan. Vidare har den patient med tydligast nedåtgående trend på beteendemåtten även minskade PTSD-symtom i störst utsträckning efter behandling utifrån PCL-5.

En viktig omständighet att ha i åtanke är att patienterna erhöll åtta till nio behandlingssessioner, vilket visserligen är inom ramen för de antal sessioner som rekommenderas utifrån protokollen (Foa, Hembree, Rothbaum & Rauch, 2021, Schauer et al, 2017) men däremot färre än genomsnittlig behandlingens längd på mottagningen. Anledningen är dels att många patienter lever under svåra omständigheter som påverkar behandlingen, ofta har samsjuklighet i form av till exempel suicidalitet som behöver adresseras och att många behöver flera sessioner för att våga berätta om svåra saker de erfart. Det är naturligt att ha svårt med tillit till andra efter att ha upplevt våld och behöver inte vara ett hinder för behandling, men kan ta mer tid. Nio sessioner ska alltså inte tas som en definitiv längd för traumafokuserad KBT utan snarare som en nedre gräns.

Ingen av baslinjerna var stabil, vilket är önskvärt, eftersom det annars är svårt att jämföra baslinjen med interventionslinjen. Det kan bero på att patienterna ännu inte vant sig vid måtten och troligen är baslinjen för kort. Den dubbla tiden hade gett bättre förutsättningar för patienterna att vänja sig vid måtten. I syfte att se var förändring sker i symtom delades behandlingens olika komponenter upp i moduler. Vid okulär besiktning tycks exponeringssessionerna sammanfalla med en minskning av PTSD-symtom. Under de notat i protokollen som gjordes efter varje session framkom att det ofta var svårt att hinna med allt som står på checklisten inför respektive session i PE. Därför krävdes prioritering av sessionens innehåll, vilket vägledades av kunskap om vilka mekanismer som är verksamma i metoden. I NET var det lättare att hinna med de avsnitt som sessionen skulle innehålla. Möjligen speglar det att NET på många sätt redan är anpassat till gruppen, och till att levereras med tolk.

Samhället hann förändras drastiskt från det att studien planerades tills att projektet påbörjades. Covid-19 pandemin bröt ut i mars 2020 och pågår alltjämt när denna rapport fullföljdes. Under senare delen av hösten ökade spridningen dramatiskt och samtlig personal påbjöds ha munskydd och visir på fysiska besök. Åtgärder för att minska smittspridningen ändrade förutsättningarna för psykologisk behandling, som att all tolkning skedde på distans istället för på plats. Mottagningen införde riktlinjer att genomföra de delar som gick på distans. Bedömning och vissa delar av behandlingen har därför getts per telefon. Dessa delar var att undersöka intresse och möjlighet att gå i traumafokuserad KBT, uppföljning av hemuppgifter, psykoedukation, formulera mål och uppföljning. Mätning och skattning har också skett en del per telefon, vilket gör att självskattningar administrerats som ett frågeformulär. VAS-skalan på 10 cm ändrades till en skala med steg, 1-10, för att kunna göra skattningen per telefon.

Imaginativ exponering har i samtliga fall skett på plats, med tolk på distans och patient och psykolog har burit munskydd, psykologen även visir. Tolken har haft svårt att höra vad som sägs bakom munskydd och visir, samt att det varit viktigare att säkerställa att sekretessen följs eftersom tolken befinner sig på annan plats.

Trots ovanstående svårigheter har tillgängligheten till psykologisk behandling ökat när fler former för kontakt erbjudits. Patienterna, som i den här gruppen ofta saknar ekonomiska medel, kunde erhålla behandling även när de inte hade råd att köpa biljett för att ta sig till mottagningen. Dessutom har en rad tekniska lösningar skyndats på. Till exempel att tolken kan delta i videomötet och att alternativ

verifiering av identitet utvecklats, vilket ger patientgrupper som saknar BankId tillgång till behandling på video.

Det finns ett antal felkällor i studien. De främsta torde vara att behandlingarna delvis bedrivits på distans och att följsamheten hos särskilt en patient (patient 3) var låg med många avbokningar. Det skiljer sig från sedvanlig tolkförmedlad behandling eftersom alla parter oftast befinner sig på plats. Att behandlingarna bedrevs delvis på distans försvårar också jämförelse de flesta behandlingsstudier på PTSD. Illustrationerna ovan bör därför betraktas utifrån de förutsättningar som rådde under hösten 2020 och vintern 2021. En annan svaghet är bristen på kontroll av hur traumafokuserad KBT implementeras. Önskvärt vore att en oberoende bedömare studerade inspelade sessioner och skattade grad av följsamhet till protokollen, både utifrån det tolken sade och det psykologen sade. Vad gäller beteendemått kunde en möjlig förbättring vara att även påminna om vad patienten skattat veckan innan, för att underlätta jämförelse. Hur resultaten står sig över tid framgår inte, om patienterna fortsätter att vara förbättrade eller om de återfaller, eftersom långtidsuppföljning saknas.

Däremot speglar studien en del av den klinisk vardagen, i arbetet med grupper som lever under svåra sociala omständigheter. Patienterna valdes utifrån att de är typiska för mottagningen snarare än att de är följsamma eller har hög funktionsnivå. Svårigheter att komma till mottagningen, att genomföra hemuppgifter och annat är vanligt i gruppen. Frågan är hur kan de få hjälp trots dessa utmaningar? Utifrån härvarande studie tycks det viktigt att inte ge upp för snabbt och avsluta behandlingen när följsamheten brister. Patient 2 var sjuk, och genomförde endast en session imaginativ exponering men fick trots det en kliniskt signifikant minskning av PTSD-symtom och även en tydlig minskning på depressiva- och ångestbesvär. Dessutom tycks behandling på distans till viss del hjälpa att öka tillgänglighet till behandling, eftersom antalet möjliga kontaktvägar ökar.

3.6 VIKTIGA FORSKNINGSPRÅGOR OCH HYPOTESER

Det är intressant att studera tolkförmedlad behandling på nära håll, vecka för vecka. Fallstudien har väckt frågor om vad som sker i tolkförmedlad behandling både på mikro och makronivå. En självklar väg framåt är att skala upp med studier på grupper av patienter med skiftande språkliga förutsättningar, med tolk, på modersmålet och på ett andra språk. Det skulle ge bättre kunskap om hur språkliga faktorer påverkar behandlingseffekt och genomförbarhet. Forskningsfrågor som identifierats är hur snabbt patienter svarar på behandling och om det går att skönja ett mönster i det. Går det att se hur patienten reagerar på till exempel psykoedukationen och vilka senare implikationer det har för behandling?

4 SAMMANFATTANDE DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Tolkning av god kvalitet i sjukvården är en förutsättning för jämlik vård. Två miljoner invånare har idag ett annat modersmål än svenska och det näst vanligaste modersmålet är arabiska. Det innebär att en betydande andel patienter talar ett annat språk än sin vårdgivare och behöver tolk i mötet med vården. Samtidigt är det oklart hur tolkförmedlad behandling bäst ska bedrivas. Utgångspunkten för rapporten var just det glapp som uppstått mellan ett stort behov av tolkförmedlad behandling och den ringa kunskapen om densamma. Psykologisk behandling vilar på språklig grund vilket gör att tolk förändrar omständigheterna drastiskt. Dessutom är det den mest effektiva hjälpen mot PTSD, ett tillstånd som ofta drabbar flyktingar vilka vanligen behöver tolk. Genom att sammanfatta befintlig kunskap, samla in erfarenheter från dem som deltar i tolkförmedlad behandling samt detaljstudera förlopp och upplägg av tre behandlingar belystes fältet utifrån olika perspektiv och metoder. Det övergripande syftet var att besvara frågan om psykologisk behandling förmedlad via tolk hjälper patienter med PTSD samt vad som främjar respektive hindrar den processen. Vidare syftade rapporten till att identifiera viktiga forskningsfrågor.

I kunskapsöversikten som utgör rapportens första del sammanfattades sexton behandlingsstudier på psykologisk behandling med tolk. Där framkom att trots att traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT) tycks hjälpsamt för flyktingar med posttraumatiskt stressyndrom (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) är kunskapen om hur behandlingen påverkas av att förmedlas via tolk motstridig. Flera av de studier som inkluderades i översikten undersökte inte tolkfaktorn specifikt och av de som gjorde det visade lite mer än hälften att behandling via tolk är lika effektiv som utan. De studier som pekade på motsatsen inkluderade däremot fler deltagare. Anledningarna till dessa motstridiga slutsatser är att antalet studier på tolkförmedlad behandling är få och att många av dem studerar behandlingspaket som inte prövats tidigare. Sammantaget blir det många olika faktorer som potentiellt kan påverka utfallet av behandling vilket gör det svårt att dra slutsatser om just tolkfaktorn. Andra orsaker är att kvaliteten på tolkningen inte kontrolleras och att det saknas sätt att säkerställa att den metod som beskrivs är den som levereras. Detta är särskilt utmanande med just tolkförmedlad behandling eftersom sessionerna till hälften bedrivs på ett språk forskaren och terapeuten inte behärskar.

I arbetet med kunskapsöversikten framträdde även ett mer övergripande problem, vilket redan diskuterats men tål att upprepas. Närmare bestämt att forskning och utveckling av tolkförmedlad psykologisk behandling överlåtits åt ett litet antal engagerade centra. Ofta med ambitionen att utveckla behandlingspaket som passar patienter med flyktningbakgrund och i en sekundär analys undersöka om tolk påverkade utfallet. Konsekvenserna tycks bli att kunskapen och metoderna inte sprids utanför den kretsen och att fältet lider av metodologiska brister som gör det svårt att isolera påverkan av just tolk på behandlingen. Intresset tycks helt enkelt inte ha fått fäste i större forskningsinstitut vilket vore önskvärt. Att undersöka en redan etablerad behandlingsmetod när den levereras via tolk är lättare och synliggör bättre eventuella skillnader i genomförande och utfall. Viktiga forskningsfrågor som framträtt är därför fortsatt hur tolk påverkar utfallet i behandling, hur det kan studeras på ett mer rigoröst sätt och hur det kan göras tillgängligt för fler. Forskare i etablerade behandlingsmetoder behöver inse vikten av att kunna förmedla behandling även till patienter som har bristfälliga eller inga kunskaper i det språk terapeuten talar.

I den andra delen av rapporten framkom att tolkförmedlad psykologisk behandling kräver god kvalitet på tolkningen, vänligt bemötande från tolk och psykolog, att krav på sekretess uppfylls samt att psykologen är lyhörd för patientens förväntningar. Till exempel genom att förklara varför vissa frågor ställs eller att i början av sessionen fråga patienten om dennes tankar om samtalet. En gemensam förståelse för syftet, tillit, erfarenhet och en varm atmosfär främjar behandlingen. Svårigheter i språkets flöde och tempo, otydliga roller, bristande samarbete, ovisshet kring mötets innehåll samt dålig ljudkvalitet (vid distanstolkning) beskrevs försvåra behandling. Av behandlingens olika delar

tycks traumaexponering ställa högst krav på fungerande samarbete och kvalitet på tolkningen vilket är värt att notera eftersom ansvarig terapeut behöver beakta det i sin planering.

Dessa resultat är samstämmiga med vad som beskrivits främja respektive hindra tolkförmedlad behandling i andra intervjustudier (Kuya, Chopra, Kaplan, & Szwarz, 2015, Mirdal, Ryding, Essendrop & Sondej, 2012, Miller, Martell, Parzdiak, Caruth & Lopez, 2005, Burkard & Knox, 2004) och i linje med kunskap om vad som gynnar samarbete i terapi generellt (Martin, Garske & Davis, 2000). Däremot framträdde två spår som förefaller särskilt viktiga att beakta. För det första att psykologer och patienter regelbundet deltar i möten där tolkningen håller så låg kvalitet att planerade interventioner inte kan genomföras. Det är viktigt och intressant utifrån flera aspekter. Dels vad gäller kostnadseffektivitet, dels vad gäller negativa konsekvenser i form av att patienten kan tappa förtroende för vården. Ett antal varningstecken som flaggar för bristande kvalitet har framkommit:

- Att ständiga missförstånd och oklarheter uppstår
- Att patienten tystnar
- Att tidsåtgången är längre än vanligt

För det andra framkom att patienterna ofta inte förmedlar till psykologen om tolken ger nedsättande kommentarer eller om det finns andra brister i tolkningen, förutom på en rak fråga. Samtliga patienter i intervjuerna beskrev det. Även tveksamheter kring psykologens sätt tycks patienter inte ge uttryck för, till exempel oklarheter kring vad patienten kan förvänta sig av mötet och varför psykologen ställer så många frågor. I stället frågar de tolken, enligt de tolkar som intervjuades. Slutsatsen av detta är att det terapeuterna behöver ta ansvar för patientens upplevelse av tolkningen och aktivt efterfråga återkoppling och förväntningar. Vidare utkristalliseras frågor om hur de faktorer som upplevs främja behandlingen påverkar avhopp, genomförandet av centrala interventioner, utfall eller andra betydelsefulla delar. I föreliggande rapport beskrevs till exempel hur ett otrevligt bemötande gör att patienten tystnar och därmed inte genomför det patienten instrueras om.

I materialet framkommer att psykologer både saknar tydliga beskrivningar av hur genomföra interventioner med tolk och en osäkerhet som tycks uppstå till följd av det. Till exempel de olika sätt varpå imaginativ exponering kan utföras, tolka-prata-tolka, eller att först översätta hela traumaberättelsen så att psykologen kan följa med och sedan låta patienten beskriva längre stycken på sitt modersmål.

I rapportens tredje och avslutande del, om erfarenheter och resultat av tolkförmedlad behandling, framkom att sådan behandling tar längre tid än icke-tolkförmedlad behandling varför prioritering av sessionens innehåll krävs. Den tredje delen påverkades av covid-19-pandemin eftersom behandlingarna bedrevs delvis på distans, via telefon och video. Därmed fördröjdes behandlingarna något och vissa delar var svårare att genomföra. Två av tre patienter slutförde behandlingarna. Samtliga patienter förbättrades däremot avseende PTSD och samsjuklighet. Förbättringen var kliniskt signifikant och en av dem uppfyllde inte längre kriterier för PTSD efter avslutad behandling. Det är i linje med förväntat utfall, givet metastudier på *Prolonged Exposure, PE*, den metod dessa två patienter erhöll. I notat från sessionerna där särskilt avsteg från manualen beskrevs, framkom att behandling med tolk tar längre tid och att det därför är svårt att hinna med samma antal interventioner och delar som i en session utan tolk. Särskilt för de behandlingar som bedrevs utifrån *Prolonged Exposure, PE*, krävdes därför att de delar som skulle ingå i respektive session fick prioriteras. Beslut kring vilka delar i sessionen som var väsentliga eller har visat sig påverka utfallet i lägre grad vägledades av kunskap om metodens verksamma mekanismer. Till exempel prioriterades träning i så kallad kontrollerad andning ned och exponering prioriterades alltid upp (Brown, Zandberg & Foa, 2019). I förebyggande syfte konsulterades en forskare på *Prolonged Exposure*, Maria Bragesjö. Antal sessioner blev däremot inom ramen för metoden, tolv respektive tretton sessioner.

Single-case framstod som en utmärkt metod att generera hypoteser och lärdomar inför större gruppstudier på området eftersom det har en skärpa och detaljnivå som andra designer kan ha svårt att uppnå (Kazdin, 2013). Upplägget bidrar med viktig information om vad som sker i en tolkförmedlad behandling på individnivå och för att generera hypoteser till större gruppstudier. Till exempel kan skönjas effekter av andra yttre stressorer som inte nödvändigtvis påverkar utfallet, men väl ökar individens illabefinnande kortvarigt.

4.1.1 Språket i psykologisk behandling

Att förmedla psykologisk behandling via tolk är en situation som riktar strålkastarljus mot språket (Boyles & Talbot, 2017). Inte bara i betydelsen modersmål, andraspråk eller ”svenska”, utan även rytmen, orden, intonationerna, funktionen av pratandet. Språket är en så självklar del av mänskligt varande att vi annars sällan varseblir det (Baum, 2015). Ofta märks det först när hinder uppstår eller när något drastiskt förändras. Samtidigt har det en central roll i alla sociala interaktioner, så även i psykologisk behandling. Det är framför allt genom att prata som psykologen förmedlar sina interventioner och patienten sina problem. Psykologer och patienter förändrar sitt sätt att prata i tolksituationen och respondenterna beskriver hur det kan både öka fokus och göra dem hämmande, eller som en psykolog sa ”låst i mitt eget språk”. Vad händer med personers prat i tolksituationen? Hur använda språket så att det blir mer universellt och inte förutsätter en gemensam idé om tankar, känslor, de ibland abstrakta begrepp som används i psykologisk behandling. Här finns ett spännande forskningsområde att ta sig an, i skärningspunkten mellan språk och psykologi. Mer kunskap om språket i psykologisk behandling skulle öka både intresse och kompetens i att bedriva behandling under olika språkliga förutsättningar och berika psykologiforskningen överlag.

4.2 FRAMTIDA STUDIER

En central slutsats i föreliggande arbete är att metodologiska brister i befintliga studier försvårar möjligheten att dra säkra slutsatser om hur psykologisk behandling påverkas av att förmedlas via tolk. Därmed bör framtida studier vinnlägga sig om en genomtänkt design, att använda etablerade behandlings- och mätmetoder, säkerställa kvaliteten på tolkningen samt att ha långtidsuppföljning.

Förslag på god design är att jämföra grupper av patienter under olika språkliga betingelser där alla genomgår samma etablerade traumabehandling. Vid bedömning av studier på tolkförmedlad behandling fanns ett litet antal som jämförde olika språkliga omständigheter, några patienter talade ett andraspråk, några sitt modersmål då terapeuten talade samma språk, några erhöll behandling på modersmålet via tolk. Dessa studier svarade bäst på frågan om hur tolk påverkar behandlingen, även om de var för få och hade för litet antal deltagare för att ge tillfredsställande svar på frågan. Däremot kan den typen av studier skalas upp. Särskilt lämpligt vore det att genomföra en dylik studie i Region Stockholm där både tillgång till kompetenta tolkar, psykologer med olika modersmål och patienter som behöver tolk i sin behandling, är god.

För att uppnå god design i en dylik studie har faktorer som kan behöva undersökas i förstudier, innan en större behandlingsstudie, framkommit. Särskilt gäller det att säkerställa kvaliteten på tolkningen, eftersom kvaliteten beskrivs otillräcklig av de som intervjuats i arbetet med rapporten. Ett förslag är att skatta följsamhet till behandling (med etablerade följsamhetsskalor) utifrån 1) vad psykologen säger och sedan 2) utifrån vad tolken säger och sedan jämföra resultaten. Vidare att ta fram standardiserade sätt att säkerställa kvaliteten av tolkningen i psykologisk behandling, gärna i samarbete med tolk- och översättarinstitut eftersom denna kunskap berör båda delarna.

Att ge utrymme för att samla information på sessionsnivå, med notat efter varje session, gav viktig information om tidsåtgång och hur metoden implementerades. Ofta krävdes att beskrivningar som ges i manualen förenklades och konkretiserades. Om sessionen spelats in och transkriberas samt översätts, förslagsvis under interventioner eftersom det tycks vara den svåraste och samtidigt den mest centrala delen av behandling, skulle det gett ännu fler ledtrådar i hur tolkförmedlad behandling ska levereras. Därför föreslås även studier som ger information om vad som sker under enskilda sessioner.

En registerstudie vore hjälpsam för att undersöka de praktiska konsekvenserna av att kunskapen och intresset för tolkförmedlad vård är lågt (till exempel att patienter som behöver tolk nekats vård eller få annan vård). I journalsystemet TakeCare i Region Stockholm finns data om vilka patienter som har tolk i sin behandling samt vilken behandling de erhållit, antal tillfällen, samt skattningar innan/efter.

I inledningen till rapporten konstaterades att det krävs både kunskap och tillgänglighet till tolkar i olika språk för att patienter som behöver tolk ska få samma tillgång till vård som andra. Under arbetet har tillgången till tolkar framstått som god i Region Stockholm. Infrastrukturen för att anlita tolkar finns på plats¹³. Däremot förefaller kunskapen om tolkförmedlad behandling brista. För att uppnå god tolkförmedlad vård bör därför fokus framöver vara på att öka kunskapen, kvalitetssäkring av tolkade samtal och implementering. Sammanfattningsvis hoppas rapportens författare bidra till ett engagemang och intresse för tolkfrågan, samverkan mellan flera aktörer (till exempel lärosäten för tolkar och psykologer, forskare på etablerade behandlingsmetoder, regioner) och fler studier på tolkförmedlad psykologisk behandling. Ett spännande område som kan berika annan behandlingsforskning.

¹³ <https://tolkportalen.regionstockholm.se/> eller ringa, där vårdpersonal loggar in, kan önska ett visst kön på tolken eller en specifik tolk, både för planerade samtal och akuta via expresstolk.

5 REFERENSER

- Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli—Evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, *12*, 127–140.
- American Psychiatric Association, (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practical Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults*. Nedladdad från <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*(4), 271.
- Amnesty International. (2008). Asylum seekers in Denmark. A survey of newly arrived asylum seekers' health. Amnesty International Danish Medical Group.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(4), 307-311.
- Bauer, A.M., Alegría, M., 2010. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatry Service*, *61* (8), 765–773.
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*;12.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*, 489-498.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Brown, L. A., Zandberg, L. J., & Foa, E. B. (2019). Mechanisms of change in prolonged exposure therapy for PTSD: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, *29*(1), 6-14.
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F.J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B., Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *Int. J. Cult. Ment. Health* *4* (2), 144–151.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Rawson, N., Cahill, C., Joscelyne, A., Garber, B., Nickerson, A. (2019). Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial. *Psychological Medicine*, *49*(9), 1565-1573.
- Buhmann, C. B., Nordentoft, M., Ekstroem, M., Carlsson, J., Mortensen, E. L. (2016). The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: Pragmatic randomised controlled clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(3), 252-259.
- Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J, Middleton, J.C., et al. (2016) Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*(43) 128-41.
- Clapp, J. D., Kemp, J. J., Cox, K. S., & Tuerk, P. W. (2016). Patterns of change in response to prolonged exposure: Implications for treatment outcome. *Depression and Anxiety*, *33*(9), 807-815.

- Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-251.
- D'Alba, P. (2021). *Learning to work with an interpreter in a therapeutic setting* (Order No. 27959102). Available from ProQuest Dissertations & Theses A&I. (2402508339).
- D'Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L., Fakhoury, W., Priebe, S. (2007). Does Interpreter-Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A Comparison of Patient Outcomes in East London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 293-301.
- D'Ardenne, P., Farmer, E., Ruaro, L., & Priebe, S. (2007). Not lost in translation: Protocols for interpreting trauma-focused CBT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 303-316.
- Ehlers A, Clark DM. (2019). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy* 38: 319-345.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet. Apr 9-15; 365(9467):1309-14.*
- Fennig, M., & Denov, M. (2020). Interpreters working in mental health settings with refugees: An interdisciplinary scoping review. *American Journal of Orthopsychiatry*:20/1.
- Feng, YS., Kohlmann, T., Janssen, M.F. *et al.* Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res* 30, 647–673 (2021).
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide* Oxford University Press, New York, NY.
- Foa, E. B., Hembree, A. E., Rothbaum, O.B., Rauch, S.A.M. (2021). Prolonged exposure terapeutmanual : Emotionell bearbetning vid PTSD. Stockholm: Natur & kultur.
- Foa, E. B., Zandberg, L. J., McLean, C. P., Rosenfield, D., Fitzgerald, H., Tuerk, P. W., Peterson, A. L. (2019). The efficacy of 90-minute versus 60-minute sessions of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: Design of a randomized controlled trial in active duty military personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 307-313.
- Frandsen, C., Smith, T. B., Griner, D., Beecher, M. (2019). Beyond english only: Addressing language interpretation in professional psychology training. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(1), 64-71.
- Frandsen, C. A. (2021). *Training psychologists in the ethical use of language interpreters: An evaluation of current practices, potential barriers, and proposed competencies*. Hämtad från <https://search-proquest-com.ezp.sub.su.se/dissertations-theses/training-psychologists-ethical-use-language/docview/2469846379/sc-2?accountid=38978>.
- Gerritsen, AA, Bramsen, I, Deville, W, van Willigen, LH, Hovens, JE, van der Ploeg, HM. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 41(1):18-26.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11).
- Guy W. (1976). ECDEU assesment manual for psychopharmacology publication; ADM, 76-338. Washington DC, US: Department of health, education and welfare, s. 217-22.
- Grabos, M. & Hagström, M. (2006). *Psykoterapi med tolk möjligheter – svårigheter*. Examensuppsats inom ramen för psykoterapeutprogrammet, Kognitiva institutet, Stockholm.
- Gryesten, J. R., Brodersen, K. J., Lindberg, L. G., Carlsson, J., & Poulsen, S. (2021). Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*,

- Harris, C. L., Gleason, J. B., & Ayçiçeği, A. (2006). When is a first language more emotional? Psychophysiological evidence from bilingual speakers. In A. Pavlenko (Ed.), *Bilingual minds: Emotional experience, expression and representation* (pp. 257–283). Multilingual Matters.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., Wilson, K. (2014). *ACT i teori och tillämpning : vägen till psykologisk flexibilitet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 345–352.
- Vetenskapsrådets forskningsetiska principer: Besökt 30/10 2020. Adress: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (2017:30). Stockholm. Socialdepartementet.
- Harris, C. L., Gleason, J. B., & Ayçiçeği, A. (2006). When is a first language more emotional? Psychophysiological evidence from bilingual speakers. In A. Pavlenko (Ed.), *Bilingual minds: Emotional experience, expression and representation* (pp. 257–283). Multilingual Matters.
- Hunt, X., & Swartz, L. (2017). Psychotherapy with a language interpreter: Considerations and cautions for practice. *South African Journal of Psychology*, 47(1), 97-109.
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry* 18, 259.
- Ingemarsson, Sven. (2018). Att arbeta med tolk – en enkätstudie av svenska psykologers erfarenhet av arbete med tolk. Examensuppsats inom ramen för psykologprogrammet, Lunds universitet.
- Jensen, B. S. (2013). Treatment of a Multitraumatized Tortured Refugee Needing an Interpreter with Exposure Therapy. *Case Reports in Psychiatry*, 19/7.
- Jonas, DE., Cusack, K., Forneris, CA. (2013). Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*.
- Juni P, Altman DG, Egger M (2001) Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*. 323:42–46.
- Kadouri, A., Corruble, E., & Falissard, B. (2007). The improved Clinical Global Impression Scale: development and validation in depression. *BMC psychiatry*, 7, 7.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
- Kazdin, A. (2013). *Research design in clinical psychology, 4th ed.* Pearson New International Edition.
- Kircanski, K. Craske, M. Lieberman, M.D (2016) Feelings into words: contributions of language to exposure therapy. *Psychological Science*, 23, pp 1086-1091.
- Kline, F., Acosta, F. X., Austin, W., & Johnson, R. G. (1980). The misunderstood Spanish-speaking patient. *The American Journal of Psychiatry*, 137(12), 1530–1533.
- Kocsis, J. H., Gerber, A. J., Milrod, B., Roose, S. P., Barber, J., Thase, M. E., Leon, A. C. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 319-324.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.

- Kuay, J., Chopra, P., Kaplan, I., Szwarc, J. (2015). Conducting psychotherapy with an interpreter. *Australasian Psychiatry*, 23(3), 282-286.
- Lambert, J. E., Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1).
- Le, C., Kale, E., Jareg, K., & Kumar, B. N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(10), 999-1005.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3).
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. Jun;68(3):438-50.
- Martin, W. B., Benedetto, N. N., Elledge, D. K., Najjab, A., & Howe-Martin, L. (2020). Beyond the Language Barrier: Recommendations for Working With Interpreters in Individual Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27-39.
- Mirdal, G. M., Ryding, E., Essendrop Sondej, M. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 85(4), 436–455.
- Moher D, Schulz, K.F. & Altman D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA*;285:1987-91.
- Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (2003). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. In A. E. Kazdin (Ed.), *3rd ed.; methodological issues & strategies in clinical research (3rd ed.)* American Psychological Association, Washington, DC.
- Morley, S., Masterson, C., Main, C., (2018). *Single-Case Methods in Clinical psychology – A practical guide*. London: Routledge.
- Martin, W. B., Benedetto, N. N., Elledge, D. K., Najjab, A., & Howe-Martin, L. (2020). Beyond the Language Barrier: Recommendations for Working With Interpreters in Individual Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. NICE guideline NG116 Evidence reviews. December 2018.
- Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. (2008) Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 76: 686–94.
- Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. (2010). Can asylum seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cogn Behav Ther*.
- Nobles, C. J., Valentine, S. E., Zepeda, D. E., Ahles, B. A., Shtasel, D. L. & Marques, L. (2017). Usual Course of Treatment and Predictors of Treatment Utilization for Patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. May ; 78(5): e559–e566.
- Olf, M. (2019). Facts on psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 7.
- Otto, M. W., Hinton, D., Korbly, N. B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B. S., & Pollack, M. H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among cambodian refugees: A pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1271-1276.
- Paunovic, N., Öst, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183–1197.
- Pereira, J. L., Guedes-Carneiro, G., Netto, L. R., Cavalcanti-Ribeiro, P., Lira, S., Nogueira, J. F., Quarantini, L. C. (2018). Types of trauma, posttraumatic stress disorder, and academic performance in a population of university students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(7), 507-512.

- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 635-641.
- Parkvall, M. (2016). Sveriges språk i siffror – Vilka språk talas och av hur många? Stockholm: Morfem och Språkrådet.
- Patel N, Kellezi B, Williams ACDC. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev;11*.
- Pereira, J. L., Guedes-Carneiro, G., Netto, L. R., Cavalcanti-Ribeiro, P., Lira, S., Nogueira, J. F., Quarantini, L. C. (2018). Types of trauma, posttraumatic stress disorder, and academic performance in a population of university students. *Journal of Nervous and Mental Disease, 206*(7), 507-512.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 635-641.
- Raval, H. (2020). *Therapists' experiences of working with interpreters*. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezp.sub.su.se/dissertations-theses/therapists-experiences-working-with-interpreters/docview/2371186763/se-2?accountid=38978>.
- Resick, P. A., Monson, C. M., Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. The Guilford Press, New York, NY.
- 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.
- Rabin R, Gudex C, Selai C, Herdman M. (2014). From translation to version management: a history and review of methods for the cultural adaptation of the EuroQol five-dimensional questionnaire. *Value Health. Jan-Feb;17*(1):70-6.
- Robertson, J. (2014). *Therapists' and interpreters' perceptions of the relationships when working with refugee clients*. Hämtad 2019-10-04 från: <https://search-proquestcom.ezp.sub.su.se/docview/1650714387?accountid=38978>
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P. A., & Foy, D. W. (2000). *Cognitive-behavioral therapy*. In Foa, E. B., Keane, M.T., & Friedman. M.J. (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Riktlinjer för PTSD, Region Stockholm.
- Sander, R., Laugesen, H., Skammeritz, S., Mortensen, E. L., Carlsson, J. (2019). Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees—A retrospective cohort study. *Psychiatry Research, 271*, 684-692.
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry, 59 Suppl 20*, 22-57.
- Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(4), 322-331.
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2020). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*,
- Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N., & Langewitz, W. (2014). The role of the health care interpreter in a clinical setting—A narrative review. *Journal of Community Health Nursing, 31*(3), 167-184.
- Socialstyrelsen. (2016). Att samtala genom tolk. Hämtad 2019-09-01 från www.socialstyrelsen.se/publikationer, art nr 2016-4-17.

SoS 1999:16. Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning.

Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Stillman, J., & Pape, H. C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury*, 42(3), 288–300.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives Of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.

Statistiska Centralbyrån, SCB. (2019). Utrikes födda – statistik hämtad ur befolkningsstatistiken. Stockholm: SCB.

Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 641-647.

Sveriges kommuner och landsting. (2016). Tolk – en fråga om brukar/patient- och rättssäkerhet. Stockholm: SKL.

Tabibnia G, Lieberman MD, Craske MG. (2008). The lasting effect of words on feelings: Words may facilitate exposure effects to threatening images. *Emotion*, 8: pp 307–317.

Tannenbaum & Har, 2020

Tinghög P, Malm A, Arwidson C, (2017) Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey *BMJ Open*, 7(12).

Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66-79.

Toar M, O'Brien KK, Fahey T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*. Jun 30;9:214.

Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 376-388.

Tribe, R., & Raval, H. (2003). Undertaking mental health work using interpreters. London: Routledge.

Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The cognitive therapy scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 381-385.

Vranjes, J., Bot, H., Feyaerts, K., & Brône, G. (2019). Affiliation in interpreter-mediated therapeutic talk: On the relationship between gaze and head nods. *Interpreting*, 21(2), 220-244.

Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*,

Woodward, M.J. Orenge-Aguayo, R. Stewart, R.W & Rheingold A.A (2020). A Case Study of Interpreter-Mediated Prolonged Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: Challenges and Recommendations for Effective Implementation.

6 BILAGA 1: INTERVJUGUIDE TOLKAR

Fråga

Hur länge har du arbetat som tolk?

Vilka språk kan du tolka i?

Hur har du tillägnat dig dem?

Var studerade du till tolk och hur lång var utbildningen?

Hur länge har du tolkat psykologisk behandling?

Hur ofta tolkar du psykologisk behandling? Väljer du själv hur ofta?

Vilka andra uppdrag har du?

Hur mycket har ni lärt er i tolkutbildningen om att tolka i psykologisk behandling?

Har ni särskilda råd/riktlinjer för det?

Saknar du något särskilt som skulle förberett dig bättre för uppgiften?

Vad utmärker tolkning av god kvalitet i tolkförmedlad traumafokuserad behandling enligt dig?

Vilka hinder ser du i att tolka traumafokuserad behandling?

Vilka hinder och svårigheter ser du i att tolka traumaexponering?

Vad skulle hjälpa dig att hantera svårigheterna? Vad kan psykologen göra för att underlätta?

Många beskriver att det hälsan kan påverkas av att tolka i traumafokuserad behandling.

Hur påverkar det dig att tolka traumafokuserad behandling?

Vad är tolkens roll i psykologisk behandling?

Hur upplever du samarbetet mellan dig, psykologen och patienten? Hur ser ett gott respektive ett sämre samarbete ut?

Något annat du vill tillägga om att tolka traumafokuserad behandling?

7 BILAGA 2: INTERVJUGUIDE PSYKOLOGER

Fråga

Hur länge har du arbetat som psykolog?

Hur länge har du arbetat med psykologisk behandling?

Vilken inriktning/metod arbetar du med?

Vilken slags mottagning arbetar du på?

Hur ofta genomför du psykologisk behandling via tolk?

Hur väljer du vilka behandlingar som ska genomföras via tolk

- Frågar du patienten?
- Rekommenderar du användning av tolk, och när gör du det i så fall?
- Hur bedömer du patientens språkliga förmåga?

Hur mycket lär ni er på psykologprogrammet om att använda tolk i psykologisk behandling?

Har ni särskilda råd/riktlinjer för det?

Saknar du något särskilt som skulle förberett dig bättre för uppgiften?

Vad utmärker tolkning av god kvalitet i tolkförmedlad psykologisk behandling enligt dig?

Många beskriver svårigheter med att använda tolk i behandling.

Vilka svårigheter ser du i att använda tolk i psykologisk behandling?

Vilka hinder och svårigheter ser du i att använda tolk i traumaexponering?

Vad skulle hjälpa dig att hantera svårigheterna?

Hur påverkar det ditt arbete att behandlingen förmedlas via tolk?

Hur upplever du samarbetet mellan dig, tolken och patienten? Hur ser ett gott respektive ett sämre samarbete ut?

Vad är tolkens roll i psykologisk behandling?

Något annat du vill tillägga om tolkförmedlad traumafokuserad behandling?

8 BILAGA 3: INTERVJUGUIDE PATIENTER

Fråga

Hur länge har du bott i Sverige?

Vilka språk talar du?

Hur god skulle du säga att din svenska är?

Har du genomgått psykologisk behandling med tolk?

Vilken inriktning/metod?

Vilken slags mottagning?

Vad är tolkning av god kvalitet i psykologisk behandling?

Vad är tolkens roll i psykologisk behandling?

Vad är psykologens roll?

Vad är patientens roll?

Vilka svårigheter ser du i att använda tolk i psykologisk behandling?

Saknar du något särskilt som skulle förberett dig bättre för att ha tolk med i samtalet?

Vad underlättar i traumabehandling med tolk?

Vad hjälper patienten att våga berätta om något mycket svårt?

Vilka hinder och svårigheter ser du i att använda tolk i traumaexponering?

Vad skulle hjälpa dig att hantera svårigheterna?

Hur påverkade det dig att behandlingen förmedlades via tolk?

Hur upplever du samarbetet mellan dig, tolken och psykologen? Hur ser ett gott respektive ett sämre samarbete ut?

Något annat du vill tillägga om tolkförmedlad traumafokuserad behandling?

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag samtycker till att mina svar samlas in och analyseras. Svaren sparas helt anonymt och går inte att koppla till min person. Inga personliga detaljer sparas, enbart svaren på mina skattningar. Svaren kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Resultaten används för att förbättra psykologisk behandling med tolk och presenteras i en rapport till Region Stockholm och i en examensuppsats på Stockholms universitet. Jag får information om mina resultat genom muntlig information från ansvarig behandlare Ida Mälarstig.

Jag kan närsomhelst avbryta insamlingen av mina svar utan att det påverkar behandlingen.

Ansvarig för insamlingen och behandlande psykolog är Ida Mälarstig, leg. psykolog på Capio Centrum för stress och trauma och student på Stockholms universitet, Psykologiska institutionen, Specialistprogrammet i klinisk psykologi. Jag kan vända mig till henne för mer information om studien. Telefonnummer: 08-41039750.

Jag har tagit del av ovanstående information den ___ / ___ _____

Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____