



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Att behandla traumarelaterad skam: en systematisk litteraturstudie

Margaretha Norling & Johan Olsson

Psykoterapeutexamensuppsats 2021

Handledare: Robert Holmberg
Examinator: Tomas Jungert

Abstract

The aim of this study was to make a systematic literature study by examine ten RCT studies regarding trauma-related shame and PTSD. The aim was to identify to what extent CBT-treatments would effectively treat shame arisen from trauma incidents, and also regarding how shame has been treated in studies of trauma treatment. The examined studies used different CBT-treatments and studied different populations in five different countries. All treatments intended to treat or investigate different kind of traumas and/or trauma-related feelings. The total sample was 846 individuals, both children and adults, both men and women. The participants were recruited differently. We discovered that only two studies had trauma-related shame as their direct research question. In the other studies it was studied as an additional finding. Our results showed that, with one exception, all the treatments reported a reduction of trauma-related shame as a result of their given treatment. Our results also showed that trauma-related shame is an under-investigated area. The researchers speculated that the disclosure of shameful memories and acceptance from others and repeated exposure could be factors that helped to reduce shame. The study designs did not allow for drawing conclusions about what specific components in the CBT-treatments contributed to reduce trauma-related shame. This should be further investigated in future research studies.

Keywords: trauma-related shame, trauma, PTSD, CBT, non-fear emotions

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att göra en systematisk litteraturstudie genom att undersöka tio RCT-studier om traumarelaterad skam och PTSD. Syftet var att identifiera i vilken utsträckning KBT-behandlingar effektivt kan behandla skam relaterad till traumaincidenter, och även hur skam har behandlats i studier av traumabehandling. De undersökta studierna använde olika KBT-behandlingar och studerade olika populationer i fem olika länder. Alla behandlingar var avsedda att behandla olika typer av trauman och/eller traumarelaterade känslor. Det totala samplet bestod av 846 individer, både barn och vuxna, både män och kvinnor. Deltagarna rekryterades på olika sätt. Vi upptäckte att endast två studier hade traumarelaterad skam som sitt direkta forskningsfokus. I de andra studierna studerades den som en emotion bland andra. Våra resultat visade att alla behandlingar, med ett undantag, rapporterade en minskning av traumarelaterad skam som resultat av deras behandling. Våra resultat visade också att traumarelaterad skam är ett underbeforskat område. Författarna spekulerade i att avslöjande av de skamliga minnena och acceptans från andra och upprepad exponering kan vara faktorer som hjälper till att reducera skam. Studiernas design medgav inte att vi kunde dra några slutsatser om vilka specifika komponenter i KBT-behandlingarna som bidrar till att minska traumarelaterad skam. Detta bör undersökas ytterligare i framtida forskningsstudier.

Nyckelord: traumarelaterad skam, trauma, PTSD, KBT, non-fear emotions

Tack!

Vi skulle varmt vilja tacka vår handledare Robert Holmberg, för ditt engagemang, din professionalitet och din tydlighet i handledningen. Det har gjort uppsatsskrivandet mycket enklare och roligare. Stort tack!

Så vill vi också tacka varandra för ett riktigt gott samarbete i uppsatsskrivandet.

Att behandla traumarelaterad skam: en systematisk litteraturstudie	1
Bakgrund och tidigare forskning	1
Syfte	9
Frågeställningar	9
Metod	9
Studiedesign	9
Metod för datainsamling samt urval av artiklar	10
Metoder för dataanalyser	11
Etiska överväganden	11
Resultat	12
Beskrivning av inkluderade studier	13
Interventioner som reducerade skam	18
Mätmetoder för skam	18
Sammanfattning av studiernas heterogenitet	19
Sammanfattning av artiklarna	19
Kvalitetsgranskning utifrån Cochrane risk of bias tool samt utifrån Östs Psychotherapy outcome study methodology rating scale	23
Skamreduktion som resultat av behandlingen	26
Effektstorlekar för behandlingsresultat	26
Studiernas redovisade resultat gällande skam	27
Diskussion	34
Flera behandlingar bidrar till reducering av skam	34
Skammens betydelse för PTSD	37
Teoretiska antaganden om interventioner och mekanismer	38
Styrkor och begränsningar	39
Kliniska implikationer	40
Fortsatt forskning och utveckling	41
Referenser	44
Appendix A: Skamskalorna och vad dessa mäter	49
Appendix B: Cochrane risk of bias tool	53
Appendix C: Psychotherapy outcome study methodology rating scale	55

Att behandla traumarelaterad skam: en systematisk litteraturstudie

I denna uppsats kommer vi att fokusera på att granska RCT-studier som innefattat traumarelaterad skam, alltså skam som uppkommit vid eller efter ett trauma. Vi kommer att redogöra för hur forskare har fokuserat på detta fenomen och hur de beskrivit att det har behandlats i olika KBT-behandlingar och interventioner, samt vilka resultat de kan presentera för behandling av denna skam.

Bakgrund och tidigare forskning

Skam kan definieras som en mycket smärtsam känsla som medför att individen känner sig bristfällig, ofrivilligt exponerad och ovärdig att ha samhörighet med andra. Känslan uppstår när en individ upplever att en del av dennes identitet mäts mot en social norm eller standard och bedöms vara bristfällig eller misslyckad (Goffnett et al., 2020). Skam är därmed en universell och social emotion, och en värdering av hela ens person, inte bara det man gör. (Saraiya & Lopez-Castro, 2016).

Goffnett et al. (2020) lyfte fram skam som en emotion med negativ valens, det vill säga negativ reaktion på eventuellt stimuli som triggar, som utgår från en individs kognitiva självvärdering, är baserad på signaler i individens sociala miljö, och ofta innefattar fysiologiska påslag.

Skam är en transdiagnostisk konstruktion som korrelerar med ett flertal hälsoproblem och möjligen även medför ogynnsamma följder. Det är därför viktigt att vända sig till skammen i terapi, för att reducera och förebygga dessa konsekvenser. Det finns vidare två huvudskillnader mellan skam och skuld. För det första är skam en uppskattning av självet som bristfälligt, medan skuld innebär att ens handlingar är bristfälliga (Goffnett et al., 2020). För det andra, de smärtsamma tankar och känslor som kännetecknar skam, leder till en önskan om att gömma sig, vilket i sin tur medför en nedåtgående spiral av dysfunktion och icke funktionell hantering, medan obehaget som är kopplat till skuld kan lösas med att rätta till och reparera det dåliga beteendet (Dearing & Tangney, 2011).

Kolts (2019) menade att skam kan definieras som ett extremt plågsamt känslomässigt tillstånd som kan kopplas till negativa självbedömningar av att vara dålig, oönskad, otillräcklig och värdelös. Man kan skilja mellan inre skam – negativa bedömningar av sig själv som person – och yttre skam, där vi uppfattar att andra ser oss som underlägsna, fulla av fel och oattraktiva.

På liknande sätt beskrev Dearing och Tangney (2011) att då skam uppstår ur en kognitiv självvärdering, ses den som en självmedveten emotion. Detta sker exempelvis när en individ upplever sig ha begått ett brott eller brutit mot en viktig norm/standard, och skammen tenderar att vara intensiv då den framkallar en känsla av att vara värdelös och föraktlig. Den associeras ofta med att vara svag, känna sig liten och utsatt, vilja försvinna och dra sig undan. Dearing & Tangney (2011) hävdar att skam också kan ses som en moralisk emotion utifrån antagandet att den begränsar eller förhindrar socialt oacceptabelt beteende. Förmågan att känna skam kräver en viss utvecklingsmognad, och den utvecklas efterhand i tidiga barnår.

Lewis Herman (2011) ansåg dessutom att skam kan liknas vid rädsla i flera aspekter eftersom den har en tydlig fysiologisk karaktär och i sin mest intensiva form kan påverka våra högre kortikala funktioner.

I sammanfattning kan skam alltså beskrivas som en påtaglig och smärtsam emotion, med sociala och självmedvetna förtecken. Den ger ofta upphov till flertalet fysiologiska symtom som t. ex. rodnad, hjärtklappning och svettning, till uppfattningen att man är bristfällig samt att andra ser på en med kritiska och nedsättande ögon. Skammen gör oss benägna att undvika och dra oss undan de sammanhang där den triggas, eller där vi tror att den kommer att triggas, vilka kan vara många olika.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) definieras av flera kriterier som inkluderar att individen utsatts för minst en allvarlig, traumatiserande händelse, vilket gett symptom i mer än en månad och lett till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktionsförmåga. För att erhålla diagnosen PTSD enligt DSM-5, krävs att individen upplevt minst en potentiellt traumatisk händelse och utvecklat bestående och genomgripande psykopatologi. De påfrestande livshändelserna kan skilja sig åt gällande typ av trauma, frekvens och duration och kan innebära exempelvis naturkatastrofer, trafikolyckor, fysiska eller psykiska övergrepp. Kriterierna är enligt nedan:

A. Exponering för död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller flera) av följande sätt: själv utsatts för eller bevittnat händelse, eller underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en nära familjemedlem eller en nära vän. Alternativt vid upprepade tillfällen, eller under extrema omständigheter, exponerats för motbudande företeelser vid en traumatisk händelse.

B. Ett eller flera av följande påträngande symtom associerade med traumahändelsen föreligger med debut efter att händelsen inträffat:

1. Återkommande, ofrivilliga och plågsamma minnen av traumahändelsen.
2. Återkommande mardrömmar där drömmens innehåll och/eller affektläge är kopplat till traumahändelsen. Hos barn även mardrömmar utan tydlig koppling till händelsen.
3. Dissociativa reaktioner, till exempel flashbacks för traumahändelsen.
4. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för signaler som symboliserar eller liknar traumahändelsen.
5. Uttalade fysiologiska reaktioner på signaler som symboliserar eller liknar traumahändelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli associerade med traumahändelsen, alltså att undvika/försöka undvika plågsamma minnen, tankar, känslor och yttre associerade omständigheter.

D. Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till traumahändelsen, vilket visar sig i minst två av följande: oförmögen att minnas någon viktig aspekt av traumahändelsen, ihållande och överdrivna negativa uppfattningar, ihållande förvanskade tankar om orsaken till eller konsekvenserna av traumahändelsen, ihållande negativt känslotillstånd, klart minskat intresse för viktiga aktiviteter, känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor, ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor.

E. Markanta förändringar reaktioner som en följd av traumahändelsen, vilket visar sig i minst två av följande: irritabel och argsint, hänsynslöst eller självdestruktivt beteende, överdrivet vaksam, lättskrämd, koncentrationssvårigheter samt sömnstörningar.

F. Varaktigheten av symtomen (kriterierna B, C, D och E) i mer än en månad.

G. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

H. Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans eller något annat medicinskt tillstånd (Region Stockholm, u.å.).

Män och kvinnor skiljer sig åt i risk för traumaexponering och risk för PTSD. Män löper större risk än kvinnor att exponeras för traumatiska händelser, och kvinnor löper större risk än män att utveckla PTSD, enligt Ditlevsen och Elklit (2012). Författarna uppgav, i en studie där de undersökte traumatypsrelaterad könsskillnad i PTSD-prevalens, att 20,6 % av deltagarna kvalificerade sig för PTSD. De kvinnliga deltagarna hade en högre prevalens på PTSD (25,6%) än de manliga deltagarna (13,2%). Procentenheten varierade också mellan olika traumatyper.

Ytterligare en studie fann bland traumapatienter ganska höga prevalenser av PTSD. Vid mätning ett år efter traumat, fanns en responsgrad på 68%. Av dessa hade 23% av dessa traumadrabbade mätresultat vilka indikerade en möjlig PTSD. Två år efter traumat hade prevalensen sjunkit till 20% (Haagsma et al. 2012).

PTSD är en försvagande/handikappande upplevelse, både för ångesten det medför, och för att det påverkar känslolivet. PTSD skapar ett privat lidande, har en skadande effekt på relationer och produktivitet samt medför kostnader för hälsovård (Yeterian et al., 2017). Krigsveteraner med PTSD lider av olika fysiska och psykiska samsjukligheter, behöver mycket vård och har vittgående funktionella försämringar avseende arbete, familjerelationer, aggressivt beteende och försämrad livskvalitet (Yeterian et al., 2017). PTSD finns dock inte enbart hos krigsveteraner, utan också hos exempelvis vuxna kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen (Ginzburg et al., 2009).

Fenomenet skam associeras med PTSD-symptom (Joseph & Bance, 2020). Känslor av skam och skuld förekommer generellt hos personer med PTSD, och i synnerhet hos dem som utsatts för sexuella övergrepp som barn (Joseph & Bance 2020; Ginzburg et al., 2009). Detta då traumat inträffar under en känslig period för självutveckling och identitet, som under barndom och tonår (Joseph & Bance, 2020). Posttraumatisk skam är också signifikant relaterad till PTSD-symptom på våldsutsatta kvinnor och offer för våldsbrott. (Ginzburg et al., 2009). Denna skam har också associerats med psykologiska problem såsom bland annat drogbruk, riskfyllt sexuellt beteende, suicid, depression och ångest (Ginzburg et al., 2009).

Vid diagnosen PTSD är ofta primärt fokus för behandlingsprogrammet att bearbeta rädslan, och andra känslor är sällan terapins fokus (Irons & Lad, 2017). Traditionell konceptualisering av PTSD har sett diagnosen som en dysreglering av rädsleresponser (Ojserkis et al., 2014). Men på senare år har ett flertal forskare och kliniker fört fram att andra emotioner borde vara ett centralt fokus för traumabehandlingen och dess konceptualisering, och att inte enbart ilska utan också känslor såsom sorg och skam är vanliga. Irons och Lad (2017) hänvisade till ett flertal studier vilka visade att bland annat skam kan vara viktiga för att förstå PTSD. Detta då forskning har funnit att människor med PTSD också har höga skamnivåer, och att skam tillsammans med hög självkritik hos en grupp krigsveteraner fanns förederas komplexa trauman. Enligt Irons & Lad (2017) responderar inte skam på exponeringsbaserade behandlingsmetoder såsom ångest gör. Ojserkis et al. (2014) återgav studier vilka visat att skam, liksom ilska, ”göder” relationen mellan stridsexponering och PTSD hos

krigsveteraner, samt att interaktionen mellan skam och allvarlighetsgraden av emotionell misshandel hänger samman med graden av PTSD-symptom hos kvinnor vilka utsatts för partnervåld.

Öktedalen et al. (2015) hänvisade till studier som pekade på att skam och skuld är relevanta för utveckling och vidmakthållande av PTSD, samt till hypotesen att skam eller skuld bidrar till emotionellt obehag i form av ökad frekvens och intensitet av påträngande traumaminnen. Samma författare återgav att bestående PTSD bara utvecklas om individen processar traumat på ett sådant sätt att de upplever en känsla av ett pågående hot, t. ex. ett externt hot att se världen som mer farlig, eller ett internt hot att se sig som mindervärdig och socialt oattraktiv, vilket är en del av skamreaktionerna. Skam kan också bidra till att vidmakthålla PTSD genom att självkritik ökar känslan av ett närvarande hot, alltså borde PTSD-bearbetning ha som mål att reducera traumarelaterad skam och skuld (Öktedalen et al., 2015).

Även Goffnett et al. (2020) framförde vikten av att adressera skam i terapi, för att reducera beteendeproblem och förebygga framtida negativa konsekvenser. Sammanfattningsvis är en tolkning av PTSD att det är en dysreglering av rädsleresponsen (Ojserkis et al., 2014), men en tolkning av PTSD är att moralisk avsky, skam och skuld är implikationer för behandling, snarare än rädsla (Irons & Lad, 2017).

Ojserkis et al. (2014) framförde här att KBT inte är tillräckligt effektiv för att behandla PTSD-symptom vilka bygger på negativt värderade, moraliska känslor, samt att dessa är mera motståndskraftiga mot utsläckande än vad rädsla är. Detta ifrågasatte därmed effektiviteten av KBT för posttraumatisk psykopatologi med framträdande skam, skuld och ilska, därmed finns det anledning att undersöka potentiella tillägg till existerande behandlingar för att behandla just dessa känslor (Ojserkis et al., 2014).

Badour et al. (2015) angav att skam är den primära responsen till en traumatisk upplevelse. Vidare att skam jämte ilska är den emotion, utöver rädsla, som framträder tydligt vid framför allt överfallsrelaterad PTSD. Dock finns en viss skillnad mellan könen där skam förekommer mer frekvent bland kvinnor.

Saraiya och Lopez-Castro (2016) ansåg att det finns en ökande samstämmighet kring att skam kan vara centralt för PTSD och dess behandling. Vidare skrev de att avseende skammens konstruktion, visade forskning stora skillnader i att definiera detta begrepp i olika studier. Skam har beskrivits som ett personlighetsdrag (skambenägenhet), som en produkt av

traumatiska upplevelser (traumarelaterad skam) och som ett tillstånd (specifik till en uppgift eller tidpunkt) (Saraiya & Lopez-Castro, 2016). De studier som dessa forskare granskat har indikerat att skammen blir olika stor vid olika slags trauman, och exempelvis blir större vid sexuella övergrepp. Deras översikt visade att skammen var tydligt relaterad till PTSD, med några undantag. Sammanfattningsvis pekade deras granskade studier på att både personliga benägenheter att uppleva skam, plus skam i samband med ett trauma, medierar att PTSD uppstår, både direkt och över tid (Saraiya & Lopez-Castro, 2016). Om skam alltså är en riskfaktor för PTSD, återstår frågan kring om skam vidmakthåller PTSD.

Lewis Herman (2011) förde ett likartat resonemang, där hon menade att trauman orsakade av andra snarare än olyckor och katastrofer, och som pågår över tid samt innebär inslag av dominans och underordning, i större utsträckning etablerar känslor som bl. a. skam, vilka är kopplade till PTSD-symptomen. Hon hävdade att ett sådant posttraumatiskt tillstånd kan konceptualiseras både som ett ångesttillstånd och som en skamproblematik, och att den typen av traumarelaterad skam förefaller vara en tydlig prediktor till PTSD-symptomen. Med hänvisning till tidigare studier ansåg Lewis Herman (2011) att det finns stöd för att vid kvarstående skam långt efter ett trauma, finns också en PTSD-problematik, men när skammen har minskat och försvunnit har också PTSD-symptomen avtagit. Detta gör att vikten av att adressera skam i traumabehandling framstår som tydlig, då det utöver att symtomen hänger ihop dessutom kan vara så att skam kan förhindra direkta terapeutiska interventioner, genom starka undvikanden hos patienten (Lewis Herman, 2011).

Saraiya och Lopez-Castro (2016) konstaterade att forskningen har skillnader i design ifall den skam som studeras är generell eller traumaspecifik, skillnad i vid vilka tidpunkter skam och sampelkaraktistika skattas, och att samtliga dessa skillnader kan påverka slutsatserna om hur skammen vidmakthåller PTSD. Utifrån ovanstående ansåg dessa forskare att ytterligare forskning behövs och att den nuvarande litteraturen inte tillräckligt redovisar skammens roll i PTSD-behandling.

Saraiya och Lopez-Castro (2016) har inte funnit att någon behandling varit överlägsen i att minska skam. Att det inom forskningen endast används självskattningsskalor och icke validerade instrument för att mäta skam, såg de som en begränsning. Detta kräver att respondenten både är medveten om skammen ifråga och är villig att erkänna och avslöja detaljer om sin upplevelse. Författarna argumenterade för att självrapporterad skam kanske endast visar ena sidan av myntet, och att medvetenhet om skam är en process medan

skambearbetning är en annan process. De ansåg att hos individer med PTSD kan skam undgå medvetandet, alltså finns det ett behov av att på ett bättre sätt fånga skamrelaterade processer i forskningen framöver, och då behövs både bättre mätmetoder och insikter i skillnader mellan implicita och explicita skamprocesser (Saraiya & Lopez-Castro, 2016).

Vidare uttryckte de att det är fördelaktigt att reducera skam, då det ger en positiv förändring på PTSD-symptom överlag. De skrev att behandlingsstudierna de studerat visar många vägar till att reducera skam, vilket ibland och ibland inte inkluderar direkta processer för att minska skam (Saraiya & Lopez-Castro, 2016).

Goffnett et al. (2020) har gjort en systematisk översikt över interventioner som reducerar skam. I deras studerade artiklar var skam inte studiernas huvudfokus, och få interventioner var specifikt designade för att minska skam, vilket beskrevs som en brist. Goffnett et al. (2020) förde fram två skäl till att den vetenskapliga förståelsen av fenomenet skam har begränsats i behandlingskontexten. Det första var att skam och skuld i tidigare forskning har slagits samman i behandling. Det andra var att det finns stora variationer i mätningarna av skam, vilket också begränsat vår förståelse av fenomenet. Det finns flera instrument för att mäta skam och skuld, generella eller kontextspecifika, men få av dem är anpassade för att mäta dessa emotioner efter trauma. Goffnett et al. (2020) ansåg att bland annat Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) är ett generellt test, vidare att kontextspecifika mätningsskalor kan vara användbara för att undersöka skammens roll där skam dominerar, till exempel vid en historia av sexuella övergrepp, PTSD och självskadebeteende. De förmedlade att skillnaden mellan att mäta allmän och specifik skam är viktig, samt att utveckla kontextspecifika mätinstrument skulle vara fördelaktigt för att förstå skammen helt och för att se vilka mätinstrument som är mest sensitiva för förändringen (Goffnett et al., 2020). Även Aakvaag et al. (2016) uttryckte behov av en egen mätningsskala för traumarelaterad skam och skuld. Goffnett et al. (2020) återgav att forskning på skam och dess roll i psykopatologi tyder på ett verkligt behov av interventioner som är inriktade på att reducera förekomsten av och effekterna av skam. Căndea och Szentagotai-Tătar (2018) menade att det är av vikt att via forskning hitta sätt att i psykoterapi nå och bearbeta skammen (Căndea & Szentagotai-Tătar, 2018).

I Goffnett et al. (2020) översikt drogs slutsatsen att många etablerade evidensbaserade interventionsprogram effektivt reducerar skam, samt att skamreduktionen i de undersökta studierna upprätthålls över tid. Sammanfattningsvis summerade författarna att

trots heterogenitet i studierna med olika studiedesign, sampelstorlek, karakteristika för populationerna, olika interventioner och olika mätmetoder för skam, hade författarna överallt observerat en minskning i skammen. Goffnett et al. (2020) ansåg även att det behövs så kallades ”dismantling studies”, det vill säga studier med uppdelade interventioner, för att identifiera vilka aktiva ingredienser som reducerar skam i specifika populationer och kontexter.

Saraiya och Lopez-Castro (2016) hade förslag på att fortsatt forskning borde innehålla en systematisk översikt och utvärdering av kvaliteten i forskningen, konsolidera definitioner på skam, utveckla fler bedömningsinstrument för att fånga skammens mångfasetterade natur och undersöka de ickeverbala, fysiologiska och biologiska skam-komponenterna.

Goffnett et al. (2020) ansåg också att skammens sociala rötter måste beaktas vid design och genomförande av behandlingar, något de menade varit försummat i de studier de granskat. Vidare borde framtida studier undersöka vad en skamreduktion kan innebära för hälsofördelar: ”Further research is needed to understand its important role as predictor, moderator and behavioral health outcome.” (Goffnett et al., 2020, s. 157).

Det finns många olika KBT-variationer vilka används för att behandla trauma – traditionell KBT, cognitive processing therapy (CPT), dialektisk beteendeterapi (DBT), Prolonged Exposure (PE), compassionfokuserad terapi (CFT), adaptive disclosure (AD), trauma-focused CBT (TF-CBT), compassion focused visual art therapy (CVAT), trauma focused group therapy (TFGT), present-focused group therapy (PFGT), mindfulness-based stress reduction (MBSR), comprehensive distancing (CD), imaginal exposure (IE), imagery rescripting (IR) och säkert ännu fler. I denna uppsats kommer vi att undersöka några av ovanstående. Vi kommer också att granska studier vilka jämför någon av ovanstående KBT-metoder med andra metoder, nämligen med child-centered therapy (CCT), vilket är en stödjande terapi utifrån Cohen et al. (2004), med challenging cognitions (CC), vilket är en kognitiv övning enligt Ojserkis et al. (2014), samt med två sorters utplockade interventioner ur cognitive processing therapy, nämligen written accounts (WA), vilket är ett skriftligt och muntligt arbete med traumat enligt Resick et al. (2008), samt med cognitive therapy only (CPT-C), vilket enligt Resick et al. (2008) är en förändrad CPT där endast den kognitiva komponenten används.

De olika behandlingarna har etablerade engelska namn, därför kommer vi att använda dessa i stället för att översätta dem, samt även använda de förkortningar som angivits ovan. Vi

kommer också att behålla det engelska begreppet "non-fear emotions" då vi avser negativa känslor som inte innefattar rädsla eller skräck. Detta då vi inte hittat någon tillräckligt bra svensk översättning.

Sammanfattningsvis är skam en komplex emotion som kan förstås på olika sätt, både som en skambenägenhet, ett resultat av trauma och som ett tillstånd. Skam har också samband med ett flertal negativa hälsotillstånd. PTSD är ett diagnostiserat psykiskt tillstånd vilket innebär en rad svårigheter som individen drabbats av utifrån en inträffad traumatisk upplevelse.

Skam och PTSD är nära sammankopplade, då skam ofta uppstår vid ett trauma och även vidmakthåller traumat. Som vi beskrivit ovan, har bearbetning av PTSD tidigare ofta haft rädslan i fokus, men på senare år har forskare fört fram att även skam kan ha en framträdande roll i PTSD, och att skammen därför är en implikation för behandling. Vidare har forskare i studier börjat undersöka skam vid PTSD-behandlingar, med hjälp av olika mätmetoder och frågor. Det verkar dock inte finnas tillräckligt tydlig forskning med traumarelaterad skam som huvudfokus och vi anser att det finns ett behov av att undersöka ovanstående, då ökad kunskap inom området skulle gagna patienter i klinisk verksamhet.

Sammantaget leder detta oss fram till våra forskningsfrågor. Utifrån ovanstående vill vi med denna uppsats fördjupa oss i fenomenet skam vid och efter trauma, samt undersöka denna utifrån nedan beskrivna syfte och frågeställningar.

Syfte

Att genom denna litteraturstudie undersöka vilka KBT-interventioner som visat sig vara effektiva för att reducera traumarelaterad skam, vilken betydelse traumarelaterad skam har för uppkomst och vidmakthållande av PTSD, samt undersöka hur skam har hanterats i studier av traumabehandling.

Frågeställningar

Vilka KBT-interventioner har visat sig vara effektiva för att reducera skam vid trauma?

Vilken betydelse har traumarelaterad skam för uppkomst och vidmakthållande av PTSD?

Hur har traumarelaterad skam hanterats i studier av traumabehandling?

Metod

Studiedesign

Vi har valt att göra en systematisk litteraturstudie. Inklusionskriterierna för vår studie var att artiklarna skulle vara RCT-studier gällande behandling av trauma, där även skam var

en av parametrarna. Vidare var inklusionskriterierna att studierna skulle ha mätning av skam, samt att specifika mätinstrument för att mäta skam använts i studien.

Metod för datainsamling samt urval av artiklar

Via en sökning med sökorden "shame", "trauma" samt "CBT" på Google Scholar hittade vi 2020-08-10 en review-artikel "Interventions to reduce shame" (Goffnett et al., 2020). Ur denna plockade vi ut deras artiklar som behandlade studier om skam och trauma samt hade RCT-design, totalt 8 artiklar.

En litteratursökning gjordes under perioden 2020-09-21 - 2020-09-23 för att finna artiklar som beskriver behandling av fenomenet skam vid trauma. Sökningen gjordes vid Lunds universitetsbibliotek LUBSEARCH med följande sökord:

1. Shame PTSD AND RCT or randomised control trial or randomised controlled trial. Där erhöll vi först 23 resultat (sedan 17 när sökningen gjorts om), varav vi plockade ut de 7 artiklar där vi kunde se att någon form av behandling eller intervention granskades.
2. Shame trauma AND RCT or randomised control trial or randomised controlled trial. Där erhöll vi 29 resultat, varav 8 artiklar befanns granska behandling eller intervention. Av dessa var 5 dubletter med resultat från tidigare sökning. Således 3 artiklar vi kunde plocka ut för vidare granskning.
3. Treating shame AND RCT or randomised control trial or randomised controlled trial. Vi erhöll 11 resultat, varav två relevanta artiklar, men de var dubletter med artiklar från tidigare sökningar.
4. Shame AND compassion AND rct or randomised control trial or randomised controlled trial. Gav 18 artiklar, varav 1 artikel var relevant enligt ovan nämnda kriterier.

Totalt fann vi 19 artiklar att fortsätta studera vidare, plus en review-artikel. Dessa artiklar gick vi igenom för att se ifall de matchade våra inklusionskriterier. Av de 19 artiklarna vi studerade närmare, var 12 RCT-studier och fem studier hade annan design, samt de resterande två studierna hade annan diagnos än den eftersökta.

Vi gick igenom hälften var av de tänkbara artiklarna. Vi screenade då titlar, abstracts och metodavsnitt för att se ifall dessa kunde inkluderas i uppsatsen. Samtliga artiklar på listan diskuterade vi gemensamt, och bestämde sedan att avgränsa oss till de 12 RCT-studierna. Av dessa 12 utgick två artiklar, den ena då den ej undersökte fenomenet skam ur ett KBT-perspektiv, den andra artikeln utgick då den endast innefattade design och rationale för en RCT-studie vilken ännu ej är genomförd. Slutligen fick vi då 10 kvarstående RCT-artiklar.

Detta kan följas i Figur 1.

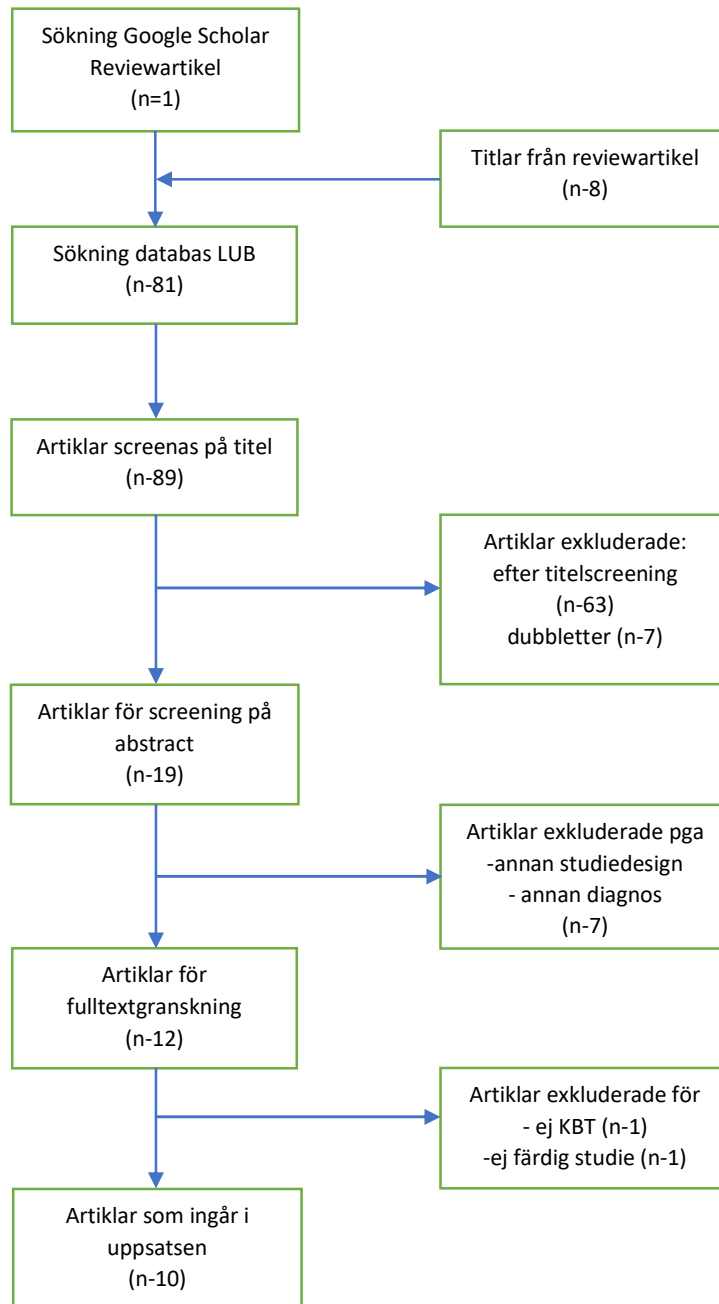
Metoder för dataanalyser

Varje inkluderad artikel har genomgått en kvalitetsbedömning, i form av en dubbel granskning. Denna granskning har gått till så att vi båda har läst samtliga artiklar var för sig och skattat dem utifrån de två granskningsinstrumenten Cochrane risk-of-bias-tool for randomized trials (Higgins et al., 2011) (hämtad från kurshemsidan för Psykoterapeutprogrammet), samt Östs manual Psychotherapy outcome study methodology rating form (Öst, 2016). Därefter har vi gemensamt diskuterat artikel efter artikel, item för item, tills vi uppnått konsensus i bedömningen. Eftersom vi endast har använt oss av randomiserade, kontrollerade studier (RCT-design), bedömer vi att dessa bör ha en lägre bias än pre-post-design-studier eller fallstudier.

Etiska överväganden

Vi bedömer inte att vår litteraturstudie behöver genomgå en etikprövning genom EPM, men vi avser att följa de etiska riktlinjer för forskning som finns samt följa yrkesetiska principer.

Figur 1 Flödesschema över framtagande och granskning av artiklar.



Resultat

Vi granskade tio studier med RCT-design, utifrån frågeställningarna om vilka KBT-interventioner som har visat sig vara effektiva för att reducera skam vid trauma, vilken betydelse traumarelaterad skam har för uppkomst och vidmakthållande av PTSD, samt hur traumarelaterad skam har hanterats i studier av traumabehandling. Detta kan ses i tabell 1.

Beskrivning av inkluderade studier

Samtliga studier var baserade på olika KBT-behandlingar. Dessa inriktades på att behandla trauma och inkluderade i någon mån skam. Studierna hade olika sampel, totalt inkluderades 846 personer. En studie gjordes på barn och deras vårdnadshavare, en studie var uppföljning på dessa barn, en studie gjordes på endast flickor i tonåren, tre studier gjordes på endast kvinnor, och fyra studier gjordes på såväl kvinnor som män. Det var stor variation i ålder på deltagarna i de olika studierna, nämligen från 8 till 75 år. Deltagarna rekryterades på olika sätt. Sju studier hämtade deltagarna på olika kliniker, både allmänna sådana och PTSD-enhet respektive slutenvårdsenhet. En studie hämtade deltagare från två universitet. En studie annonserade efter deltagare i tidningar. Och slutligen rekryterade en studie sina deltagare från skyddsboenden. Studierna utfördes i olika länder, främst i USA (n=5), men också i Indien (n=1), Tyskland (n=1), Nederländerna (n=1) och Norge (n=2).

Tabell 1 – Studiekarakteristika över inkluderade artiklar (n=10)

Författare, år	Typ av sample	Miljö	Mätinstrument	Intervention	Skam-kontext	Huvudsakliga resultat gällande skam
Arntz et al., 2007	N=67 Ålder 18-75 Kvinnor/män	Community Mental Health Center, Maastricht, Nederländerna	Två frågor om skam och skuld	Imaginal Exposure samt Imagery Rescripting (IE + IR) vs IE 60 minuter, därefter 90 min X 9 veckor	Kronisk PTSD Olika trauman: överfall, sexuella övergrepp eller andra trauman	Skam reducerades, IE + IR gav bättre skamreduktion än enbart IE. Posttr. ($d=,55$), uppf. efter 1 mån ($d=,64$) IE posttr. ($d=-,06$), uppf. efter 1 mån ($d=-1,7$) IE+IR posttr. ($d=,43$), uppf. efter 1 mån ($d=,35$)
14 Cohen et al., 2004	N=229 Barn 8-14 år + vårdnads-havare	Två kliniker, i stad resp landsbygd USA	The shame questionnaire	Traumafokuserad KBT (TF-CBT) vs Child-centered therapy (CCT) 90 min X 12 veckor	Sexuella övergrepp mot barn Trauma	Reducerad skam för båda. TF-CBT visade bättre resultat än CCT. ($p<,01$; $d=,46$)
Deblinger et al., 2006 (Uppföljning av ovanstående)	N=183 Barn 8-14 år + vårdnads-havare	Två kliniker, i stad resp landsbygd USA	The shame questionnaire	Uppföljning av traumafokuserad KBT (TF-CBT) vs Child-centered therapy (CCT) 90 min X 12 veckor	Sexuella övergrepp mot barn Trauma	TF-CBT-behandlade barn var signifikant mindre benägna att känna skam än CCT-behandlade barn. Posttr. ($d=-,46$), uppf. efter 6 mån ($d=-,38$), uppf. efter 12 mån ($d=-,21$)

Författare, år	Typ av sample	Miljö	Mätinstrument	Intervention	Skam-kontext	Huvudsakliga resultat gällande skam
Ginzburg et al., 2009	N=166 Kvinnor Ålder m=34-37 år (olika för varje intervention)	Stanford, San Fransisco och Berkeley universitet, USA	Shame subscale of the abuse-related beliefs questionnaire	Gruppterapi, Trauma focused therapy (TFGT) vs Present focused therapy (PFGT) vs väntelista 90 min/v under 24 veckor	Sexuella övergrepp mot barn PTSD	Skam reducerades jämfört med väntelistan. Ingen större skillnad mellan metoderna. ($t(163)=3,29$)($d=,58$) ($p<,01$)
Görg et al., 2017	N=23 Kvinnor Ålder 17-65 år Ingen kontroll-grupp	PTSD-enhet vid Central Institute for Mental Health, Mannheim, Tyskland	Pat ombads själv mäta nivån av skuld, skam etc	DBT 12-14 veckors modulbehandling med terapi enskilt och i grupp, DBT-färdighetsträning, självkänsla-träning, mindfulness, psykoedukation om PTSD, gruppinterventioner med musik- eller konstterapi	PTSD Sexuella övergrepp mot barn	Skam minskade. ($R^2=,05$)

Författare, år	Typ av sample	Miljö	Mätinstrument	Intervention	Skam-kontext	Huvudsakliga resultat gällande skam
Joseph, M & Bance, L 2020	N=36 Flickor Ålder 12-17 år	Skyddsboenden i Kerala, Indien	Trauma-related shame inventory	Compassion-Focused Visual Art Therapy (CVAT) vs kontrollgrupp 90 min 2 ggr/vecka under 7 veckor.	Sexuella övergrepp mot barn Trauma	Skam minskade, statistiskt signifikant förbättring. (t -value=57,10) (p =,001)
Langkaas et al., 2017	N=65 Ålder 18-67 år M=45 år	Nationell PTSD-klinik, specialistvård, Norge	Trauma related shame inventory (TRSI), Trauma - related guilt inventory (TRGI) BDI-II PSS-I	Imagery Rescripting (IR) vs Prolonged Exposure (PE) 90-120 min/vecka under 10 veckor.	PTSD Olika trauman: våld, sexuellt våld, olyckor, krigsrelaterat trauma	Båda metoderna effektiva utan större skillnader. IR posttr. (g =,50), uppf. efter 12 mån (g =,42) PE posttr (g =,73), uppf. efter 12 mån (g =,61)
Ojserkis et al. 2014	N=45 Studenter 78 % kvinnor Ålder m=21 år	Fordham University + University of Arkansas USA	Tosca-3 (om skam och skuld)	Comprehensive distancing exercise (CD) vs Challenging Cognitions (CC) En session	PTSD	Båda interventionerna minskade skam. Ingen skillnad mellan dem. (p <,001; F =41,14) (η^2 =,49)

Författare, år	Typ av sample	Miljö	Mätinstrument	Intervention	Skam-kontext	Huvudsakliga resultat gällande skam
Resick et al. 2008	N=150 Kvinnor Ålder m= 35 år	Klinik i St Louis USA	ESS (The experience of shame scale)	Cognitive Processing Therapy (CPT) vs Written Accounts (WA) vs CPT-C 2 h/vecka under 6 veckor.	PTSD och interpersonellt våld	Skam minskade i alla tre behandlings- CPT ($d=-,82$) WA ($d=-,96$) CPT-C ($d=-,97$)
Öktedalen et al., 2014	N=65 Män, kvinnor Ålder m= 45 år	Slutenvårds -behandling på en ångesthet, nationellt psykiatriskt sjukhus, Norge	"Self-report of shame was constructed for the present research"	Imaginal Exposure (IE) vs Imagery Rescripting (IR) 40-60 min/vecka under 10 veckor.	PTSD Olika trauman: överfall, olyckor, naturkatastrof, krigsrelaterat trauma, fångenskap, tortyr, sexuella överfall	Förändringar i skam och skuld föregår förändringar i PTSD- symptom hos individen. (F -value = 35,999) ($p<,001$)

Kommentar: Artikelförfattarna har använt olika sätt att ange och visa på effektstorlekar. Några har inte angett detta utan angett olika värden för statistisk signifikans, och där saknas effektstorlek. Angivna effektstorlekar är d =Cohen's d , η^2 =Eta squared, R^2 =r squared och g =Hedges g .

Följande betydelse för posttr=posttreatment, uppf= uppföljning och mån=månad. Det har angivits både negativa och positiva värden för effektstorlekar. Artikelförfattarna har angett negativa värden då skam minskat som symtom över tid, och angett positiva värden då en intervention givit större effekt framför en annan med hänseende till skam. Detta med undantag för Arntz et al. där författarna angett positiva värden för förbättring och negativa värden för försämrade symtom.

Interventioner som reducerade skam

Interventionerna som användes är summerade i tabell 1. Skammen var inte den centrala frågan i de flesta av de undersökta studierna. Ändå upplevdes skammen reducerad av deltagarna. I studierna undersökte forskarna följande interventionsprogram och delar av interventionsprogram: cognitive processing therapy (CPT), dialektisk beteendeterapi (DBT), imaginal exposure (IE), imagery rescripting (IR), trauma focused group therapy (TFGT), present-focused group therapy (PFGT), child-centered therapy (CCT), compassion focused visual art therapy (CVAT), Prolonged Exposure (PE), comprehensive distancing (CD), challenging cognitions (CC), written accounts (WA), cognitive therapy only (CPT-C) och trauma-focused CBT (TF-CBT).

Mätmetoder för skam

I studierna hade forskarna olika sätt att bedöma skam. I de flesta studierna, men inte i alla, användes frågeformulär för att mäta skam, så kallade skam-skolor. Det finns olika skam-skolor att tillgå, vilka avser att mäta olika slags skam. Sammantaget användes i studierna åtta olika sätt att mäta skam på. Tre studier hade endast några enkla frågor kring skam. I Arntz et al. (2007) ställde forskarna två frågor om skam och skuld till deltagarna, i Görg et al. (2017) ombads patienten själv att skatta sin nivå av skuld och skam, samt Öktedalen et al. (2015) som konstruerade en självskattning av skam just för den aktuella studien. De sju andra studierna använde sig av olika etablerade skamskolor. Dessa var The Shame Questionnaire, Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3), The Experience of Shame Scale (ESS), Shame Subscale of the Abuse-Related Beliefs Questionnaire (ARBQ) samt Trauma-Related Shame Inventory (TRSI). Vi ska kortfattat beskriva dem. Ytterligare information finns i Appendix A.

TOSCA är nog den mest välkända och välanvända skamskalan (Andrews et al., 2002). TOSCA är ett scenariobaserat frågeformulär som består av vanliga skam- och skuldsituationer i vardagslivet, åtföljda av tänkbara svarsalternativ. En av delskalorna mäter benägenhet för skam (Fontaine et al., 2001).

The Experience of Shame Scale (ESS) är ett frågeformulär baserat på en intervju och på skamskalan TOSCA. ESS bedömer specifika skamområden relaterat till jaget och till prestation, det vill säga karakteristisk skam (över personliga vanor, uppförande, personlig förmåga), beteendeskam och kroppsskam (Andrews et al., 2002).

The Abuse-Related Beliefs Questionnaire for survivors of childhood sexual abuse (ARBQ) är designad för att bedöma övergreppsrelaterade uppfattningar hos vuxna, vilka som

barn utsatts för sexuella övergrepp. ARBQ har tre subskalor: skuld, skam och resiliens, vilka bedöms fånga upp olika delar av övergrepp-drabbades självstigmatisering (Ginzburg et al., 2006).

The Trauma Related Shame Inventory (TRSI) är även detta ett självrapporteringsformulär avseende trauma. Formuläret har subkategorierna självfördömelse, beteendemässiga samt affektiva komponenter, både för intern skam och extern skam (Öktedalen et al., 2014).

The Shame Questionnaire är en självskattningsskala som avser att mäta ett barns skamkänslor i respons till sexuella övergrepp (Michalopoulos et al., 2015).

Sammanfattning av studiernas heterogenitet

Sammantaget var det en väldig heterogenitet i studiernas syfte, population, behandlingar, mätmetoder för skam och kontexter, till exempel kultur. Detta begränsar jämförelser mellan studierna och försvårar metaanalyser.

Sammanfattning av artiklarna

Arntz et al. (2007)

Studien omfattade 67 kvinnor och män i åldrarna 18-75 år, vilka hade kronisk PTSD och upplevt olika trauman, exempelvis överfall, sexuella övergrepp eller andra trauman. Studien genomfördes vid Community Mental Health Center, Maastricht, Nederländerna. Deltagarna fick genomgå intervjuer samt fylla i formulär och självskattningsskalor. De randomiserades därefter till Imaginal Exposure plus Imagery Rescripting (IE + IR) eller enbart Imaginal Exposure (IE). Båda behandlingarna omfattade 10 veckors behandling. Forskarna använde ingen skamskala utan hade istället två frågor om skam och skuld.

Resultaten visade att skam reducerades för IE + IR, men att behandlingen gav en viss ökning av skam för IE, vilket forskarna ansåg delvis kunde förklaras av ett 51 % stort bortfall av deltagare, och delvis av effekten av en Intention-to-treat analys.

Cohen et al. (2004)

Studien gjordes på 229 barn i åldrarna 8-14 år samt deras vårdnadshavare. Den genomfördes vid två kliniker vilka behandlar barn utsatta för sexuella övergrepp, i stad resp på landsbygd, i USA. Rekrytering och behandlingsprotokoll var identiska på båda klinikerna. Barnen skulle uppfylla minst fem kriterier för PTSD utifrån sexuella övergrepp samt ha en vårdnadshavare villig att delta i föräldrabehandlingen i studien. Deltagarna som inkluderades fick genomgå ytterligare intervjuer med mätinstrument och självskattningsformulär. Deltagarna randomiserades därefter till antingen traumafokuserad KBT (TF-CBT) eller Child-

centered therapy (CCT). Behandlingen var manualiserad och omfattade 12 veckors behandling. Den skamskala som användes var The Shame Questionnaire.

Resultaten visade att båda behandlingarna signifikant reducerade skam. TF-CBT visade dock klart bättre resultat än CCT. I TF-CBT fick barnen bit för bit konfronteras med detaljerade minnen från sina trauman och skapa narrativ kring dem.

Deblinger et al. (2006)

Denna studie var en uppföljning av Cohen et al.s studie (2004) och omfattade 183 barn 8-14 år samt deras vårdnadshavare. Barnen hade utsatts för sexuella övergrepp och uppfyllde minst fem kriterier för PTSD. Studien genomfördes vid två kliniker, i stad resp på landsbygd, i USA. Redan studerade individer inkluderades för ytterligare uppföljning av traumafokuserad KBT (TF-CBT) respektive Child-centered therapy (CCT). Den skamskala som användes var The Shame Questionnaire.

Resultatet visade att skam fortsatte att vara minskad, men att TF-CBT-behandlade barn var signifikant mindre benägna att känna skam än CCT-behandlade barn.

Ginzburg et al. (2009)

Studien omfattade 166 kvinnor, medelålder 34-37 år (olika för varje intervention), vilka utsatts för sexuella övergrepp som barn och som uppfyllde kriterierna för PTSD. Studien genomfördes vid Stanford, San Fransisco och Berkeley universitet, USA. Deltagarna screenades först med intervjuer samt genomförde undersökningsformulär och självskattningsskalor. De randomiserades därefter till gruppterapi, antingen Trauma Focused Group Therapy (TFGT), Present Focused Group Therapy (PFGT) eller väntelista. Behandlingen var manualiserad och omfattade 24 veckor. Den skamskala som användes var Shame Subscale of the Abuse-Related Beliefs Questionnaire.

Resultaten visade att båda terapierna reducerade skam. Det var ingen skillnad mellan dem.

Görg et al. (2017)

Studie är hämtad från en tidigare RCT-studie där DBT-PTSD jämfördes med sedvanlig behandling och väntelista. I denna aktuella studie ingick enbart kvinnor som genomgått DBT-PTSD, vilket gör att denna delstudie saknade kontrollgrupp. Det fanns dock i den ursprungliga studien. Delstudien omfattade 23 kvinnor, medelålder 36 år, med diagnosticerad PTSD samt minst ett av följande kriterier: minst fyra DSM-IV-kriterier för borderline personlighetsstörning, pågående ätstörning, substansbrukssyndrom eller svår

depression. Studien genomfördes i Mannheim, Tyskland, på The Central Institute for Mental Health. Behandlingen omfattade 12-14 veckor. Författarna ville mäta förändring i PTSD-symtom, traumarelaterade emotioner, däribland skam, och förmåga till radikal acceptans samt replikera det tidigare konstaterade sambandet mellan ångest, rädsla och PTSD-symtom. Deltagarnas diagnos bekräftades med intervjuer och frågeformulär. Deltagarna tillfrågades inför varje session om radikal acceptans och om traumarelaterade emotioner kopplade till indextraumat, däribland skam, och ombads gradera dessa från 0-100. Överlag minskade skam medan förmågan till radikal acceptans ökade. Bristen på kontrollgrupp gjorde att inga slutsatser kunde dras kring om detta kunde bero på behandlingen. Författarna tyckte sig se ett samband mellan reducerad skam och respons på behandlingen, men underlaget var för litet för att konstatera statistisk signifikans.

Joseph och Bance (2020)

Studien omfattade 36 flickor i åldrarna 12-17 år, vilka utsatts för sexuella övergrepp. Studien genomfördes vid skyddsboenden i Kerala, Indien. I korthet är Compassion Focused Visual Art Therapy (CVAT) ett interventionsprogram designat för att höja självmedkänsla och reducera traumarelaterad skam bland sexuellt utnyttjade flickor (Joseph & Bance, 2020). Deltagarna i studien fick genomgå skattningsformulär kring self compassion och traumarelaterad skam. De randomiserades därefter till CVAT eller kontrollgrupp. Behandlingen var manualiserad och omfattade 7 veckor. Den skamskala som användes var Trauma-Related Shame Inventory.

Resultaten visade att behandlingen minskade skam, med en statistiskt signifikant förbättring.

Langkaas et al. (2017)

Författarna ville i studien undersöka hypotesen att rescriptingbaserad PTSD-behandling har bättre effekt på non-fear emotions, däribland skam, än vad exponeringsbaserad PTSD-behandling har. Studien omfattade 65 män och kvinnor, medelålder 45 år. Deltagarna rekryterades från en avdelning för ångeststörningar vid en nationell psykiatrisk klinik i Norge, för patienter vilka inte kunde få lokal PTSD-behandling eller inte svarat på tidigare behandling. Deltagarna genomförde skattningsformulär för PTSD och konstaterades möta diagnoskriterierna. Deltagarna randomiserades till antingen Imaginal Exposure (IE) eller Imagery Rescripting (IR). Behandlingen var manualiserad och tog över 10 veckor. Skam skattades med Trauma Related Shame Inventory.

Båda behandlingarna hade en tydlig effekt på skam, och det fanns ingen signifikant skillnad mellan dem. Författarna antog att både IE och IR tillför korrigerande information som är relevant för skam, på olika sätt.

Ojserkis et al. (2014)

Studien gjordes på 45 studenter på Fordham University och University of Arkansas i USA. Medelålder 21 år. Deltagarna hade signifikanta PTSD-symptom, samt hade upplevt minst ett trauma. De fyllde i frågeformulär och självskattningsskalor via internet. Den skamskala som användes var TOSCA-3. Deltagarna randomiserades till två olika behandlingar: comprehensive distancing (CD) eller Challenging conditions (CC) och guidades genom en introduktionslektion, en övningssession och en experimentsession. Den sistnämnda var en traumarelaterad övning av deras tankestrategier. CD-gruppen fick öva på att distansera sig. CC-gruppen fick öva på att uppmärksamma sina tankar, fundera över fakta som åtföljde situationen och se sig själva som neutral observatör. Resultaten visade att båda interventionerna minskade skam. Ingen skillnad mellan dem.

Resick et al. (2008)

Denna studie omfattade 150 kvinnor, medelålder 35 år, vilka utsatts för interpersonellt våld, t. ex. sexuella eller fysiska övergrepp som barn eller vuxen, och som uppfyllde kriterierna för PTSD. Studien genomfördes vid en klinik i USA. Deltagarna fick genomgå ytterligare intervjuer med formulär och självskattningsskalor. De randomiserades därefter till antingen fullständigt program av Cognitive Processing Therapy (CPT), Written Accounts (WA) vilket normalt ingår i en CPT, eller Cognitive Therapy only utan WA (CPT-C). Behandlingen var manualiserad och omfattade 6 veckor. Den skamskala som användes var The Experience of Shame Scale.

Resultaten visade att skam minskade i alla tre behandlingar.

Øktedalen et al. (2014)







































































Författarna ville i studien undersöka om de genom att mäta förändring i skam och skuld under PTSD-behandling kunde förutsäga förändring i PTSD-symtom efter en viss tid. Studien hade 65 deltagare, både kvinnor och män. Medelåldern var 25 år. Deltagarna var diagnosticerade med PTSD och rekryterade från en nationell psykiatrisk klinik i Norge. Deltagarna randomiserades till Imaginal Exposure (IE) eller Imagery Rescripting (IR). Behandlingen var manualiserad och tog 12 veckor. Skam skattades med fem traumarelaterade items, konstruerade för denna studie.

Skam minskade i båda behandlingarna. Forskarna fann likaså att skam var en prediktor för PTSD-symtom. När skam minskade i behandlingen, kunde en motsvarande minskning av PTSD-symtom ses tre dagar senare. Det omvända gällde inte.

Kvalitetsgranskning utifrån Cochrane risk of bias tool samt utifrån Östs Psychotherapy outcome study methodology rating scale

Vi granskade samtliga tio studier utifrån båda ovan nämnda granskningsverktyg, vilket vi redogjorde för i vår metoddel. Vi redovisar detta nedan, först Cochrane i Tabell 2 samt därtill följande text, därefter Öst i Tabell 3 med åtföljande text.

Tabell 2 Granskning av artiklar utifrån Cochrane - Risk of Bias Tool. Artiklarna ordnade efter bedömd sammanlagd risk för bias med lägst risk högst upp och sedan i fallande ordning. Bedömning gjord med  för låg risk,  för hög risk och  för oklar risk för bias.

Biasområde:	1	2	3	4	5	6	7
Langkaas et al. 2017							
Resick et al. 2008							
Cohen et al. 2004							
Öktedalen et al. 2014							
Ginzburg et al. 2009							
Görg et al. 2017							
Joseph & Bance 2020							
Deblinger et al. 2006							
Ojserkis et al. 2014							
Arntz et al. 2007							

Kommentar: **Biasområde:** 1. Blindning av deltagare och personal. 2. Blindning av resultatbedömare. 3. Inkomplett resultatdata. 4. Randomiseringsprocess. 5. Dold tilldelning av intervention. 6. Selektiv resultatrapportering. 7. Andra källor till bias

Med Cochranes Risk of Bias-tool (Higgins et al., 2011) skattades studierna utifrån sju olika områden för att bedöma hög, låg eller oklar risk för bias. Dessa redovisas här område för område. Vi kunde konstatera att samtliga studier bedömdes ha hög risk för bias när det gällde behandlingsbias – blindning av deltagare och personal inför vilken intervention deltagarna deltog i. Detta var förväntat, då detta är vanligt vid studier om psykisk ohälsa.

När det gällde bedömningsbias – blindning av resultatbedömare, hade alla studier utom tre oklar risk för bias, då vi inte kunde hitta tillräcklig information i dessa. De studier som hade låg risk för bias var Cohen et al. (2007), Langkaas et al. (2017) samt Resick et al. (2008) vilka alla angav att de hade bedömare som var skilda från de interventioner som gavs.

På temat bortfallsbias - Inkomplett resultatdata, bedömde vi att samtliga studier utom en hade låg risk för bias, vilket innebar att de redovisade data gällande deltagarbortfall på ett tillfredställande sätt. Endast hos Ojserkis et al. (2014) fann vi otillräcklig information för att kunna bedöma, varför den skattades med oklar risk för bias.

Avseende urvalsbias – randomiseringsprocess, upptäckte vi endast Langkaas et al. (2017) och Ojserkis et al. (2014) angav hur man randomiserat grupperna i studien. Dessa bedömde vi ha låg risk för bias. Övriga studier fick här oklar risk för bias, då vi i dem inte kunde finna information om hur studiens randomiseringsprocess gått till.

Gällande urvalsbias – dold tilldelning av intervention, bedömde vi att en studie hade hög risk för bias (Arntz et al., 2007), åtta studier hade låg risk för bias och en studie (Görg et al., 2017) hade oklar risk för bias.

Enda området där samtliga studier bedömdes ha låg risk för bias var rapporteringsbias – selektiv resultatrapportering.

Avslutningsvis området annan bias – andra källor till bias, där vi bedömde att sex studier inte gav ytterligare upphov till bias och alltså skattades med låg risk för bias. Två studier bedömde vi ha hög risk för bias: Arntz et al. (2007) och Ojserkis et al. (2008). Hos Arntz et al. (2007) sade sig några terapeuter föredra den ena behandlingsformen framför den andra, och studien saknade uppföljningsintervju för att bedöma resultat. Ojserkis et al. (2008) bedömdes ha stor risk för bias då författarna själv utförde interventionerna på deltagarna. Oklar risk för annan bias tillskrevs Joseph & Bance (2020) då författarna själva föreföll göra bedömningarna efter interventionerna, och Deblinger et al. (2006) då de baserade sin studie på deltagare från Cohen et als. (2004) studie, och hänvisade till den för detaljerad information om genomförandet av den egna studien.

Sammantaget konstaterade vi att ingen av de tio studierna helt kunde skattas att ha låg risk för bias, då alla studier skattades med hög risk för bias på blindning av deltagare och personal.

Studien med lägst risk för bias var Langkaas et al. (2017) som utöver ovan nämnda enbart skattades med låg risk på resterande områden. Näst lägst risk för bias hade Cohen et al. (2007)

Tabell 3 Granskning av artiklar utifrån Öst – Psychotherapy outcome study methodology rating scale. Artiklarna har bedömts utifrån varje frågeställning med poängen 0 = Dåligt, 1 = Hyggligt samt 2 = Bra. Artiklarna har ordnats så den med högst poäng står längst till vänster och sedan följer resterande i given ordning åt höger.

Artikel:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Tydlig beskrivning av samplet	2	2	2	2	1	1	0	1	1	2
2. Svårighetsgrad/kronicitet hos störningen	1	1	1	1	2	1	1	0	2	1
3. Representativitet hos samplet	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
4. Reliabilitet för diagnosen i samplet	1	2	1	2	1	1	1	0	0	0
5. Specificitet hos utfallsmåtten	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
6. Reliabilitet och validitet hos utfallsmåtten	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
7. Användning av blinda bedömare	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
8. Träning av bedömare	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
9. Fördelning till behandling	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10. Design	2	1	2	2	2	2	2	1	0	0
11. Statistisk poweranalys	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0
12. Mätpunkter	2	1	0	0	1	1	2	0	0	0
13. Manualiserat, replikerbart, specifikt beh.program	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
14. Antal terapeuter	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
15. Terapeutträning/erfarenhet	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1
16. Kontroller av följsamhet till beh.manualen	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0
17. Kontroller av terapeutkompetens	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0
18. Kontroll av samtidiga behandlingar (ex medicin)	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0
19. Handhavande av bortfall	0	2	2	0	2	2	1	0	0	0
20. Statistiska analyser och presentation av resultat	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
21. Klinisk signifikans	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0
22. Likhet rörande terapitimmar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-
Summa:	35	34	31	28	25	22	20	14	14	13

Kommentarer: Artikel i tabellen: 1. Langkaas et al. 2017, 2. Resick et al. 2008, 3. Cohen et al. 2004, 4. Öktedalen et al. 2014, 5. Ginzburg et al. 2009, 6. Arntz et al. 2007, 7. Deblinger et al. 2006, 8. Joseph & Bance 2020, 9. Ojserkis et al. 2014, 10. Görg et al. 2017.

och Resick et al. (2008) vilka därutöver hade en oklar risk på randomiseringsprocess, resterande låg risk. Det framgick att studierna, med något undantag, hade flera områden där det förelåg en hög eller oklar risk för bias, och att detta varierade relativt mellan de olika studierna. Allt detta kan utläsas ur Tabell 2.

Skattningarna utifrån Östs (2016) Psychotherapy outcome study methodology rating scale gav en liknande bild som skattningarna utifrån Cochrane (Higgins et al., 2011). Ingen studie var utan brister och kvalitén varierade mellan studierna. Studierna skattades utifrån 22 områden, vilka bedömdes med 0 poäng för dåligt, 1 poäng för hyggligt och 2 poäng för bra, maximalt 44 poäng. I de fall där tillräcklig information för att göra en bedömning saknades, gavs poängen 0.

Det område där studierna hade lägst resultat var 7, ”Användning av blinda bedömare”, där samtliga studier utom tre skattades med 0 poäng, dvs dåligt. De tre studier som skattades med 1 poäng, dvs hyggligt, var Cohen et al. (2004), Langkaas et al. (2017) samt Resick et al. (2008). Sedan följde 8, ”Träning av bedömare”, där återigen sju studier skattades med 0 poäng, Cohen et al. (2008) och Öktedalen et al. (2014) skattades med 1 poäng vardera samt

Resick et al. (2008) skattades med 2 poäng. 3:e och 4:e lägsta poäng gavs område 11, ”Statistisk poweranalys”, och 14, ”Antal terapeuter”. I ”Statistisk poweranalys” skattades återigen sju studier med 0 poäng, 1 studie gavs 1 poäng samt 2 studier gavs 2 poäng. Här kan vara viktigt att notera att en låg skattning innebär att det i studien inte finns någon poweranalys eller resonemang kring power, men att det inte är detsamma som att power saknas i studien. Ett stort sampel kan mycket väl innebära tillräcklig power. Flera av de studier som skattats med 0 p har stora sampel, varpå denna skattning möjligen i det perspektivet kan vara mindre relevant. ”Antal terapeuter” skattades fem studier med 0 poäng och fem studier med 1 poäng. De områden vi gav högst poäng var 20 och 22. Vid område 20, ”Statistiska analyser och presentation av resultat”, skattade vi nio studier med 2 poäng och en studie, Ginzburg et al. (2009), skattade vi med 1 poäng. Sedan följde område 22, ”Likheter rörande terapitimer”, där nio studier skattades med 2 poäng och en studie, Görg et al. (2017), inte skattades alls då det i studien inte jämfördes olika terapiformer. Ett område som vi också skattade lågt hos de flesta av studierna var 21, ”Klinisk signifikans”. De studier som sett till totalpoängen bedömdes ha överlag hög kvalitet var Langkaas et al. (2017) med 35 poäng, Resick et al. (2008) med 34 poäng samt Cohen et al. (2004) med 31 poäng. Studierna med lägst totalpoäng var Görg et al. (2017) med 13 poäng samt Joseph och Bance (2020) och Ojserkis et al. (2014), båda med 14 poäng vardera. Skattningarna kan ses i Tabell 3.

Skamreduktion som resultat av behandlingen

Alla tio studierna, även uppföljningsstudien, redovisade reducerad skam efter genomgången behandling. Arntz et al. (2007) redovisade en viss ökning av skam avseende behandlingsinriktning IE, men angav att det delvis kunde förklaras av ett 51 % stort deltagarbortfall, samt delvis kunde tillskrivas effekten av en Intention-to-treat analys. Studierna redovisade effekterna på olika sätt. Vi ska gå igenom dem nedan.

Effektstorlekar för behandlingsresultat

Effekt redovisades på olika sätt i studierna. Vi redovisar först studier där författarna angett Cohens d som effektstorlek, sedan Hedges g för att avslutningsvis redovisa studier med Eta squared och R squared. För Cohens d anges 0,2 som svag effekt, 0,5 som måttlig effekt och 0,8 och över som stark effekt. Arntz et al. (2007) visade att skam reducerades med måttlig effekt ($d=,43$) vid behandlingens avslut och med måttlig till liten effekt ($d=,35$) vid 1 månads uppföljning när det gällde IE + IR. Vid enbart IE som behandling upptäcktes det att skam ökade, om än med väldigt lite ($d=-,06$) vid behandlingsslut, och en betydligt kraftigare ökning

vid 1 månads uppföljning ($d=-1,7$). I jämförelse med varandra så visade sig IE + IR reducera skam mer än enbart IE med en måttlig effekt ($d=,55$) vid behandlingsavslut och med måttlig till stark effekt ($d=,64$) vid 1 månads uppföljning. Cohen et al. (2004) visade att båda behandlingsalternativen, TF-CBT och CCT, reducerade skam, men i jämförelse så var TF-CBT det alternativ som gav måttligt högre effekt ($d=,46$). Deblinger et al. (2006) jämförde TF-CBT med CCT och fann att TF-CBT hade måttligt högre effekt än CCT ($d=-,46$) vid behandlingsavslut, måttlig till liten effekt ($d=-,38$) vid 6 månaders uppföljning samt liten effekt ($d=-,21$) vid 12 månaders uppföljning. Att effektstorleken angavs som negativ berodde på att den räknades ut med den mindre medelangivelsen först, dvs inriktningen med störst minskning av sitt medelvärde. Ginzburg et al. (2009) fann att både TFGT och PFGT gav liknande reduktion av skam med måttlig effekt ($d=,58$) jämfört med väntelista. Resick et al (2008) angav att alla tre interventionerna minskade med stor effekt; Cognitive processing therapy ($d=-,82$), Written accounts ($d=-,96$) samt Cognitive therapy only ($d=-,97$). Att författarna här angav effektstorlekar som negativa tolkade vi som att skamsymtomen minskade. Langkaas et al. (2017) angav att både IR och PE reducerade skam med effektstorlekar kring måttlig effekt. IR vid behandlingens avslut ($g=,50$), vid 12 månaders uppföljning ($g=,42$) och PE vid behandlingsavslut ($g=,73$) och vid 12 månaders uppföljning ($g=,61$). Hedges g bedöms på samma sätt som Cohens d . Ojserkis et al. (2014) menade att både Comprehensive distancing och Challenging cognitions reducerade skam utan större skillnad sinsemellan med stor effekt ($\eta^2=,49$) där Eta squared över 0,14 anses vara en stor effekt. Görg et al. (2017) fann att DBT reducerade skam med en liten till måttlig effekt ($R^2=,05$).

Studiernas redovisade resultat gällande skam

Arntz et al. (2007) uppgav att IE + IR var bättre på att behandla känslor och kognitioner relaterade till hjälplöshet, ilska, skam och skuld. Forskarnas kliniska intryck var därmed att IR kan vara särskilt effektivt hos deltagare som överlevt överfall, och mindre hos dem som överlevt olyckor. Författarna skrev att det är tänkbart att exponeringsdelen är av primär betydelse, och att dessutom ha tillägg av IR ledde till bättre effekt i att minska skam (Arntz et al., 2007).

Forskarna hänvisade till Grunert et al. (2007), vilka också beskrivit att IR fungerar väl för negativa non-fear emotions vid PTSD, som exempelvis skam, och för traumadrabbade

som inte fått bra resultat av enbart PE. Dock vill vi nämna att i Grunert et als. (2007) studie, fann vi att non-fear emotions ej mättes med mätinstrument.

Arntz et al. (2007) hänvisade även till Holmes et al. (2005), vilka upptäckt att endast 42 % av känslorna vid PTSD:s värsta ögonblick var rädslobetonade, och resterande känslor inkluderade ilska och skam. Detta gav Arntz et al. (2007) stöd i deras uppfattning att PTSD-behandling inte endast ska fokusera på rädslor.

Arntz et al. (2007) medgav begränsningar i studien, bland annat mycket enkla, icke-validerade bedömningar av traumarelaterad skam, och avsaknad av en strukturerad intervju för att bedöma PTSD-symptom och -diagnos efter behandlingen. Uppföljningen var begränsad till sex månader efter behandlingen slut, varför inga svar fanns avseende långsiktiga skillnader mellan IE och IE + IR. (Arntz et al., 2007). Deras resultat var inte helt tydliga gällande skam, men de använde sig av intention-to-treat-analys, vilket alltså kunde påverka värdena (Arntz et al., 2007).

Arntz et al. föreslog att framtida studier ska fokusera på användning av endast IR som behandling för PTSD, för att se om det är mera effektivt än IE + IR. Å andra sidan skrev de att den förlängda IE-delen kan vara nödvändig för att få fram den typen av minnen som måste bemötas, alltså att det kan vara möjligt att endast omstrukturering/rescripting inte är effektivt (Arntz et al., 2007).

Langkaas et al. (2017) undersökte IR kontra PE. Forskarna antog, före studien, att en initialt högre förekomst av negativa, non-fear emotions skulle få bättre behandlingsresultat av omstrukturering, vilken skulle fungera bättre än exponering i att reducera dessa känslor. Hypotesen fick inget stöd av studien (Langkaas et al., 2017). Trots att IR var särskilt framtagen för patienter med non-fear emotions, ledde inte denna behandling till större reduktioner i dessa emotioner än PE (Langkaas et al., 2017).

Författarna fann inget stöd för att en initialt hög förekomst av non-fear emotions, exempelvis skam, förutspådde olika effekter av behandlingen. Studien indikerade att högre nivåer av non-fear emotions innan behandlingen associerades med högre nivå av PTSD-symptom alltifrån före behandlingens start till dess uppföljning (Langkaas et al., 2017).

Författarna framförde att idén att exponeringsinterventioner inte fungerar för traumarelaterad skam, kan komma från att man associerar exponeringsinterventioner med habituering och utsläckande av överdrivna rädsloresponser. De hänvisade till Foa och Kozak, vilka beskrivit att exponering för korrekt stimuli är en central mekanism för att exponering

ska bli effektiv till att minska rädsla (Foa & Kozak 1986). Langkaas et al. (2017) skrev att PE kan korrigera inlärd överdriven skam, likaväl som att aktivera traumats traumatiska aspekter, vilka motsäger känslorna. Dessutom, att verbalt avslöja skamfyllda detaljer för en tillåtande terapeut under visualiseringen, kan reducera skam. Alltså, PE och IR kan ta fram korrigerande information vilket är relevant för rädslofria känslor på olika sätt (Langkaas et al., 2017). Båda behandlingarna innehöll vanliga korrigerande procedurer, och tillät terapeuten att både inför exponeringen samt efter visualiseringen diskutera dessa non-fear emotions (Langkaas et al., 2017). In vivo-exponering syftar till att bryta undvikande generellt och kan därför vara effektiva även för undvikandebeteenden som kommer av skam (Langkaas et al., 2017). Langkaas et al. (2017) ansåg inte att IR skulle vara mera effektivt än PE.

Öktedalen et al. (2015) studerade ifall skam och skuld föregår förändringar i PTSD-symptom. Författarnas slutsats var, att så var fallet. Patienterna i studien genomgick IE eller IR. Målet med studien var att undersöka traumarelaterad skam och skuld som tidsvarierande prediktorer för PTSD-symptom i förändringsprocessen under en PTSD-behandling. Forskarna kom fram till att förändringsprocessen för skam och skuld förutsade tidsspecifika förändringar i PTSD, uppmätta tre dagar senare. Processen föreföll vara likartad i både IE och IR. Så om en traumatiserad patient gick in i behandlingen och upplevde en reduktion i skam- och skuldnivån vid en viss tidpunkt, förutspådde det reduktion av PTSD-symptom tre dagar senare, i båda behandlingarna (Öktedalen et al., 2015). Patienter med högre nivå av skam och skuld vid behandlingsstart hade högre medelnivå på PTSD-symptom genom terapin. Deras fynd pekade på att skam och skuld i traumakontext är betydelsefulla för att förstå det emotionella underlaget för PTSD-symptom. Resultaten tydde också på att självutvärderande känslor vidmakthåller PTSD, såsom tidigare föreslagits (Öktedalen et al., 2015). Författarna bedömde att både intra-individuell förändring och individuella skillnader i traumarelaterad skam och skuld har betydelse i behandlingen av PTSD, och därför ansåg de att terapeuter snarast möjligt bör identifiera traumarelaterad skam och skuld och reducera dessa för att effektivisera behandlingen (Öktedalen et al., 2015). De hänvisade till Ehlers et al. (1998) samt Paunovic et al. (1998), vilka sammantaget angett att skam annars kan hindra den emotionella bearbetningen av traumat, t ex leda till behandlingsstagnation, förlängd behandling, eller reducerat behandlingsutfall.

Öktedalen et al. (2015) spekulerade kring att den verbala processen som åtföljer visualisering i båda behandlingarna, kan ha varit viktig i att underlätta processandet av skam

och skuld. Känslor och kognitioner kan ha ändrats när traumaminnet blivit mindre fragmenterat och mera koherent med exponering för de värsta momenten. Dessutom, fokus på upprepad exponering av de svåraste delarna i båda behandlingarna kan ha varit viktigt i att avslöja skamfulla detaljer, där acceptans från terapeuten kan leda till emotionellt korrigerande upplevelser för den skamfyllda patienten (Öktedalen et al., 2015). Forskarna hade ett heterogent sampel av patienter med många traumatyper och prevalent skam- och skuldproblematik (Öktedalen et al., 2015).

Joseph och Bance (2020) beskrev CVAT som en behandling för att bearbeta sexuella övergrepp. Författarna skrev att barn är särskilt sårbara för att utveckla skam efter sexuella övergrepp, då deras självbild fortfarande formas och skam associeras med självförebråelser. Självmedkänsla sågs av författarna som en användbar strategi för att reglera skam, något som endast ett begränsat antal studier har undersökt (Joseph & Bance, 2020). I Indien fanns det, enligt författarna då studien gjordes, inga terapeutiska interventioner som arbetade på detta sätt med sexuellt utnyttjade barn, därför utformade forskarna själva detta program samt genomförde studien, för att bearbeta trauma utifrån ovanstående metod (Joseph & Bance, 2020). Forskarna fokuserade på interventioner som skulle hjälpa barnen att komma över skamfyllda minnen, förvrängda kognitioner, känslor och beteenden på ett medkännande sätt, vilket de ansåg kan dämpa oönskade effekter av traumarelaterad skam (Joseph & Bance, 2020).

Studien visade statistiskt signifikant effekt avseende minskad traumarelaterad skam bland deltagarna. Författarna ansåg att förekomsten av självmedkänsla föreföll underlätta resiliens genom att modifiera människors reaktioner på negativa händelser. Självmedkänsla bedömdes alltså minska konsekvenserna av sexuella övergrepp. Forskarna ansåg att metoden att använda kreativ visuell konst som att rita, måla, använda lera, skapa mandalas eller tematiska collage, möjliggjorde att deltagarna kunde möta sina emotioner och lättare genomgå helandeprocesser (Joseph & Bance, 2020).

Joseph & Bance (2020) uppgav vidare att studiedeltagarna i gruppterapi delade sina upplevelser, utmaningar och copingstrategier, och författarna spekulerade i att detta hjälpte barnen att se att de inte var ensamma i sina lidanden, vilket kunde bidra till helande, i och med att det spred nytt ljus över hur deltagarna ska närma sig problemsituationerna.

Hela interventionen syftade till att höja självmedkänslan och reducera traumarelaterad skam, genom att identifiera kärnövertygelser och emotionella triggers, främja positiva

förändringar, inse att misstag är en del av livet, känna igen påverkan från internaliserad och ”begravd” skam, förhöja självvärdet och självförtroendet, förstå livets svårigheter, stärka relationer, att vara där för andra utan att förlora sig själv, fördjupa det medkännande självet och så småningom komma till insikten: ”jag är mitt livs arkitekt”. Forskarna ansåg att studien verkligen visat att CVAT var effektivt för detta (Joseph & Bance, 2020).

Resick et al. (2008) behandlade PTSD med CPT, CPT-C eller WA, för kvinnor vilka utsatts för interpersonellt våld. Alla tre inriktningarna minskade skam. Enligt författarna gav studien teoretiskt stöd till idén att förändring av traumats betydelse kan vara en aktiv mekanism, och att systematisk och omfattande exponering för traumaminnet kanske inte behöver vara en nödvändig ingrediens i behandlingen. De skrev att skam är en retrospektiv känsla, och därför mindre mottaglig för förändring genom upprepad exponering. Däremot skrev Resick et al. (2008) överhuvudtaget ingenting om vad som kan minska just skammen hos deltagarna, endast att resultaten var liknande de resultat som andra KBT-behandlingar mot PTSD uppvisat.

De betonade att viktiga ämnen för framtida forskning är att undersöka förändringsmediatorer i behandling, att fokusera på effektiviteten hos olika behandlingar, att undersöka när förändring mest sannolikt inträffar samt undersöka närmre om rädsloaktivering verkligen är nödvändig. Om höga nivåer av rädsloaktivering och emotionellt processande inte behövs för symptomreduktion, kanske det finns en mer direkt väg till symptom-förbättring genom förändring i kognitioner, något som potentiellt kan resultera i kortare eller mera tilldragande behandlingar. De resonerade kring att en intressant fråga i framtiden kommer att vara att avgöra om det finns speciella typer av PTSD eller särskilda komorbiditeter vilka drar bättre nytta av en viss behandling (Resick et al. 2008).

Cohen et al. (2004) med TF-CBT versus CCT avhandlade PTSD hos barn som utsatts för sexuella övergrepp. Båda behandlingarna reducerade skam signifikant, men TF-CBT visade dock klart bättre resultat än CCT. Studien var designad för att replikera och utvidga tidigare undersökningar, vilka har visat sämre resultat för barn med bland annat dysfunktionella attribut och högre skamnivå efter övergreppen. Studien klarade inte vilka specifika TF-CBT-komponenter som gav den metodens överlägsna resultat, inte heller vilka komponenter som kan reducera skam. De ansåg att studier med uppdelade interventioner behövs för att avgöra om de komponenter som ingår i TF-CBT är avgörande för att behandla PTSD och skammen i deras undersökningspopulation (Cohen et al. 2004).

Deblinger et al. (2006) gjorde en uppföljning på ovannämnda studie. Återigen angav de att TF-CBT-behandlade vid uppföljningarna uppvisade signifikant färre symptom på skam, jämfört med CCT-behandlade. Här nämnde författarna att specifika TF-CBT-komponenter som gradvis exponering för och bearbetning av explicita traumatiska minnen genom uttrycksfulla metoder (t. ex. rita, eller skriva en berättelse) kan vara centrala i att lindra PTSD och skam hos barnen (Deblinger et al. 2006). Författarna hänvisade till att hypotesen undersöktes i ytterligare en pågående studie av dem själva. I denna senare studie skrev de, intressant nog, att en signifikant del av barnen som tilldelades TF-CBT med traumanarrativ komponent uttryckte just detta, att prata om de sexuella övergreppen, som den mest hjälpsamma delen av behandlingen (Deblinger et al. 2011). Fynden i vår undersökta Deblinger et al. (2006) antydde att TF-CBT inte endast hjälper traumatiserade barn till signifikanta förbättringar, utan också att dessa förbättringar föreföll vidmakthållas och växa över tid, vilket potentiellt kan reducera utvecklandet av långvariga psykiatriska och sociala svårigheter (Deblinger et al. 2006).

Ginzburg et al. (2009) angav att skam och PTSD-kurvorna korrelerade. De fann att förändring i skammen visade en blivande förändring i PTSD-symptom. Två resultat kunde ses: det ena var att ungefär en tredjedel av minskningen i PTSD berodde på mediator-effekten av förändring i skammen, och det andra var att behandlingen försvagade kopplingen mellan skam och PTSD över tid. Författarna fastslog att både TFGT och PFGT effektivt reducerade skam, men fann dock inte stöd för att det var förändringarna i skam som reducerade PTSD istället för tvärtom (Ginzburg et al. 2009). Fynden antydde dock en relation mellan dessa båda, särskilt utifrån det faktum att båda behandlingarna ägde rum i en gruppterapimiljö där skam kunde reduceras genom exponering, emotionella uttryck, och upplevelsen av acceptans från gruppmedlemmar och terapeuter. Författarna antog att mönstret kunde förklaras med hjälp av en teori om att det är intern tillskrivning som förmedlar associationen mellan sexuella övergrepp och skam (Ginzburg et al. 2009).

Författarna skrev att förbättringarna i PTSD-symptom genom minskningar i skam men inte i skuld, kunde reflektera gruppterapibehandlingarna. Detta då skam har en större social dimension, som involverar underliggande ”nedskrivning” från andra, medan skuld involverar mera intern självkritik. Alltså ansåg de att framgångsrik gruppterapi mera effektivt kan reducera skam och dess effekter på traumarelaterade symptom, vilka ursprungligen uppstod i en social kontext genom förövare (Ginzburg et al. 2009). Vidare hade de hypotesen att det var

möjligt att en mera skamspecifik intervention kunde ge ännu starkare effekt, men i alla fall uppmuntrades viktiga avslöjanden i båda terapierna, något som har associerats med minskningar i skam (Ginzburg et al. 2009). Författarna hänvisade här till andra studier, bland andra till Hook och Andrews (2005) samt Swan och Andrews (2003), vilka angett samma resultat, det vill säga att avslöjanden har sammankopplats med minskad skam (Ginzburg et al. 2009).

Görg et al. (2017) undersökte länken mellan PTSD-symptom och traumarelaterade känslor utöver rädsla. Studien visade att alla traumarelaterade känslor minskade över tid, medan radikal acceptans ökade. Resultaten antydde att det fanns en korrelation mellan dessa, men författarna var försiktiga med att dra slutsatser, och utifrån både litet sampel och standardfel uppnådde författarna inte statistisk signifikans i de olika mätningarna (Görg et al. 2017). DBT-PTSD definierar uttryckligen radikal acceptans som ett behandlingsmål, medan andra traumafokuserade behandlingar fokuserar på att minska undvikandet av traumarelaterade minnen, känslor och tankar, däribland skam (Görg et al. 2017).

Författarna ansåg att framtida studier borde undersöka om den individuella emotionella patientprofilen för PTSD-patienter stödjer olika indikationer, då skraddarsydd behandling för specifika trauman kunde förbättra behandlingseffektiviteten (Görg et al. 2017). Forskarna ansåg vidare att emotioner relaterade till självuppfattningen, bland annat skam, potentiellt kunde vara ett försummat område i tidigare conceptualiseringar av PTSD, i enlighet med vad som angetts i artiklar av Lee et al. (2001) och Brewin et al. (2000). Författarna ansåg även att framtida forskning behöver större sampelstorlekar samt olika patientpopulationer för att undersöka traumarelaterade känslor och bedöma dessa med flera items per känsla (Görg et al. 2017).

Ojserkis et al. (2014) använde ett sampel av unga studenter vilka upplevt trauma. Negativa känslor inklusive skam reducerades tydligt i både Challenging Cognitions (CC) och Comprehensive Distancing (CD), utan signifikanta skillnader mellan dem. Mätning med TOSCA-formulär visade korrelation mellan tillstånd av skam och posttraumatiska stresssymptom (PTSS) (Ojserkis et al. 2014). De refererade till Olatunji et al. (2009), vilka angett att CD och andra acceptans-baserade terapeutiska tekniker kan vara ett alternativ till att behandla bland annat skam i PTSS, särskilt för individer som inte responderar på mera dialektiska interventioner, eller som finner dessa metoder fränstötande (Olatunji et al. 2009). Ojserkis et al. (2014) uttryckte att före exponeringsterapi kan CD vara ett preludium till

behandling, för att minska traumarelaterade känslor, exempelvis skam, innan terapeuter därefter exponerar för återstående rädsloresponser.

Författarna angav som begränsningar i studien att den genomfördes med studenter – men att resultaten låg i linje med tidigare forskning – att deltagarna hade upplevt olika traumatiska händelser, samt att kontrollgrupp saknades (Ojserkis et al. 2014). Författarna menade att effektstorlekarna var jämförbara med andra laboratoriebaserade strategier för att reducera negativa emotioner, vilket gav stöd åt tolkningen att de emotionella förändringarna uppstod utav interventionerna, snarare än statistiska effekter av upprepade bedömningar. Deltagarna självrappporterade att negativa emotioner minskade med stora effektstorlekar under experimentet, vilket antydde att studien framgångsrikt lindrade interna upplevelser (Ojserkis et al. 2014). En begränsning vi själva såg, var att interventionen var kort och därmed inte kunde jämföras med längre terapi samt att endast den omedelbara effekten av interventionerna mättes (Ojserkis et al. 2014).

Forskarna ansåg att framtida forskning bör fokusera på dels att identifiera specifika grupper för vilka acceptansbaserade behandlingar kan passa, och dels identifiera ifall de kan förstärka existerande PTSD-behandlingar. Dessutom skulle det vara viktigt att utvidga studien till en längre och mer intensiv acceptansbaserad intervention med fler sessioner och hemarbete mellan dessa. Detta kunde ge möjlighet att jämföra en acceptansbaserad behandling med andra KBT-behandlingar för att behandla bland annat posttraumatisk skam (Ojserkis et al. 2014).

Diskussion

Flera behandlingar bidrar till reduktion av skam

Denna systematiska litteraturstudie är en undersökning av olika behandlingars effekt på emotionen skam i relation till trauma, och skammens relation/funktion i förhållande till PTSD-symtom. Vi har sedan tidigare bilden av att traumarelaterad skam inte hunnit bli särskilt väl beforskad och att kunskapsunderlaget i de artiklar vi studerat, samt i vår referenslitteratur, inte har haft traumarelaterad skam som huvudfokus. Dock får vi en bild av att det är ett forskningsområde på uppgång. Detta bekräftas också av Saraya & Lopez-Castro (2016) även om det sannolikt hänt en del sedan artikeln skrevs. Utifrån de artiklar vi granskade, drar vi slutsatsen att det finns stöd för att olika KBT-interventioner och KBT-behandlingar fungerar för att bearbeta trauma och minska därtill relaterad skam. Alla granskade studier redovisade att deras behandlingar minskar skam. Detta med undantag av

Arntz et al. (2007) där behandlingen IE gav en ökad skam. I den studien hade IE hade ett betydligt större deltagarbortfall, vilket enligt forskarna delvis kunde förklara ökningen. En motsatt slutsats drog Langkaas et al. (2017), vilka visade att både IR och PE reducerade skam samt att interventionen PE hade starkare effekt, dvs den intervention som använder sig av exponering.

Utifrån vår granskning av studierna så anser vi Langkaas et al. (2017), Resick et al. (2008) samt Cohen et al. (2004) vara mest trovärdiga då dessa både bedöms ha högst kvalitet utifrån skattningen med Östs metodgranskningsmanual, ges lägst risk för bias utifrån Cochranes risk för bias-verktyg, samt redovisade tydliga minskningar av traumarelaterad skam. Vi bedömer därför att det därmed finns rimligt stöd för att deras behandlingar reducerat traumarelaterad skam.

De ovan nämnda forskarlagen hade genomfört studier med olika slags interventioner, så som IR, PE, CPT, WA, CPT-C samt TF-CBT och CCT, vilka gett från måttlig till stark effekt, vilket vi tycker talar för att det i behandling går att påverka skam på olika sätt. Sett till trovärdighet utifrån vår granskning, kommer därefter Öktedalen et al. (2014) och Ginzburg et al. (2009) utifrån både kvalitet och risk för bias. Dessa studier undersökte IE kontra IR respektive Trauma Focused Group Therapy versus Present Focused Group Therapy, med fokus på traumat eller nuvarande situation. Även i dessa studier reducerades traumarelaterad skam, vilket ytterligare förstärker vår uppfattning om att denna skam kan påverkas med olika metoder och interventioner. Däremot säger artikelförfattarna inget specifikt om vilka komponenter i respektive behandling/intervention som antas reducera traumarelaterad skam. Därmed finner vi det svårt att utifrån studierna dra några slutsatser om detta.

Öktedalen et al. (2014) spekulerade kring att den verbala processen kan underlätta bearbetningen av skam och skuld och förändra känslorna, att upprepad exponering av de värsta momenten kan ha avslöjat skamfulla detaljer i vilka acceptansen från terapeuten kan ha bidragit till att minska patientens skam. Ginzburg et al. (2009) nämnde just detta, att avslöjanden av viktiga teman kan vara skamreducerande. Deblinger et al. (2006) förde fram hypotesen att uttrycksfulla metoder (t ex rita, el skriva en berättelse) kan vara centrala i att lindra PTSD och traumarelaterad skam. Ett liknande resonemang förekommer hos Langkaas et al. (2017), som även nämnde att exponering för en situation som väckt skam kan tillföra ny information, vilket bidrar till patientens skambearbetning, om än på olika sätt utifrån IR och PE. Det förefaller alltså som om att avslöja skammen och dela den med en terapeut och/eller

terapigrupp verkar vara en viktig beståndsdel i bearbetningen. Även Dearing och Tangney (2011) har uppgett att skamfyllda patienter är hjälpta av att mötas av en empatisk, förstående och accepterande terapeut, alternativt att kunna dela sin skam med en grupp för likasinnade.

Vidare resonerar vi kring studiernas heterogenitet. Vi fann att samplen i de olika studierna skilde sig åt avseende ålder, kön, traumahistorik, kulturell tillhörighet, tyngd i diagnoserna och nationalitet, och hade därmed olika förutsättningar för tillfrisknande. Alla dessa faktorer och deras komplexa interaktioner kan ha haft en avgörande roll för resultaten. Eftersom heterogeniteten är så pass stor, innebär det en viss svårighet att göra en heltäckande metaanalys. Därmed kan det vara svårt att dra slutsatser kring vad som fungerar för olika slags patienter. Samtidigt finner vi det kliniskt intressant, då de interventioner vi studerat förefaller ha god effekt på en bred patientgrupp, och det är den vi oftast möter i vår kliniska vardag.

Skattningsskalorna för traumarelaterad skam har också varit av intresse för vår studie, då forskarna använt ett flertal olika verktyg för att skatta deltagarnas skam i studierna. Allt från enkla frågor om skam, till skattningsverktyg som bedömer generell skambenägenhet, till skattningsverktyg direkt relaterade till att bedöma skam ur ett traumaperspektiv. Endast fem av de tio granskade studierna har använt sig av en skamskala direkt relaterad till de traumatiska erfarenheterna. Dessa är Cohen et al. (2004), Deblinger et al. (2006), Ginzburg et al. (2009), Joseph & Bance (2020) samt Langkaas et al. (2017).

Detta förfaringssätt, att som enda mätinstrument för traumarelaterad skam låta deltagarna besvara ett par frågor om sin skam, anser vi kan innebära att komplexiteten av traumarelaterad skam inte tillräckligt täcks in, samt ökar risken för felbedömning, det vill säga att mätinstrumenten i sådana fall riskerar att ha både låg validitet och reliabilitet. Vi anser att det är orimligt att anta sådan grad av självmedvetenhet hos deltagarna att de förväntas kunna redogöra för sin traumarelaterade skam, hur denna yttrar sig samt är så förtrogna med fenomenet i sig att de inte missar viktiga aspekter. En korrekt bedömning av traumarelaterad skam får inte vara beroende av att deltagarna själva är pålästa och kan inte enbart bygga på subjektiva upplevelser av skam. Ett heltäckande mätinstrument behöver mäta styrkan i affekten, tidpunkten då emotionen uppstår, vilka konsekvenser skammen får, samt gärna om deltagarna kan påverka den.

Skammens betydelse för PTSD

Utifrån de resultat vi funnit i vår översikt, drar vi slutsatsen att skam mycket frekvent uppstår vid trauman av olika slag. Vi kan dock inte säga att den alltid förekommer, för vi har inte funnit några studier eller forskningsöversikter som undersökt hur hög förekomsten av skam är vid och efter trauma. Vi bedömer dock att en rimlig slutsats är att skam är nära sammanbundet med trauma, i den meningen att skam ofta uppstår vid och efter dessa händelser. Stöd för denna idé finner vi hos Lewis Herman (2011) som menar att vid framförallt överfalls- och övergreppsrelaterade trauman kan konsekvensen vara ett i grunden negativt påverkat själv och den grundläggande problematiken handlar om skam snarare än rädsla. Skammens betydelse förefaller ha förbisetts och även underskattats i tidigare studier, men på senare år har det kommit ett par översikter på temat och även dessa forskare nämner samma slutsats (Goffnett et al., 2020; Saraiya & Lopez-Castro, 2016). Av våra granskade RCT-studier har vi endast funnit att två av studierna, nämligen Öktedalen et al. (2015) och Joseph och Bance (2020), fokuserat direkt och enbart på traumarelaterad skam och inte på andra känslor. Skam är inte det centrala, därför har det inte blivit så väl beforskat. Detta är i vår mening ett eftersatt område.

Då Öktedalen et al. (2015) i sin studie funnit att om skam minskar, så minskar också PTSD-symptomen som helhet, finner vi det rimligt att anta att skam har en medierande och vidmakthållande effekt på PTSD. Detta leder oss vidare till slutsatsen att det är av stor betydelse att adressera och bearbeta skammen direkt i traumabehandling, för att maximera behandlingsutfallet och minska såväl traumarelaterad skam som PTSD totalt sett. Utifrån vår litteraturöversikt drar vi också slutsatsen att skam, och andra non-fear emotions, finns i stor utsträckning i PTSD, och att det inte är självklart att rädsla överväger ibland de traumarelaterade känslorna. Vi hänvisar här till Badour et al. (2015) som beskrivit att överfall väcker ilska och skam, samt till Holmes et al. (2005), angett att i hans studie var endast 42 % av känslorna vid traumats värsta ögonblick rädslobetonade. Våra tolkningar av de granskade studiernas resultat ligger alltså i linje med tidigare gjorda observationer. Att förbise traumarelaterad skam vid traumabehandling, kan därför innebära en risk att få ett sämre behandlingsutfall (Lewis Herman, 2011; Öktedalen et al. 2015). Här kan vi endast spekulera kring om detta kan vara fallet för en del av de personer som är traumadubbade, tidigare genomgått komplett PTSD-behandling och ändå bedöms ha en kronisk PTSD, att tidigare terapeuter kan ha förbisetts att bearbeta skammen. Självfallet inser vi att frågan är mera komplex än så, och

att detta också hänger samman med traumats varaktighet och svårighetsgrad, med personlighetstyp och eventuella personlighetssyndrom samt med hur pass stabila, förutsägbara och gynnsamma individernas livsvillkor är.

Teoretiska antaganden om interventioner och mekanismer

Det är vår uppfattning att de granskade studierna i stort sett inte tar upp bakomliggande teoretiska antaganden till olika interventioner. Dessa bakomliggande antaganden behandlas i förbigående och läsaren förväntas vara förtrogen med dem. Enda undantaget är Arntz et al. (2007), som i sin diskussion utvecklar detta tema. Vi bedömer det som problematiskt att forskarlagen inte tydliggör sina teorier och metodologier. Vi tolkar det som att det kan finnas flera bakomliggande teorier till de olika behandlingarna. En del av behandlingarna kan utgå delvis ifrån teorin att patienten behöver bearbeta traumat för att bli fri ifrån dess negativa påverkan. Detta gäller exempelvis TF-CBT, PE, CPT (Alpert et al., 2021). En annan bakomliggande teori förefaller vara att stå ut med det smärtsamma, det vill säga habituering till att förändra individens responser på rädslostimuli, vilket bland annat är en annan av strategierna i TF-CBT, där patienten exempelvis får träna på avslappning och känsloreglering (Alpert et al., 2021). En tredje bakomliggande teori bedömer vi vara att lära sig acceptera att tankar kommer och går och lära sig att distansera sig från tankarna, som i CD där patienten får lära sig att inte ”köpa” sina tankar utan endast se dem som tankar och därmed separera dem från sig själv som person, utan att tro att de är sanningen om tillvaron (Ojserkis et al., 2014).

Arntz et al. (2007) är det forskarlag som explicit tog upp frågan om bakomliggande teorier, i och med att de nämnde att IE förutsätter att exponering minskar rädsla och undvikande, utifrån den förmodade mekanismen att exponering kopplar loss associationen mellan obetingat och betingat stimuli. De resonerade även om en alternativ förklaringsmekanism på vilken IR bygger, nämligen informationsprocessteorin. Denna innebär att rädslominnet måste aktiveras och ny information som är inkompatibel med rädslostrukturen måste tillföras, något vi tycker stämmer väl överens med teorin bakom emotional processing. Arntz et al. (2007) uttryckte också att IR utvecklades för att aktivera traumaminnet, ge korrigerande information, samt upptäcka och uttrycka traumarelaterade nedtryckta emotionella responser, vilket hypotetiskt ska korrigera situationen i fantasin, alltså lindra PTSD och ändra traumarelaterade scheman och uppfattningar.

Styrkor och begränsningar

Vi anser att vår översikt har såväl styrkor som svagheter. Vi nämner först några styrkor vi anser att vår översikt har, därefter resonerar vi om begränsningar.

Vi anser att vi har gjort en noggrann och grundlig granskning av de tio utvalda studierna, utifrån såväl Cochranes (Higgins et al. 2011) som Östs (2016) granskningsverktyg. Att vi granskat utifrån två instrument borde ge en bättre bedömning än om vi använt enbart ett granskningsinstrument. Likaså är vi två personer som granskat allt, vilket borde ge mindre risk för ensidighet och större möjlighet till objektivitet i omdömet. Artiklarna vi granskat är inte helt nyskrivna, och de har skrivits vid olika årtal och i olika länder. Eftersom vi haft tillgång till dem alla tio och även till senare skrivna forskningsöversikter (Goffnett et al., 2020; Saraiya & Lopez-Castro, 2016) inom området, har vi haft en större överblick över kunskapsområdet. Vi bedömer vidare att vi har ett direkt fokus på traumarelaterad skam, vilket endast två av våra granskade studier haft (Öktedalen et al., 2015; Joseph & Bance, 2020). Goffnett et al. (2020) uppgav, i likhet med vår egen uppfattning, att i de artiklar som hans forskarlag granskade, var skam sällan det första intresseområdet, och få interventioner var designade specifikt för att reducera skam. Denna brist, ansåg författarna, representerar outnyttjade möjligheter att undersöka skamresiliens som en fundamental aspekt av välmående, och potentiellt mål för interventioner (Goffnett et al., 2020). Slutligen bedömer vi som en styrka i vår översikt att vi, genom vårt tydliga skamfokus, också fått syn på betydelsen av korrekta och heltäckande mätinstrument för traumarelaterad skam.

Inledningsvis kan en begränsning i vår översikt vara att vi inte alls berör kopplingen mellan skam och skuld, även om dessa två används synonymt och ibland förefaller överlappa varandra. Vi begränsar vår översikt till tio studier och har inte studerat andra studier utöver det, vilket är en tydlig begränsning, även om samtliga är RCT-studier. Vi har t ex inte hittat någon RCT för compassion-fokuserad terapi, även om vi tidigare både hört och läst i annan litteratur att denna terapi lär vara särskilt framgångsrik för att behandla just skam. Sannolikt kan frånvaron av sådana studier i vår översikt handla om att vi begränsat vårt sökande till traumarelaterad skam. Man läser också studier olika, det är därmed möjligt att andra personer skulle betona lite andra slutsatser än vad vi gör. Vi har också, under arbetets gång, vid ett par tillfällen haft olika bedömningar gällande granskningen utifrån Östs (2016) och Cochranes (Higgins et al., 2011) granskningsverktyg. Våra olika bedömningar har då handlat om att båda inte uppfattat samtliga detaljer, men vi har diskuterat detta tills vi uppnått konsensus.

Vi begränsar vidare oss till att omfatta enbart traumarelaterad skam, vilket innebär att vi kan ha missat annan viktig forskning kring behandling av andra skamtyper. Det finns också många definitioner på skam, och PTSD är ett stort begrepp, vilket också kan begränsa vår förmåga att redogöra för och tolka ämnet. Vi tillstår, som vi nämner ovan, att vår studie har tillkortakommanden. Generellt är det svårt att jämföra studierna utifrån heterogeniteten avseende sampel, valda interventioner, kulturell kontext, och mätmetoder. Jämförelsen har också försvårats av att olika studier haft olika sätt att redovisa effektstorlekar samt använt olika mätinstrument för skam. Att de granskade studierna haft ett flertal olika sätt att redovisa effekt på, har initialt vållat oss en del huvudbry. De har visat att interventionerna överlag har effekt, men i vilken utsträckning är effekten jämförbar och vad säger den? Efterhand har vi dock kommit att koda av dessa effektstorlekar och kunnat förhålla oss till det de säger. Många interventioner har en effekt som är måttlig till stor, med något undantag, och det tycker vi är ett svar på en av de frågor vi ställer oss i denna studie. Författarna använder olika typer av effektstorlekar vilket vi tänker oss handlar om olika forskningstraditioner och i vilket akademiskt sammanhang som studierna genomförs.

Kliniska implikationer

Endast i några av våra granskade studier redovisade författarna vad de ansåg att deras fynd har för relevans för klinisk behandling. Vi menar att det skulle varit ett värdefullt inslag om varje granskad studie hade skrivit mer om detta. Varje forskarlag skrev dock att de kommit fram till att deras interventioner reducerar skam, vilket vi i vidare mening tycker får anses som en klinisk implikation, även om den ej uttalats specifikt. Några forskarlag redovisar dock tydligt sina kliniska implikationer, och dem redogör vi kort för nedan.

Öktedalen et al. (2015) ansåg att ignorera eller förbise traumarelaterad skam i behandling kan försämra den emotionella bearbetningen av traumat, och att resultaten från deras studie uppmanar terapeuter att identifiera och åtgärda traumarelaterad skam snarast möjligt, för att göra PTSD-behandlingen mera effektiv. Vidare ansåg de att deras studie bekräftar att non-fear emotions är centrala i förändringsprocessen av PTSD.

Cohen et al. (2004) angav att TF-CBT är effektivt för sexuellt traumatiserade barn med PTSD och framgångsrikt reducerar traumarelaterad skam, vilket stödjer användningen av TF-CBT för ovanstående ändamål. Deblinger et al. (2006) som gjort en uppföljningsstudie av Cohen et als. (2004) studie, angav att det kan vara strukturen och de specifika komponenterna av TF-CBT som leder till större och snabbare förbättring för sexuellt traumatiserade barn

jämfört med CCT. Att de TF-CBT-behandlade barnen var signifikant mindre benägna att känna skam, anser vi ger signaler till kliniker om att välja denna metod som förstahandsval för behandling av sexuellt traumatiserade barn.

Vår översikt pekar på värdet av att öka kliniska psykoterapeuters kunskap om prevalensen av negativa, non-fear emotions efter trauma, samt att i behandling uppmärksamma och bearbeta traumarelaterad skam.

Fortsatt forskning och utveckling

Skam vid och efter trauma är, enligt vår uppfattning, ett spretigt ämne, och många studier som gjorts har inte haft traumarelaterad skam som huvudfråga, utan skammen har i bästa fall varit ett av flera fokus, och i sämsta fall ett bifynd. Mätmetoderna för att mäta traumarelaterad skam har inte varit optimala. Interventionerna har inte heller varit gjorda för att specifikt reducera traumarelaterad skam utan för att reducera PTSD i allmänhet, eller reducera negativa känslor i allmänhet. Detta tror vi kan påverka studiernas konklusioner avseende traumarelaterad skam. Utifrån ovanstående anser vi att det trots allt finns gap att fylla i forskningen, och att det alltså inte är fullkomligt klarlagt ännu vilka KBT-behandlingar, och enskilda komponenter i dessa, som effektivt reducerar traumarelaterad skam, inte heller vilken betydelse traumarelaterad skam har vid PTSD. Vi finner våra granskade studier trovärdiga i sina resultat, men menar – utifrån att skammen oftast inte varit huvudfokus – att forskarna ännu inte undersökt samtliga aspekter på traumarelaterad skam, att befintliga forskningsresultat på temat inte undersökts till fullo, samt anar att det troligen finns ytterligare obeaktade aspekter att upptäcka. Eftersom skam och PTSD är nära förknippade, anser vi att det borde finnas stora vinster med att vidareutveckla denna forskning.

Vi anser att de granskade studierna har gjort viktiga bidrag, men en huvudfråga kvarstår. Vi har inte fått något vetenskapligt säkerställt svar på vilka komponenter i interventionerna som minskar skam och kan därmed inte dra någon slutsats kring detta. Det finns därför flera utvecklingsområden vi vill föreslå. Vi anser att det är av vikt att utvidga och fördjupa forskningen genom att göra RCT-studier med traumarelaterad skam som huvudfokus, och även genomföra uppdelade studier (dismantling studies) med olika isolerade interventioner, för att kunna dra slutsatser om vilka av dessa specifika interventioner som ger effekt och därmed besvara frågan om vilka komponenter i behandling som minskar traumarelaterad skam. Även Cohen et al. (2004) ansåg att uppdelade studier (dismantling studies) behövs i framtida forskning, och Goffnett et al. (2020) uttryckte behovet av att i

framtida forskning identifiera aktiva ingredienser för interventioner. Vi tycker det är rimligt att anta att vissa interventioner borde fungera bättre än andra. Möjligheten finns ju också, att en specifik skam-minskande intervention skulle kunna visa sig ge större effektstorlekar överlag på skamreduktionen. Relaterat till det, skulle det vara intressant att utvärdera i ytterligare forskning ifall compassion-fokuserade studier kan bearbeta traumarelaterad skam.

Utifrån att ett par artikelförfattare (Ginzburg et al., 2009; Öktedalen et al., 2014) samt även Dearing och Tangney (2011) har fört fram hypotesen om hjälpsamheten i att avslöja skam för andra för att minska densamma, skulle det även vara intressant att se fördjupade studier direkt inriktade på vad det innebär för traumadräbade att få avslöja sin skam, dela den med antingen terapeut eller gruppdeltagare, och vad detta medfört för förändring i den traumarelaterade skammen. Goffnett et al. (2020) ansåg även att framtida forskning behöver utveckla en konstruktion för skam, och utforska potentiella hälsofördelar med skamreduktion.

Ytterligare en infallsvinkel är att olika populationer kan uppleva olika slags trauman olika. Vi anser därför att framtida forskning skulle genomföra RCT-studier på homogena grupper gällande såväl patientpopulation som traumatyp. Fortsatt forskning behövs för att utforska vilka interventioner som passar för olika trauman, olika kontexter och olika grupper av människor. Vi tror det behövs studier direkt fokuserade på att bearbeta skam i olika kontexter. Flera forskarlag framförde behovet av forskning på traumarelaterad skam på olika patientpopulationer för att se vilka typer av patienter som gagnas bäst av en viss behandling (Goffnett et al., 2020; Görg et al., 2017; Ojserkis et al., 2014; Resick et al., 2008). Resick et al. (2008) resonerade om PTSD i stort och inte specifikt om traumarelaterad skam, men uttryckte att framtida forskning borde undersöka om det går att upptäcka viktiga mediatorer för behandlingsförändring, och när förändring mest troligt inträffar.

Vidare anser vi att det finns en tydlig risk att tidigare gjorda studier kan ha missat viktiga infallsvinklar på traumarelaterad skam, då det inte funnits för ändamålet optimalt anpassade skattningsinstrument, i detta fall skamskalor. Det förefaller därmed, utifrån de granskade studierna, som om det inte finns riktigt tydliga teorier gällande traumarelaterad skam. Vi anser därför att området kan utvecklas genom en bättre konceptualisering av traumarelaterad skam, en uppfattning som även Goffnett et al. (2020) samt Leskela et al. (2016) förmedlar. Vi anser vidare att det skulle vara betydelsefullt att etablera en standardisering av skattningsinstrument som alltid används vid mätning av traumarelaterad skam och som är väl anpassad för ändamålet, förslagsvis ett sådant instrument för de som

drabbats av trauman/sexuella övergrepp som barn, och ett skattningsskattningsskalor utformas efterhand som området utforskas ytterligare.

Vidare vill vi peka på fördelen med att utveckla ytterligare metoder för att mäta deltagarnas traumarelaterade skam, till exempel mäta fysiska symptom. Också Leskela et al. (2016) uttryckte att en kunskapslucka är frånvaron av studier som undersöker skammens ickeverbala, fysiologiska och biologiska komponenter, något de anser borde undersökas för att ge en förståelse av hur skam fungerar genom sociala, kognitiva och neurobiologiska områden och därmed kunna innebära kliniska behandlingar som mera träffsäkert kan reducera skam och därmed PTSD-symptom (Leskela et al. 2016).

Ytterligare en aspekt är att det skulle vara värdefullt med framtida forskning som undersöker vad i traumat specifikt som orsakat skam, om sådana teman kan finnas. Vi tänker oss att det kan röra sig om olika teman kring hur patienten agerat eller inte förmått att agera under traumat, eller skilda kulturella inläringar om vad som är skamligt att uppleva. Vi menar att det kan finnas både individuella och universella orsaker till skammen, och ett utforskande av detta skulle kunna förenkla ett arbete med att skraddarsy hjälpsamma behandlingar.

Vi har tidigare spekulerat kring om individer, som trots genomgången PTSD-behandling bedöms ha en kronisk PTSD, kan stå med obearbetad traumarelaterad skam som orsakat att behandlingen ej lyckats fullt ut. Relaterat till detta, menar vi att det i förlängningen också skulle vara intressant att se framtida forskningsstudier med en dokumenterat effektiv traumabehandling innehållande även bearbetning av traumarelaterad skam, på individer med kronisk PTSD för att se ifall dessa kan bli ytterligare hjälpta. Ett annat sidospår är att det kan vara intressant att se studier på om trauma-överlevare generellt är mera skambenägna än andra.

Referenser

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsson T., Dyb, G., Røjsamb, E., & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204 (2016) 16-23.
- Abuse-Related Beliefs Questionnaire ARBQ, PsycTESTS DOI: 10.1037/t26776-000
- Alpert, E., Hayes, A. M., Yasinski, C., Webb, C., & Deblinger, E. (2021). Processes of Change in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youths: An Approach Informed by Emotional Processing Theory. *Clinical Psychological Science*, 2021, Vol. 9(2) 270–283. DOI:10.1177/2167702620957315
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, (2002), 41, 29-42.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (2007) 345-370.
- Badour, C. L., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G., (2015). Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(11), 1620-1641.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of traumatic stress*, Vol. 13 (3), (2000) 499-509. ISSN: 0894-9867, PMID: 10948489
- Cândeia, D-M., & Szentagotai-Tătar, A. (2017). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 58 (2018), 78-106.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004 Apr 43(4): 393-402.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. (Red). (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychology Association. DOI: 10.1037/12326-000

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R.A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression & Anxiety, 28*(1): 67-75. ISSN: 1091-4269 PMID: NLM20830695
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006* Dec 45(12): 1474-1484.
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry 2012, 11*:26. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/11/1/26>
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: the role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress, (1998) Vol. 11* No 3, 457-471. DOI: 10.1023/A:1024448511504.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, Vol 99* (1986) 20-35.
- Fontaine, J. R. J., Luyten, P., De Boeck, P., & Corveleyn, J. (2001). The Test of Self-Conscious Affect: Internal Structure, Differential Scales and Relationships with Long-Term Affects. *European Journal of Personality, 15*: 449-463 (2001). DOI: 10.1002/per.428
- Ginzburg, K., Arnow, B., Hart, S., Gardner, W., Koopman, C., Classen, C. C., Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2006). The Abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 30* (2006) 929-943. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.01.004
- Ginzburg, K., Butler, L., Giese-Davis, J., Cavanaugh, C. E., Neri, E., Koopman, C., Classen, C. C., & Spiegel, D. (2009). Shame, Guilt and Posttraumatic Stress Disorder in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse at Risk for Human Immunodeficiency Virus. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 536-542.
- Goffnett, J., Liechty, J. M., & Kidder, E. (2020). Interventions to reduce shame: A systematic review. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, (2020) 30*, 141-160.

- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (2007) 317-328. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.005
- Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., & Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2017 Jul 13; 4:15.
- Haagsma, J. A., Ringburg, A. N., van Lieshout, E. MM., van Beeck, E. F., Patka, P., Schipper, I. B., & Polinder, S. (2012). Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2012, 12:236. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/236>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savović, J., Schulz, K. F., Weeks, L. & Sterne, J. A. C. (2011). Research methods and reporting: The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928 doi: 10.1136/bmj.d5928. <http://www.bmj.com>
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A.D. (2005). Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36 (2005) 3-17. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.11.002
- Hook A., & Andrews B. (2005). The relationship of non-disclosure in therapy to shame and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, (2005), 44(3): 425-438. ISSN: 0144-6657 PMID: NLM16238887
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 2017, 3(1)47-54.
- Langkaas, T. F., Hoffart, A., Öktedalen, T., Ulvenes, P. G., Hembree, E. A., & Smucker, M. (2017). Exposure and non-fear motions: A randomized controlled study of exposure-based and rescripting-based imagery in PTSD treatment. *Behaviour Research and Therapy* 97, (2017) 33-42.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, (2001) Vol. 74(4), 451-466. DOI: 10.1348/000711201161109.

- Joseph, M., & Bance, O. (2020). Efficacy of Compassion-focused Visual Art Therapy (CVAT) on self-compassion and trauma-related shame of sexually abused female children: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Positive Psychology*, 2020, 11(1)35-45.
- Kolts, R. L. (2019). *CFT helt enkelt: att bedriva compassionfokuserad terapi*. Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 2016)
- Lewis Herman, J. (2011). Posttraumatic stress disorder as a shame disorder. Dearing, R. L., & Tangney, J. P. (Red). (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychology Association. DOI: 10.1037/12326-000
- Michalopoulos, L. T. M., Murray, L. K., Kane, J. C., Skavensky van Wyk, S., Chomba, E., Cohen, J., Imasiku, M., Semrau, K., Unick, J., & Bolton, P. A. (2015). Testing the Validity and Reliability of the Shame Questionnaire among Sexually Abused Girls in Zambia. *PLoS ONE* 10(4): e0123820. DOI: 10.1371/journal.pone.0123820
- Ojserkis, R., McKay, D., Badour, C. L., Feldner, M. T., Arocho, J., & Dutton, C. (2014). Alleviation of Moral Disgust, Shame, and Guilt in Posttraumatic Stress Reactions: An Evaluation of Comprehensive Distancing. *Behavior Modification*, 38, 801-836.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The Cruellest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (2009) 172-180.
- Paunovic, N. (1998) Cognitive Factors in the Maintenance of PTSD. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, Vol. 27 (1998) No 4. 167-178.
- Region Stockholm. (u.å.) Posttraumatiskt stressyndrom – PTSD. Symtom och kriterier. Hämtad 2021-03-16 från [https://psykiatristod.se/regionala-wardprogram/posttraumatiskt-stressyndrom---ptsd/symtom-och-kriterier](https://psykiatristod.se/regionala-vardprogram/posttraumatiskt-stressyndrom---ptsd/symtom-och-kriterier)
- Resick, P. A., Uhlmansiek, M. O., Clum, G. A., Galovski, T. E., Scher, C. D., & Young-Xu, Y. A. (2008). Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, Vol 76, No 2, 243-258.
- Saraiya, T., & Lopez-Castro, T. (2016). Ashamed and Afraid: A Scoping Review of the Role of Shame in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Clinical Medicine*, 2016, 5, 94. DOI:10.3390/jcm5110094

- Swan, S., & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, (2003) 42(4): 367-378. ISSN: 0144-6657
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Shame and guilt. The Guilford press, New York, London.
- Tangney, J.P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3) (Database record) APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06464-000>
- Yeterian, J. D., Berke, D. S., & Litz, B. T. (2017). Psychosocial rehabilitation after war trauma with adaptive disclosure: Design and rationale of a comparative efficacy trial. *Contemporary Clinical Trials*, 2017, 61: 10-15.
- Öktedalen, T., Hagtvet, K. A., Hoffart, A., Langkaas, T. F., & Smucker, M. (2014). The Trauma Related Shame Inventory: Measuring Trauma-Related Shame Among Patients with PTSD. *J Psychopathol Behav Assess*, (2014) 36:600-615. DOI:10.1007/s10862-014-9422-5
- Öktedalen, T., Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting – A randomized controlled trial. *Psychotherapy research*, 25:5, 518-532.
- Öst, L-G. (2016). Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier. Natur & kultur.

Appendix A: Skamskalorna och vad dessa mäter

Vi har upptäckt att de skamskalor som använts i våra granskade studier har stora skillnader sinsemellan, i struktur och i den skam man avser att mäta. En central fråga i att mäta skam rör svårigheten i att utforma skalor som kan urskilja specifika känslor. Författare till skamskalor skiljer sig också åt i sin konceptualisering av vad som karaktäriserar individer med mycket skam (Andrews et al., 2002).

Andrews et al. (2002) återger att Gilbert har uttryckt att forskare sällan skiljer mellan specifika och generella former av skam, att dessa två former kan ha olika ursprung, berör olika självkonstruktioner och behöver olika typer av terapeutisk behandling (Andrews et al., 2002). Istället för att se skam som generell respektive specifik, kan man se skammen som två dimensioner: intern skam med fokus på negativ självutvärdering och extern skam med fokus på rädsla för andras domar (Andrews et al., 2002).

Här nedan ger vi en kort sammanfattning över de använda skamskalorna, samt den korta bedömning av vissa av dem, vilket vi funnit i litteraturen.

Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)

TOSCA är nog den mest välkända och välanvända skamskalan (Andrews et al., 2002). TOSCA-3 är den senaste uppdateringen och har 16 scenarier. Skamskalan hade nyligen Cronbachs alfa på .76 (Tangney et al., 2000), dvs hög intern konsistens. Skalan bedöms ha hög validitet (Fontaine et al., 2001). Författarna konceptualiserar skam som en negativ självvärdering (Andrews et al., 2002).

TOSCA är ett scenariobaserat frågeformulär som består av vanliga skam- och skuldsituationer i vardagslivet. Varje situation följs av fyra-fem tänkbara svarsalternativ. (Fontaine et al., 2001). Respondenterna ombeds bedöma hur de skulle reagera på en skala från 1 ("inte sannolikt") till 5 ("mycket sannolikt") (Andrews et al., 2002). Varje scenario följs av fyra delskalor vilka mäter benägenhet för skuld och skam, externalisering och oberördhet, vilka är de reaktioner folk normalt har i typiska skam- och skuldsituationer (Fontaine et al., 2001). Ibland visar den också stolthet (Andrews et al., 2002).

Exempel på TOSCA-frågor:

Du gör ett misstag på jobbet och upptäcker att en kollega fått skulden för felet.

1. Du skulle tänka att företaget inte gillar kollegan. Svar utifrån skala 1-5.
2. Du skulle tänka: "Livet är inte rättvist." Svar utifrån skala 1-5.
3. Du skulle hålla tyst och undvika kollegan. Svar utifrån skala 1-5.

4. Du skulle känna dig olycklig och angelägen att korrigera situationen. Svar utifrån skala 1-5. (Tangney & Dearing, 2002).

The experience of shame scale (ESS)

Frågeformuläret är baserat på en intervju och på skamskalan TOSCA. ESS bedömer specifika skamområden relaterat till jaget och till prestation. ESS frågar direkt om skamkänslor för personliga karakteristika och för beteende. Skalan har hög intern konsistens (Cronbachs alfa .92) och god test-retest-tillförlitlighet.

Testet har 25 frågor som bedömer

- karakteristisk skam: över personliga vanor, uppförande med andra, den egna personligheten samt personlig förmåga,
- beteendeskam: över att göra fel, säga något korkat, misslyckas i tävlingssituationer
- kroppsskam: skam över kroppen eller någon del av den.

Frågorna avser både upplevelser ("har du skämts över..."), kognitioner kring vad andra tänker om en ("har du oroat dig över vad andra människor tänker om...") och beteenden ("har du försökt att täcka över eller dölja..."). Svaren avser det senaste året.

Exempel på frågor: Har du känt skam över den sorts person du är? Har du försökt dölja saker du skämts över att ha gjort? Svar ges på en skala från 1 ("inte alls") till 4 ("våldigt mycket") (Andrews et al., 2002).

The abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse (ARBQ)

Skalan är designad för att bedöma övergrepps-relaterade uppfattningar hos vuxna, vilka som barn utsatts för sexuella övergrepp. ARBQ har tre subskalor: skuld, skam och resiliens (Ginzburg et al., 2006). Subskalorna bedöms fånga upp olika delar av övergrepp-drabbades självstigmatisering (Ginzburg et al., 2006). Test-retest-reliabiliteten bedöms som hög ($r=.60-.64$). ARBQ bedöms ha goda psykometriska karakteristika, med mycket god intern konsistens och god validitet (Ginzburg et al., 2006).

Formuläret omfattar 18 items (Ginzburg et al., 2006). Sex av frågorna omfattar skam. Respondenterna ombeds att markera hur mycket de håller med om varje påstående på en skala från 1 ("instämmer starkt") till 5 ("instämmer inte alls") (Abuse-Related Beliefs Questionnaire ARBQ, PsycTESTS).

Exempel på frågor i ARBQ:

Ibland känner jag att jag bidrog till övergreppen jag upplevde för att jag fick förmåner eller belöningar från förövaren. (Om skuld).

När jag tänker på de traumatiska upplevelserna jag hade, känner jag mig ibland smutsig. (Om skam).

När jag tänker på övergreppserfarenheterna jag hade, tycker jag inte om mig själv särskilt mycket. (Om resiliens) (Abuse-Related Beliefs Questionnaire ARBQ, PsycTESTS).

The Trauma Related Shame Inventory (TRSI)

Även detta formulär är ett självrapporteringsformulär, med 24 items. Skalan går från 0 ("stämmer inte alls") till 3 ("stämmer helt"). Formuläret har subkategorierna självfördömelse, beteendemässiga samt affektiva komponenter, både för intern skam och extern skam.

Items skrevs för att representera negativa självuppfattningar, affektiv erfarenhet av skam eller tillbakadragande beteende (Öktedalen et al., 2014). Items konstruerades i samarbete med två experter inom området för att försäkra sig om att man inkluderat alla relevanta aspekter av traumarelaterad skam (Öktedalen et al., 2014). Detta är ett nytt mätinstrument för att mäta traumarelaterad skam. TRSI bedömdes vara tillräckligt sensitivt för att fånga betydande variationer mellan personer med traumarelaterad skam, och ha god reliabilitet och validitet, både för kliniska och forskningsmässiga ändamål (Öktedalen et al., 2014).

Exempel på påståenden:

Som ett resultat av min upplevelse, har jag förlorat respekten för mig själv.

Jag skäms över mig själv på grund av det som hänt mig.

Om andra visste vad som hänt mig, skulle de se ner på mig.

Om andra visste hur jag betedde mig under min traumatiska erfarenhet, skulle de skämmas för mig (Öktedalen et al., 2014).

The Shame Questionnaire

Denna skala är avsedd att mäta ett barns skamkänslor i respons till sexuella övergrepp. Skalan är en 8 items självskattningsskala. Svaren ges utifrån en skala från 0 ("inte sant") till 2 ("mycket sant") (Michalopoulos et al., 2015). I en studie har skalan bedömts ha hög intern validitet (Cronbachs alpha .87) och reliabilitet (alpha koefficient över 0.85) (Michalopoulos et al., 2015). Skalan har alltså adekvata kriterier och valid konstruktion med en generell användbarhet (Michalopoulos et al., 2015).

Resultaten indikerar att svarspoängen varierar beroende på antal genomgångna trauman. Mera traumatiska händelser ger också högre poäng (Michalopoulos et al., 2015).

Exempel på frågor ur formuläret:

Jag skäms för att jag tror människor kan veta genom att se på mig vad som hände.

Jag skäms för att jag känner att jag är den enda personen i min skola/på mitt arbete som detta har hänt för.

Vad som hände mig får mig att känna mig smutsig (Michalopoulos et al., 2015).

Öktedalen et al. (2014) ansåg att ett skam-formulär kan användas för att skraddarsy existerande behandlingar för att bearbeta skam hos mera komplexa traumapatienter. Därför behövs ett instrument som bedömer skam i traumakontext (Öktedalen et al., 2014). Öktedalen et al. (2014) bedömde inte att TOSCA-situationerna fångade skamreaktioner efter trauma, då den inte rapporterar skamreaktioner bland PTSD-patienter, inte ej fångar skam relaterad till fördömelse av känslor och beteenden, ej heller copingförmåga, vilket hypotetiskt är viktigt för traumarelaterad skam. (Öktedalen et al., 2014). Öktedalen et al. (2014) ansåg vidare att generella frågor om skamreaktioner, som i exempelvis The Experience of Shame Scale, inte har någon referens till specifika situationer, och då blir respondenterna mera benägna att utgå från egna förståelser av skam, vilket kan ge tvetydighet och mångfald i svaren (Öktedalen et al., 2014).

De ansåg vidare att det inte finns några tillgängliga instrument för att fånga viktiga aspekter på skam såsom rädsla för negativa konsekvenser av ett avslöjande, till exempel avvisande och fördömelse från signifikanta andra, vilket är centrala komponenter i skamdefinitionen (refererat från Lewis 1995, citerat av Öktedalen et al., 2014).

Författarna bedömde att det finns ett behov av ett bedömningsinstrument för traumarelaterad skam, vilket gjort att dessa författare därför låtit bedöma det då nyutvecklade TRSI (Öktedalen et al., 2014).

Appendix B: Cochrane risk of bias tool

Use the modified Cochrane Collaboration tool to assess risk of bias for randomized controlled trials. Bias is assessed as a judgment (high, low, or unclear) for individual elements from five domains (selection, performance, attrition, reporting, and other).

AUB KQ1 Risk of Bias Assessment (Reference ID #)

Domain	Description	High Risk of Bias	Low Risk of Bias	Unclear Risk of Bias	Reviewer Assessment	Reviewer Comments
<i>Selection bias</i> Random sequence generation	Described the method used to generate the allocation sequence in sufficient detail to allow an assessment of whether it should produce comparable groups	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate generation of a randomized sequence	Random sequence generation method should produce comparable groups	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Selection bias</i> Allocation concealment	Described the method used to conceal the allocation sequence in sufficient detail to determine whether intervention allocations could have been foreseen before or during enrollment	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate concealment of allocations prior to assignment	Intervention allocations likely could not have been foreseen in before or during enrollment	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Reporting bias</i> Selective reporting	Stated how the possibility of selective outcome reporting was examined by the authors and what was found	Reporting bias due to selective outcome reporting	Selective outcome reporting bias not detected	Insufficient information to permit judgment†	High Low Unclear	
<i>Other bias</i> Other sources of bias	Any important concerns about bias not addressed above*	Bias due to problems not covered elsewhere in the table	No other bias detected	There may be a risk of bias, but there is either insufficient information to assess whether an important risk of bias exists or insufficient rationale or evidence that an identified problem will introduce bias	High Low Unclear	

* If particular questions/entries were pre-specified in the study's protocol, responses should be provided for each question/entry.

† It is likely that the majority of studies will fall into this category.

Assess each main or class of outcomes for each of the following. Indicate the specific outcome.

AUB KQ1 Risk of Bias Assessment (Reference ID #)

Outcome:

Domain	Description	High Risk of Bias	Low Risk of Bias	Unclear Risk of Bias	Reviewer Assessment	Reviewer Comments
<i>Performance bias</i> Blinding (participants and personnel)	Described all measures used, if any, to blind study participants and personnel from knowledge of which intervention a participant received. Provided any information relating to whether the intended blinding was effective.	Performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and personnel during the study.	Blinding was likely effective.	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Detection bias</i> Blinding (outcome assessment)	Described all measures used, if any, to blind outcome assessors from knowledge of which intervention a participant received. Provided any information relating to whether the intended blinding was effective.	Detection bias due to knowledge of the allocated interventions by outcome assessors.	Blinding was likely effective.	Not described in sufficient detail	High Low Unclear	
<i>Attrition bias</i> Incomplete outcome data	Described the completeness of outcome data for each main outcome, including attrition and exclusions from the analysis. Stated whether attrition and exclusions were reported, the numbers in each intervention group (compared with total randomized participants), reasons for attrition/exclusions where reported.	Attrition bias due to amount, nature or handling of incomplete outcome data.	Handling of incomplete outcome data was complete and unlikely to have produced bias	Insufficient reporting of attrition/exclusions to permit judgment (e.g., number randomized not stated, no reasons for missing data provided)	High Low Unclear	

Appendix C: Psychotherapy outcome study methodology rating scale

Professor emeritus Lars-Göran Öst, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Observera: Om det inte finns tillräcklig information om en viss fråga ges en skattning av 0.

1. Tydlig beskrivning av samplet

0. *Dåligt.* Vag beskrivning av samplet (t.ex. nämner bara om patienterna diagnostiserades med störningen).

1. *Hyggligt.* Hygglig beskrivning av samplet (t.ex. nämner inklusions/exklusionskriterier, demografi, etc.).

2. *Bra.* Bra beskrivning av samplet (t.ex. beskriver inklusions/exklusionskriterier, demografi och prevalensen av komorbida störningar).

2. Svårighetsgrad/kronicitet hos störningen

0. *Dåligt.* Svårighetsgrad/kronicitet rapporterades inte och/eller subkliniska patienter inkluderades i samplet.

1. *Hyggligt.* Alla patienter uppfyllde kriterierna för störningen. Samplet inkluderade akuta (<1 år) och/eller sådana med låg svårighetsgrad.

2. *Bra.* Samplet bestod helt av kroniska (>1 år) patienter med åtminstone måttlig svårighetsgrad.

3. Representativitet hos samplet

0. *Dåligt.* Samplet är mycket annorlunda än patienter som söker behandling för störningen (t.ex. så är det överdrivet strikta exklusionskriterier).

1. *Hyggligt.* Samplet är något representativt för patienter som söker behandling för störningen (t.ex. så exkluderades patienter bara om de uppfyllde kriterierna för en annan allvarlig störning).

2. *Bra.* Samplet är mycket representativt för patienter som söker behandling för störningen (t.ex. så har författarna gjort ansträngningar för att försäkra sig om samplets representativitet).

4. Reliabilitet för diagnosen i samplet

0. *Dåligt.* Den diagnostiska processen rapporterades inte, eller så användes inte en strukturerad intervju av en tränad intervjuare.

1. *Hyggligt.* Diagnosen fastställdes med en strukturerad intervju av en tränad intervjuare.

2. *Bra.* Diagnosen fastställdes med en strukturerad intervju av en tränad intervjuare och adekvat inter-bedömarreliabilitet demonstrerades (t.ex. *kappa* koefficient).

5. Specificitet hos utfallsmåtten

0. *Dåligt*. Mycket breda utfallsmått som inte är specifika för störningen (t.ex. SCL-90R totalpoäng).

1. *Hyggligt*. Måttligt specifika utfallsmått.

2. *Bra*. Specifika utfallsmått, som ett mått för varje symptomkluster.

6. Reliabilitet och validitet hos utfallsmåtten

0. *Dåligt*. Måtten har okända psykometriska egenskaper, eller egenskaper som inte uppfyller nutida accepterad standard.

1. *Hyggligt*. Vissa men inte alla mått har kända eller adekvata psykometriska egenskaper.

2. *Bra*. Alla mått har bra psykometriska egenskaper. Utfallsmåtten är de bästa som är tillgängliga för författarens syfte.

7. Användning av blinda bedömare

0. *Dåligt*. Blinda bedömare användes inte (t.ex. bedömare var terapeuten, bedömaren var inte blind rörande behandlingsbetingelser, eller så specificerar författarna inte detta).

1. *Hyggligt*. Blinda bedömare användes men inga kontroller användes för att testa blindheten.

2. *Bra*. Blinda bedömare användes på ett korrekt sätt. Kontroller användes för att testa om bedömarna var medvetna om behandlingsbetingelsen.

8. Träning av bedömare

0. *Dåligt*. Bedömarträning och riktighet specificerades inte, eller är oacceptabelt.

1. *Hyggligt*. Minimikriterium för bedömarträning specificeras (t.ex. bedömarna har en specifik träning i användningen av utfallsmåttet), men riktighet mäts eller rapporteras inte.

2. *Bra*. Minimikriterium för bedömarträning specificerades. Interbedömarreliabilitet kontrolleras och/eller så kalibrerades mätproceduren under studiens gång för att förhindra bedömaravdrift.

9. Fördelning till behandling

0. *Dåligt*. Skev fördelning, t.ex. så valde patienterna sin egen terapi eller fördelades på ett annat, icke-randomiserat sätt, eller det var bara en grupp.

1. *Hyggligt*. Slumpmässig eller stratifierad fördelning. Det kan finnas någon systematisk vinkling men inte tillräcklig för att utgöra ett allvarligt hot mot intern validitet. Det kan finnas sammanblandning av terapeut och terapimetod. N kan vara för litet för att skydda mot vinkling.

2. *Bra*. Slumpmässig eller stratifierad fördelning och patienterna fördelades slumpmässigt till

terapeut inom betingelse. När teoretiskt olika behandlingar används utförs varje terapi av ett tillräckligt antal olika terapeuter. N är tillräckligt stort för att skydda mot vinkling.

10. Design

0. *Dåligt*. Slumpmässig eller stratifierad fördelning, väntelistekontroll eller kortfattat beskriven TAU.

1. *Hyggligt*. Slumpmässig eller stratifierad fördelning, TAU med bra beskrivning, eller placebobetingelse.

2. *Bra*. Aktiv behandling vs. en annan, tidigare empiriskt dokumenterad aktiv behandling.

11. Statistisk poweranalys

0. *Dåligt*. Ingen poweranalys gjordes före studiens start.

1. *Hyggligt*. En poweranalys baserad på en uppskattad effektstorlek användes.

2. *Bra*. En datainformerad poweranalys utfördes och samplestorleken bestämdes därefter.

12. Mätpunkter

0. *Dåligt*. Endast före- och eftermätning, eller före- och uppföljning.

1. *Hyggligt*. Före, efter och uppföljning <1 år.

2. *Bra*. Före, efter och uppföljning ≥ 1 år.

13. Manualiserat, replikerbart, specifikt behandlingsprogram

0. *Dåligt*. Beskrivningen av behandlingsproceduren är oklar och behandlingen baseras inte på en allmänt tillgänglig detaljerad behandlingsmanual. Patienter kan få multipla former av behandling samtidigt på ett okontrollerat sätt.

1. *Hyggligt*. Behandlingen är inte designad för störningen, eller beskrivningen av behandlingen är allmänt klar och baserad på en allmänt tillgänglig detaljerad behandlingsmanual *men* det finns några tvetydigheter om proceduren. Patienter kan ha fått ytterligare former av behandling men detta balanseras mellan grupper eller kontrollerat på annat sätt.

2. *Bra*. Behandlingen är designad för störningen. En detaljerad behandlingsmanual finns tillgänglig, och/eller så förklaras behandlingen i tillräcklig detalj för replikering. Inga tvetydigheter om behandlingsproceduren. Patienterna får endast behandlingen ifråga.

14. Antal terapeuter

0. *Dåligt*. Endast en terapeut, d.v.s. fullständig sammanblandning mellan terapi och terapeut.

1. *Hyggligt*. Åtminstone två terapeuter, men effekten av terapeut på utfallet analyserades inte.

2. *Bra*. Tre, eller flera terapeuter *och* effekten av terapeut på utfallet analyserades.

15. Terapeutträning/erfarenhet

0. *Dåligt*. Mycket begränsad klinisk erfarenhet av behandlingen och/eller störningen (t.ex. studenter).

1. *Hyggligt*. Viss klinisk erfarenhet av behandlingen och/eller störningen.

2. *Bra*. Lång klinisk erfarenhet av behandlingen och/eller störningen (t.ex. praktiserande terapeuter).

16. Kontroller av följsamhet till behandlingsmanualen

0. *Dåligt*. Inga kontroller gjordes för att försäkra sig om att interventionen var konsistent med protokollet.

1. *Hyggligt*. Vissa kontroller gjordes (t.ex. skattningar av en del av terapibanden).

2. *Bra*. Frekventa kontroller gjordes (t.ex. veckovis handledning av varje session där en detaljerad skattningsskala användes).

17. Kontroller av terapeutkompetens

0. *Dåligt*. Inga kontroller gjordes för att försäkra sig om att interventionen utfördes kompetent.

1. *Hyggligt*. Vissa kontroller gjordes (t.ex. skattningar av en del av terapibanden).

2. *Bra*. Frekventa kontroller gjordes (t.ex. veckovis handledning av varje session där en detaljerad skattningsskala användes).

18. Kontroll av samtidiga behandlingar (t.ex. medicinering)

0. *Dåligt*. Inga försök att kontrollera för samtidiga behandlingar, eller det gavs ingen information om samtidiga behandlingar. Patienter kan ha fått andra former av behandling i tillägg till studie-behandlingen.

1. *Hyggligt*. Patienterna ombads att hålla medicinering stabil och/eller att avsluta annan psykologisk terapi under studiens behandlingsperiod.

2. *Bra*. Försäkrade sig om att patienterna inte erhöll någon annan behandling (medicinsk eller psykologisk) under studiens gång.

19. Handhavande av bortfall

0. *Dåligt*. Proportionerna av bortfall beskrivs inte, eller beskrivs *men* ingen bortfallsanalys utförs.

1. *Hyggligt*. Proportionerna av bortfall beskrivs *och* bortfallsanalys eller intent-to-treat analys utförs. 2. *Bra*. Inget bortfall, eller proportionerna av bortfall beskrivs, bortfallsanalys utförs *och* resultaten presenteras som intent-to-treat analys.

20. Statistiska analyser och presentation av resultat

0. *Dåligt*. Inadekvata statistiska metoder används och/eller data presenteras inte fullständigt.
1. *Hyggligt*. Adekvata statistiska metoder används men data presenteras inte fullständigt.
2. *Bra*. Adekvata statistiska metoder används *och* data presenteras med M och SD.

21. Klinisk signifikans

0. *Dåligt*. Ingen presentation av klinisk signifikans gjordes.
1. *Hyggligt*. Ett arbiträrt kriterium för klinisk signifikans användes *och* betingelserna jämfördes beträffande procent kliniskt förbättrade.
2. *Bra*. Jacobsons kriterier för klinisk signifikans användes och presenterades för ett urval av (eller alla) utfallsmått *och* betingelserna jämfördes beträffande procent kliniskt förbättrade.

22. Likhet rörande terapitimmar (endast för design som jämför aktiva behandlingar)

0. *Dåligt*. Betingelserna skiljer sig markant ($\geq 20\%$ skillnad i terapitimmar).
1. *Hyggligt*. Betingelserna skiljer sig något (10-19% skillnad i terapitimmar).
2. *Bra*. Betingelserna skiljer sig inte ($< 10\%$ skillnad i terapitimmar).