

# Memento

Rapportserie från Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

*Nr 42*

Kognitiv och beteendeinriktad  
terapi vid komplicerad sorg  
– en litteraturstudie

Bert Palmblad

2009

ISSN: 1403-6827

Rapporten finns att hämta på [www.orebroll.se/pfc](http://www.orebroll.se/pfc) eller kan beställas från Psykiatriskt forskningscentrum, Box 1613, 701 16 Örebro, telefon 019-602 58 90, e-post [pfc@orebroll.se](mailto:pfc@orebroll.se).

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
Behandling i grupp av komplicerad sorg.....	5
<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
Syfte .....	7
<b>Metod</b> .....	<b>7</b>
Urval.....	7
Klassificering och värdering .....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
Komplicerad sorg – en ny diagnos i DSM-V?.....	9
En modell för kognitiv konceptualisering av komplicerad sorg.....	10
CBT vid komplicerad sorg.....	11
<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
Slutsatser .....	14
<b>Tillkännagivanden</b> .....	<b>15</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>19</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>20</b>
<b>Tidigare utgivna rapporter i Mementumserien</b> .....	<b>23</b>

# Sammanfattning

Sorg är ett allmänmänskligt fenomen som uppstår i samband med en förlust av något slag. Förlusten kan ha olika skepnader, det kan vara förlust av arbete, hälsa eller förlust av närstående i samband med skilsmässa eller död. Vi har alla vårt eget privata sätt att sörja. Det kan därför vara svårt att jämföra sitt sörjande med andras. Tidsaspekten kan t.ex. variera. För en person kan sorgprocessen komma i gång omedelbart, för andra kan det dröja innan man "får tid" att börja sörja. I de fall då sorgen tar över och blir till ett hinder att gå vidare i livet, med de förändrade förutsättningar som råder, kan man tala om *komplicerad sorg*.

Föreliggande arbete har komplicerad sorg och dess behandling som tema. Aktuell forskning inom området redovisas i form av en litteraturgenomgång. Vidare beskrivs en modell för behandling av komplicerad sorg i grupp. Resultatet redovisar förslag till diagnoskriterier, en modell för kognitiv konceptualisering av komplicerad sorg och utfall av CBT-behandling (Cognitive Behavioural Therapy) av komplicerad sorg i ett begränsat antal studier. Av resultatet dras följande slutsatser:

1. Komplicerad sorg är ett tillstånd skilt från depression, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra ångestsyndrom.
2. Det saknas evidens för att CBT är effektivt vid normalt sörjande.
3. Aktuell forskning uppvisar lovande resultat av CBT vid komplicerad sorg.
4. För att säkerställa evidensen för effektiv CBT vid komplicerad sorg krävs ytterligare forskning med väl designade RCT-studier och med mätinstrument och skattningsskalor särskilt utvecklade för komplicerad sorg.

# Bakgrund

Det är främst fyra händelser i vår omedelbara närhet som lyft fram sorgen i det offentliga rummet och det är mordet på vår dåvarande statsminister Olof Palme 1986, bussolyckan i Norge 1988, passagerarfartyget Estonias förlisning 1994 samt tsunamin i Sydostasien 2004. Före dessa händelser uppfattades sorgen mest som en privat angelägenhet som togs om hand i slutna rum. En effekt av dessa nationellt uppmärksammade händelser var människors öppna sörjande på offentliga platser.

Sorg är ett normalt allmänmänskligt fenomen. Enligt Freud (1995) uppstår sorgen som en reaktion på en oåterkallelig förlust. Sorgen har en uppgift, och det är att varaktigt skilja den sörjande från objektet. I Freuds fall definieras objektet som en viktig person men det kan lika gärna handla om ett annat betydelsefullt objekt i en människas liv. Bowlby (1994) har studerat den normala sorgen hos friska vuxna. Hans slutsatser är att sorgen ofta varar betydligt längre än de sex månader som tidigare ansågs som normalt. Vidare argumenterar han för att vad man tidigare ansett vara patologiska reaktioner istället är vanligt förekommande i normalt sörjande. Exempel på detta är ilska riktad mot tredje person, självet eller den döda, oförmåga att fatta att den döda är död och en tendens att söka efter den döda i hopp om återförening.

I ett svenskt projekt som riktar sig till normalt sörjande änkor redovisas flera intressanta iakttagelser, bl.a. så kallade "änkesyner" (Grimby, 2007). Detta är helt normalt förekommande fenomen hos över 80 % av den undersökta populationen och innebär att den sörjande har sinnesförnimmelser av den döda makens närvaro, som om han levde. Upplevelsen skulle felaktigt kunna uppfattas som hallucinatoriska fenomen av psykotiskt valör. Sorg är ett allmänmänskligt fenomen som de flesta av oss kan ta sig igenom på ett konstruktivt sätt. För andra tar sorgen överhand och blir en destruktivt dominerande faktor i deras liv.

Mitt intresse för sorg är personligt och professionellt; personligt genom egna erfarenheter av flera förluster av viktiga personer; professionellt genom mitt arbete som behandlare i en grupp för personer med komplicerad sorg. Min egen sorg har jag fått förmånen att bearbeta dels i egen gruppterapi, dels i samband med min utbildning till psykodramatiker. Sorg, mer eller mindre komplicerad, har också varit ett viktigt tema för de flesta personer jag mött i dessa sammanhang.

Denna rapport i Mementumserien utgör en lätt omarbetad version av en steg 1-uppsats vid utbildningsföretaget KPT-Svealand, Örebro.

## Behandling i grupp av komplicerad sorg

Runt om i landet finns stödgrupper av olika slag för sörjande, främst i Svenska kyrkans och Röda Korsets regi men också genom privata initiativ, exempel på det senare är privata institut som erbjuder certifieringskurser i sorgbearbetning. I Stockholm finns en mottagning för sörjande som drivs via en förening, Sjukvårdsföreningen för Öfre Norrmalm. Inom offentlig verksamhet saknas på de flesta håll specialiserade enheter för behandling av komplicerad sorg. En sökning med Google på sökorden "sorgbehandling" och "sorgmottagning" och som avgränsas till svenska sidor ger endast en träff för landstingsdriven verksamhet och det är sorgbehandlingsgruppen i Örebro ([http://www.orebroll.se/psykhab/page\\_26600.aspx](http://www.orebroll.se/psykhab/page_26600.aspx)).

Verksamheten har funnits i Örebro läns landsting i 10 år, först som ett projekt vid Medicin-kliniken på Universitetssjukhuset och finansierat av Cancerfonden. Sedan 2008 ingår verksamheten som en del i Psykoterapigruppen inom Psykiatrin. Metoden är ursprungligen hämtad från Danmark där den utvecklats av Davidsen-Nielsen och Leick (2001). Gruppen består av åtta deltagare och två behandlare och är halvöppen, d.v.s. då en deltagare slutar kommer en ny in. Sedan starten har ca 60 personer genomgått behandlingen och endast tre personer har avbrutit i förtid. Den genomsnittliga behandlingstiden är två år. Gruppen träffas en eftermiddag i veckan i tre timmar, den sista halvtimmen består av en gemensam fika-stund och är, enligt metoden, lika viktig som den egentliga behandlingssessionen. Under sommaren görs ett åtta veckors uppehåll och under jul- och nyårshelgerna ca tre veckors uppehåll. Inför behandlingen skrivs ett kontrakt där deltagaren bl.a. åtar sig att fullfölja be-handlingen utan avbrott.

Målgruppen utgörs av personer med komplicerad sorg. Som hjälp vid bedömningen används frågeformuläret Inventory of Complicated Grief (ICG-95) (Prigerson et al., 1995). Formuläret innehåller 19 items och syftar till att påvisa komplicerad sorg. De personer som är aktuella får genomgå ett ca två timmars bedömningssamtal som innefattar noggrann anamnes med särskilt fokus på den aktuella förlusten. Inklusionskriterier är förlust genom dödsfall, att dödsfallet inträffat minst ett år innan bedömningssamtalet och ICG-95 > 25. Behandlingen fokuserar fyra områden som deltagaren ska arbeta med: 1) Att inse att den döda är död. 2) Att arbeta sig igenom sorgens smärta och alla känslor. 3) Att anpassa sig till den nya livssituationen. Dessa tre uppgifter är nödvändiga att först bearbeta för att så småningom göra det möjligt att ta itu med den fjärde och sista uppgiften: 4) Att leva vidare helt och fullt, här och nu, med bibehållna minnen av den döda. Metoden är strukturerad och omfattar ett antal fasta ritualer. Som exempel kan nämnas hemuppgifter efter varje tillfälle och att notera dessa i en särskild dagbok, att ta med ett eller flera fotografier av den döda som visas upp för övriga gruppdeltagare, att skriva brev till den döda som också läses upp i gruppen och som beskriver upplevelsen av diagnosbesked, dödsögonblicket, begravningen, goda och eller konfliktfyllda minnen av den döda, oavslutade situationer etc. Det som sedan fokuseras är det som händer känslomässigt med deltagaren under redovisningen. Gruppledarna uppmärksammar känslouttryck som ilska, sorg, glädje, förvirring etc. hos deltagaren som uppmanas att stanna upp och vara kvar i känslan.

I syfte att utforska dessa sorgens känslor används tekniker huvudsakligen hämtade från gestaltpsykoterapi (Perls, 1972; Hostrup, 2002) och psykodrama (Blatner, 1984; Berglind, 1998; Baim, Burmeister & Maciel, 2007). I dessa ursprungliga psykoterapeutiska teorier och metoder återfinns både kognitiva (ex. reflektion över alternativa strategier) och beteendearbetade (ex. exponering) inslag.

De avslutande ritualerna omfattar dels ett avskedsbrev till den döda där deltagaren formulerar ett farväl till de delar av sorgen som utgjort hinder att gå vidare i livet, dels ett avskedsbrev till sorggruppen som helhet och dessutom till ledare och deltagare i tur och ordning. Behandlingen är huvudsakligen individuell men sker i grupp. Efter sex månader sker uppföljning i form av ett omfattande frågeformulär. Avskedsbrev och uppföljningsformulär arkiveras för framtida forskning.

# Problemformulering

Sorgbehandlingsgruppen utgör en del av psykiatrins verksamhet och som sådan är det viktigt att dess metoder och inriktning vilar på en acceptabel vetenskaplig grund. Utifrån detta framträder flera frågeställningar:

Finns evidens för fenomenet komplicerad sorg till skillnad från vad som kan betraktas vara normala sorgreaktioner? Vilken typ av terapi kan bedömas vara verksam? Utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2009) angående kognitiv beteendeterapi (KBT) som förstahandsval vid närliggande diagnosgrupper som lättare depressioner och ångesttillstånd: vad kan hittas i litteraturen om KBT vid komplicerad sorg?

## Syfte

- att med hjälp av aktuell forskning beskriva fenomenet komplicerad sorg och
- att undersöka förekomst och resultat av KBT-behandling vid diagnosen komplicerad sorg.

## Metod

### Urval

Undersökningen baseras på en litteratursökning med hjälp av databaserna Medline, Cinahl och PsychINFO. Huvudsökord har varit "Cognitive, or and Behavioral, Therapy (CBT)" som kombinerats med "Complicated grief", "Bereavement" och "Chronic Sorrow". Sökningen har avgränsats till att omfatta januari 2000 t.o.m. november 2008 samt endast svenska, danska, norska, tyska och engelskspråkiga artiklar. Böcker, avhandlingar och recensioner har exkluderats. Efter en kombination av sökresultaten i de tre databaserna och exkludering av dubletter återstår 32 artiklar (se bilaga 1). Redovisningen avgränsas till att omfatta artiklar som generellt behandlar komplicerad sorg hos vuxna samt teoretiska artiklar som har sin utgångspunkt i diagnostisering av komplicerad sorg. Efter denna sista sortering återstår åtta artiklar (se bilaga 2).

Ett problem i urvals- och bedömningsprocessen är att det engelska begreppet CBT (Cognitive Behavioural Therapy) i internationell litteratur är ett paraply-begrepp för minst tio olika skolor och att de olika skolorna poängterar olika orsaksfaktorer i relation till psykiska störningar (Farmer & Chapman, 2008). I Sverige har man tidigare skilt mellan KBT (kognitiv beteendeterapi) och KPT (kognitiv psykoterapi). Båda dessa inriktningar återfinns internationellt inom ramen för CBT. Genom att organisera de olika kognitiva och beteendearterade psykoterapeutiska skolorna i en gemensam intresseförening, Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterade terapier (sfKBT), sker numer en successiv anpassning till internationella förhållanden. Fortsättningsvis jämföras KBT och KPT med CBT.

## Klassificering och värdering

Artiklarna har indelats och bedömts enligt en modell hämtad från SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) beskriven av Hellzén, Johansson och Pejler (1999) samt av Forsberg och Wengström (2008). Studierna har indelats i följande grupper (Hellzén et al., 1999):

*Randomiserad kontrollerad studie (RCT)*, d.v.s. en prospektiv studie där man gjort ett slumpmässigt urval av personer till en eller flera experimentgrupper och en kontrollgrupp, Hellzén et al. (1999) benämner dessa (C).

*Prospektiv studie (P)*, d.v.s. en jämförelse mellan experimentgrupper och kontrollgrupp men utan randomisering.

*Litteraturoversikt eller Review (L)*, d.v.s. en systematisk litteraturgranskning och analys.

Därutöver tillkommer gruppen *Teoretiska studier (T)* d.v.s. artiklar som bygger på teoretiskt material utan egna empiriska data.

Kontrollerade randomiserade studier anses ha högre bevisvärde (evidens) än icke-randomiserade och prospektiva studier ger bättre evidens än retrospektiva studier (Forsberg & Wengström, 2008). I föreliggande arbete har C-, P- och L-studier kvalitetsbedömts enligt en tregradig skala, 1=hög, 2=medel och 3=låg. Hög kvalitet definieras som väl planerade och genomförda studier med adekvat beskrivning av protokoll, material och metod samt med tillräckligt stort antal patienter. Frågeställningen ska vara väldefinierad och de statistiska metoder som använts ska vara adekvata. Retrospektiva studier ska omfatta tillräckligt lång uppföljningstid. I review-artiklar ska patientmaterialet vara tydligt redovisat helst i tabellform. Låg kvalitet definieras som studier med för få patienter, för många delstudier vilket bedöms ge otillräcklig statistisk styrka, stora bortfall och bristande bortfallsanalys samt tveksamma statistiska metoder. Review-artiklar utan källhänvisningar och med ofullständigt underbyggda slutsatser bedöms vara av låg kvalitet (Hellzén et al., 1999, sid 48). Rena teori- och fallstudier har inte kvalitetsbedömts.

## Resultat

De åtta granskade artiklarna (se bilaga 2) fördelar sig geografiskt enligt följande: tre från Nederländerna, tre från USA, vardera en från Israel och Schweiz. Två artiklar är teoristudier, två är prospektiva randomiserade kontrollerade studier, två är review-artiklar samt en är av typen prospektiv jämförande interventionsstudie.

En viktig princip i bedömningen av artiklarnas kvalitet har varit huruvida särskilda screeningsinstrument för komplicerad sorg använts i de empiriska undersökningarna. De instrument som förekommer i den undersökta litteraturen är Inventory of Complicated Grief – 95 (ICG-95) samt Impact of Event Scale (IES). Det förstnämnda återfinns i tre av artiklarna samt den sistnämnda i en. ICG-95 är utvecklad av Prigerson et al. (1995), och IES av Horowitz, Wilner och Alvarez (1979). Instrumenten fångar upp den komplicerade sorgens kännetecken enligt de nedan beskrivna förslagen till kriterier i DSM-V. Dessutom använder Boelen et al. (2007) i en studie även ett instrument som fångar upp tecken på okomplicerad sorg, Texas Revised Inventory of Grief, TRIG (Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987). I resultatredovisningen förekommer enstaka referenser till artiklar som inte tagits med i bilaga 2 men som befunnits vara av värde för att kunna belysa något av den pågående kontroversen inom forskningsfältet.



## Komplicerad sorg – en ny diagnos i DSM-V?

En vanlig indelning av den komplicerade sorgens kännetecken är *kroniska, fördröjda* eller *undvikande, överdrivna* och *maskerade sorgereaktioner* (Davidsen-Nielsen & Leick, 2001; Worden, 2006). Dessa anses vara allt för oprecisa och behöver operationaliseras ytterligare för att kunna skilja ut komplicerad sorg från andra tillstånd med liknande eller överlappande symptomatologi. Ännu saknas möjligheten att ställa diagnosen komplicerad sorg i de två klassifikationssystemen ICD-10 och DSM-IV, i stället används diagnoserna egentlig depression, PTSD eller anpassningsstörningar (Horowitz et al., 1997; Lichtenthal, Cruess & Origer-son, 2004; Boelen, 2006).

Det pågår ett målmedvetet arbete i syfte att identifiera tillräckligt validerade diagnoskriterier för komplicerad sorg. Ambitionen är att kunna publicera dessa i kommande DSM-V (Horowitz et al., 1997; Neimeyer 2006; Prigerson & Maciejewski, 2006). De olika forskargrupperna har ännu inte uppnått full konsensus kring hur kriterierna ska utformas. Prigerson och Maciejewski (2006) som länge legat långt framme i arbetet med diagnoskriterier och diagnostiska skattningsinstrument föreslår följande indelning:

A. *Kronisk och oavbruten smärtsam längtan efter den döda.*

B. *Minst fyra av följande åtta symptom måste föreligga flera gånger dagligen, och av en sådan intensitet att de upplevs som mycket störande:*

1. *Svårigheter att acceptera dödsfallet*
2. *Bristande tillit till andra*
3. *Överdriven, omåttlig bitterhet över dödsfallet*
4. *Svårigheter att se framåt och skapa en ny tillvaro i den förändrade livssituationen*
5. *Upplever en brist på sammanhang (i förhållande till andra)*
6. *Livet känns tomt och meningslöst utan den döda*
7. *Upplever framtiden som hotfull*
8. *Ångestfylld oro och irritation*

C. *Ovanstående symptom förorsakar tydliga och ihållande störningar socialt, i yrkeslivet eller andra viktiga livsområden.*

D. *Ovanstående symptom och störningar måste äga en varaktighet i minst sex månader.*

(Författarens översättning)

Redan tio år tidigare publicerades ett annat förslag till indelning (Horowitz et al., 1997):

A. *Händelsekriterium: förlängd sorgereaktion efter förlust av make/maka, sambo eller annan närstående av minst 14 månaders varaktighet (12-månadersgränsen undviks p.g.a. vanligen förekommande intensifierade känsloreaktioner i samband med årsdagen)*

B. *Symptomkriterium: inom den senaste månaden förekommer minst tre av följande sju symptom av sådan allvarlig grad att de innebär hinder i vardagliga aktiviteter*

*Påträngande symptom:*

1. *Oönskade minnen eller påträngande fantasier relaterade till förlusten*
2. *Perioder av smärtsamma känsloupplevelser relaterade till förlusten*
3. *Starkt påträngande längtan efter den döda*

Undvikande beteenden och anpassningssvårigheter:

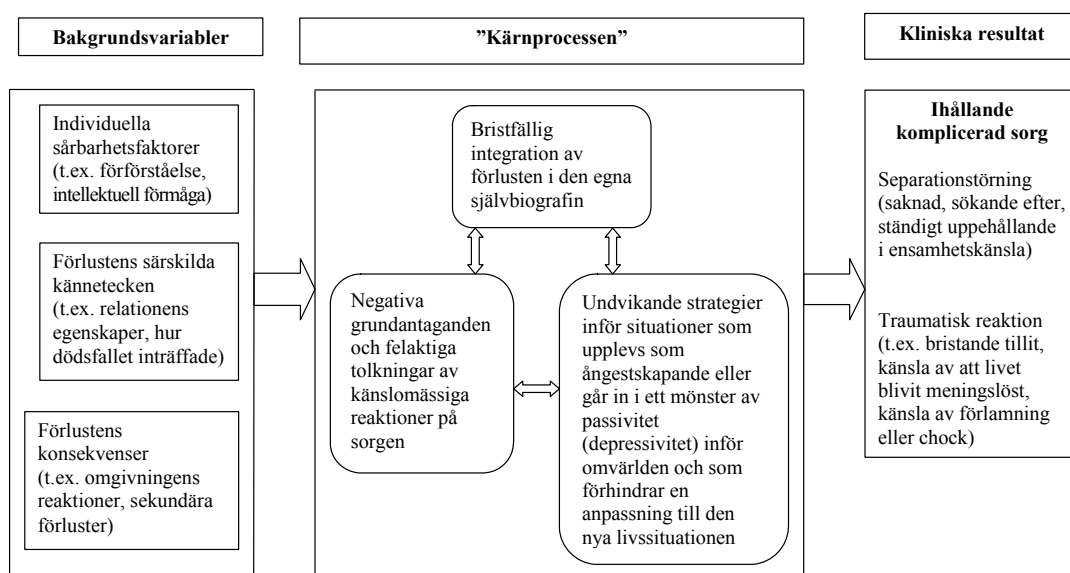
4. Stark tomhets- eller ensamhetskänsla
5. Överdrivet undvikande av personer, platser eller aktiviteter som påminner om den döda
6. Sömnstörningar
7. Påtagligt bristande intresse för arbete och andra aktiviteter som sociala, vårdande eller rekreerande

(Författarens översättning)

Man kan notera att i Prigerson och Maciejewski's (2006) förslag saknas kriterier som berör undvikande beteenden. Enligt Neimeyer (2006) behöver detta inte innebära att undvikande beteenden är oväsentliga i sammanhanget. Eftersom förekomsten av undvikande beteenden har högre evidens i samband med PTSD kopplade till traumatiska förluster, men att de inte är signifikanta tecken på komplicerad sorg, är det mer fruktbart att betrakta dem som tecken på komorbiditet mellan PTSD och komplicerad sorg. Undvikande beteenden kan finnas hos vissa men inte alla personer med komplicerad sorg. En annan skillnad är tidsaspekten.

## En modell för kognitiv konceptualisering av komplicerad sorg

Jordan och Neimeyer (2003), som tidigare kritiserat den traditionella sorgbehandlingen har i en litteraturreview visat på att psykoterapeutiska interventioner har effekt vid diagnostiserad komplicerad sorg medan ingen signifikant effekt kan påvisas vid sorg i allmänhet. En slutsats av detta blir att det är viktigt att finslipa de diagnostiska verktygen för att identifiera vad som är komplicerad sorg (Currier, Neimeyer & Berman, 2008). Ett steg i denna riktning är studier publicerade av den holländska sorgforskaren Boelen (Boelen, 2006; Boelen, van den Hout & van den Bout, 2006; Boelen, de Keijser, van den Hout & van den Bout, 2007; Boelen, 2008). I en teoretisk studie presenteras en modell för kognitiv konceptualisering av komplicerad sorg (Boelen et al., 2006):



**Figur 1.** En modell för kognitiv konceptualisering av komplicerad sorg (Boelen et al., 2006). (Författarens översättning)

I den här modellen, menar Neimeyer (2006), har man lyckats integrera de två olika ståndpunkterna med hjälp av "kärn-processens" beståndsdelar. Han argumenterar vidare för att en fortsatt konstruktivistisk forskning kan ge viktiga bidrag till stöd för Boelens modell. Den konstruktivistiska forskningen syftar till att belysa vikten av att restaurera känslan av mening och sammanhang i livet hos personer med komplicerad sorg, något som de förlorat i samband med förlusten.

Enligt Boelen et al. (2006) och Shear, Frank, Houck och Reynolds (2005) är det klarlagt att komplicerad sorg är skilt från egentlig depression och PTSD, men där finns också likheter. Som exempel på sådana likheter kan nämnas att nedstämdhet, förlust av självkänsla och upplevelser av skuld förekommer både vid egentlig depression och komplicerad sorg. Både PTSD och komplicerad sorg kan utlösas av traumatiska händelser. Patienter från båda kategorierna kan uppleva känsla av chock, hjälplöshet och påträngande minnesbilder. Ytterligare ett karakteristiskt tecken är förekomsten av undvikande-beteenden.

I tabell 1 redovisas några exempel på vad som urskiljer komplicerad sorg från egentlig depression och PTSD.

**Tabell 1.** Skillnad mellan egentlig depression, PTSD och komplicerad sorg

<b>Egentlig depression</b>	<b>Komplicerad sorg</b>
Påträngande generell nedstämdhet	Nedstämdhet relaterad till saknaden efter den döda
Förlust av engagemang och glädje	Engagerad i minnen av den döda Längtan efter den döda Önskedrömmar
Påträngande känslor av generell skuld	Skuldkänslor kopplade till relationen med den döda
Ältande av tidigare misslyckanden	Upptagen av positiva tankar om den döda Påträngande minnesbilder av den döda Undvikande av situationer och personer som påminner om den döda
<b>PTSD</b>	
Utlöst av fysiska hot	Utlöst av förlust
Primär känsla är rädsla	Primär känsla är sorg
Ofta mardrömmar	Sällan mardrömmar
Smärtsamma påminnelser kopplade till traumat, ofta specifika för den traumatiska händelsen	Smärtsamma påminnelser mer påträngande och oväntade Smärtsam längtan efter den döda

(Shear et al., 2005; Boelen et al., 2006)

## CBT vid komplicerad sorg

En systematisk sammanställning av resultatet redovisas i bilaga 1. Samtliga undersökta artiklar av C och P-design (se sid. 8) framhåller positiva behandlingsresultat föregivet att undersökningsgrupperna är noggrant diagnostiserade för komplicerad sorg. Shear et al. (2005) är de enda som beskriver en specifik metod för behandling av komplicerad sorg. Metoden inbegriper flera CBT-liknande deltekniker som imaginär exponering, exponering in vivo, psyko-educativa inslag, beteendeaktivering och hemuppgifter. I metoden ingår också inslag som kan härledas till psykodrama och gestaltpsykoterapi som exempelvis samtal med den döda, rollbyten samt "story-telling" där behandlaren särskilt uppmärksammar då patienten närmar sig områden som väcker starka känslor. Metoden jämförs med en mer traditionellt

genomförd interpersonell psykoterapi (IPT). Resultatet påvisade en bättre effekt för komplicerad sorgterapi än för IPT. Shear har sökt efter presumtiva deltagare via kontakter med behandlare, annonsering i media, och genom att personer själva sökt sig till forskningsledarna. Därefter har man via intervjuer och screeningsinstrument bedömt vilka som faller inom inklusionsområdet. Författarna redovisar bortfallen i flödesscheman med förtydligande i texten. Man diskuterar också studiens begränsningar utifrån bortfallen i de båda undersökningsgrupperna vilket bl.a. gör att tolkningarna av resultaten bör vara försiktiga.

I en annan studie av samma forskargrupp (Germain et al., 2006) undersöks effekterna av komplicerad sorgterapi jämfört med IPT på sömnstörningar. Inga säkerställda effekter kunde påvisas. Samtidigt argumenterar man för att sömn är en viktig indikator vid komplicerad sorg och att befintliga screeningsinstrument saknar items som mäter detta.

I en tredje studie används en kombination av kognitiv rekonstruering enligt Aron Beck samt imaginär och in vivo-exponering (Boelen et al., 2007). Resultatet påvisar bäst effekt av en terapi som inleds med kognitiv rekonstruering följt av exponeringssessioner.

I en fjärde studie undersöks effekten av CBT-behandling via e-post (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006). Experimentgruppen erhöll behandling enligt tre faser: 1. *Exponering för sorgens känslor*. 2. *Kognitiv rekonstruering* och 3. *Integrering och återställande*. Interventionen sker via terapeutens instruktionsmejl till patienten. I den första fasen får patienten i uppgift att skriva två essäer så innehållsrikt som möjligt och omständigheterna runt dödsfallet, i första person nutid. Därefter ska patienten fokusera på det påträngande minne som är mest smärtsamt och påträngande och som han eller hon inte vill vara i närheten av – och skriva ner detta. Fas 2 innebär en kognitiv rekonstruering av negativa tankar genom att skriva ett uppmanande och positivt brev till en vän som antas vara i samma situation. I samma fas ingår att påbörja ett sökande efter nyorientering med hänsyn till den förändrade livssituationen. Avslutningsfasen innebär ett sammanfattande och avslutande brev till en viktig person i deras liv, en vän, anhörig eller till den döda. Bortfallen redovisas i flödesscheman med förtydligande i texten. Deltagarna har rekryterats från websidor med anknytning till sorg och sörjande samt psykologi, i diskussionen saknas bortfallsanalys – vilket får anses reducera studiens kvalitet.

Två av det studerade artiklarna är av review-karaktär. Matthews och Marwitt (2004) anger som syfte för sin studie att ge en översikt av kunskapsläget kring teori, interventionsmekanismer samt användningen av CBT vid sorg i allmänhet, och komplicerad sorg i synnerhet. I teoriavsnittet redovisas de två huvudlinjerna kring vilka kriterier som ska gälla för komplicerad sorg som en specifik diagnos (se sid. 9). I den andra delen presenteras en specifik modell av coping-strategier för sörjande, The Dual Process Model (DPM) (Stroebe & Shut, 1999). Modellen är dialektisk på så sätt att den sörjande förutsätts ha nytta av att både konfrontera och undvika kognitiva och känslomässiga processer kopplade till sorgen. Den sista delen fokuserar på teoretiska och empiriska data kring CBT vid komplicerad sorg och mot bakgrund av DPM. Återigen noteras att det saknas empiriska studier kring specifikt konstruerade och definierade CBT-manualer vid behandling av komplicerad sorg. Däremot finns rikligt med studier där enskilda kognitiva och beteendeariktade tekniker används som interventioner. Bland flera exempel på dylika som redovisas i artikeln kan särskilt nämnas "Guided Mourning" en behandlingsmodell som introducerades av Mawson, Marks, Ramm och Stern (1981) och som också redovisats i två RCT-studier. Viktiga tekniker i modellen är exponering

av smärtsamma minnen, upprepade beskrivningar av svåra situationer förknippade med sorgen, besöka platser som man tidigare undvikit, skriva om den döda samt säga farväl till den döda. Tekniken att "skriva om eller att berätta om" knyter an till Neimeyer's konstruktivistiska teorier om vikten av att den sörjande lyckas återerövra en känsla av mening i sin förändrade livssituation. Detta i sin tur kan, enligt artikelförfattarna, kopplas till CBT enligt Beck, till anknytningsteori (Bowlby) och till begreppen assimilation/ackommodation (Pia- get). Avslutningsvis poängterar man att CBT uteslutande bör reserveras för personer med komplicerad sorg. Man stöder sig här på att all känd forskning (d.v.s. fram till 2004) visat att behandling med kognitiva- och beteendearterikade metoder varit effektiv endast i sådana fall och inte vid sörjande i allmänhet.

Artikeln är resonerande, knappast granskande. Den refererade litteraturen är inte kvalitetsgranskad på ett systematisk sätt då granskningsprotokoll saknas, likaså saknas redovisning av sökning och urval.

Malkinson (2001) inleder sin artikel med en mer systematiserad genomgång av behandlingsforskning särskilt fokuserad på CBT. Författaren behandlar både RCT-studier och reviewer. Förhållningssättet är kritiskt och tar upp brister och förtjänster vad gäller metod och design i de artiklar som refereras till. Bristerna handlar bl.a. om oklara beskrivningar av vilka behandlingsmetoder som använts, avsaknad av kontrollgrupper, avsaknad av specifika mät- och skattningsinstrument för komplicerad sorg, stora bortfall i urvalet etc.

I sitt resultat drar Malkinson (2001) slutsatsen att det i första hand är komplicerade sorgtillstånd som ska erhålla särskild terapi och då företrädesvis CBT. Hennes grundantagande är att komplicerad sorg kännetecknas av förvrängt tänkande där överdrivna känslomässiga reaktioner är kopplade till negativa automatiska tankar om självet, världen och framtiden. Resonemanget kring den komplicerade sorgens ursprung och beskaffenhet stöds huvudsakligen av referenser till Beck och Ellis. En annan slutsats av den tidigare sorgforskningen är att empati och allmänt kärleksfullt omhändertagande samt tillgänglighet och närvaro i kontakten med den sörjande är överordnad vilken specifik behandlingsstrategi som används.

I den avslutande delen redovisar Malkinson (2001) ett förslag till behandlingsstrategi vid akuta sorgereaktioner (något motsägelsefullt kan tyckas...) samt vid komplicerad sorg. Behandlingen består av två delar dels ABC-modellen dels REBT-modellen båda utvecklade av Ellis (1991). ABC-modellen innebär i korthet en noggrann utforskning av den utlösande händelsen där patienten får i detalj berätta om dödsfallet (A), att behandlaren genom detta kan identifiera patientens förvrängda tankar (B) vilka kan ligga till grund för patientens dysfunktionella känslomässiga reaktioner (C).

Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) använder flera välkända CBT-interventioner som kognitiv rekonstruering, exponeringar imaginära och in vivo samt hemuppgifter. Vid komplicerad sorg poängteras särskilt en teknik där den dysfunktionellt sörjande uppmanas att externalisera och verbalisera sin inre dialog med den döda "som om" denne levde. Detta kan ske genom att patienten får tala direkt till den döda eller skriva brev som sen läses upp som om den döda fanns i rummet. Malkinson (2001) ger ett exempel från sin egen praktik där en sörjande syster skriver ett brev till sin bror som suiciderat, och som hon får som hemuppgift att läsa upp högt vid hans grav. På detta sätt hjälps patienten att kunna skilja ut rationella och irrationella tankar och tolkningar kring sig själv, den döda, omvärlden och fram-

tiden. Hon ges också möjlighet att känslomässigt uppleva skillnaden mellan depression och sorg.

## Diskussion

Inför det här arbetet gjordes en snabbinventering i kurslitteraturen efter begreppet komplicerad sorg. Resultatet var nedslående. Malmquist (2006) nämner patologisk sorg under rubriken borderline personlighetsstörning och Borell och Stenmark (2006) tar upp exponering i samband med sorgbearbetning vid PTSD hos patienter med schizofreni. Kåver (2006) ger elva sidhänvisningar till sorg och två till sorgearbete. I inget fall behandlas sorg som särskilt fenomen utan nämns endast i förbifarten i olika sammanhang. Dyregrov (2008) (dock ej kurslitteratur), en av pionjerna i Norden då det gäller forskning kring psykologiska processer vid katastrofer, har ett avsnitt i en av sina senaste böcker om det pågående arbetet med att få in diagnosen komplicerad sorg i kommande DSM-V. Även om den här lilla innehållsförteckningsurveyen inte kan sägas vara en undersökning av hög vetenskaplig kvalitet, så visar den ändå samma tendens som i ovanstående litteraturgenomgång. Komplicerad sorg kopplas huvudsakligen samman med andra diagnosgrupper som depression och PTSD.

Vid en jämförelse av de CBT-tekniker som beskrivits i litteraturen så överensstämmer den mycket väl med de som används i sorgbehandlingsgruppen i Örebro (se sid. 5). I Örebrogruppen tillkommer rena psykodrama- och gestaltpsykoterapeutiska inslag som i scensättning, rollbyte, spegling, sociala atomer (familjeskulpturer), tomma stolen, beröring, gemensamma reflektioner etc. Samtliga dessa tekniker kan kopplas till begreppen exponering och kognitiv omstrukturering då de syftar till att på olika sätt göra det möjligt för deltagaren att kunna både berätta och visa sin historia och sitt sammanhang så som det upplevs vara nu, och dessutom hur det skulle kunna upplevas och vara på ett idealt sätt. Exponering såtillvida att man ges möjlighet att gå in i situationer och tidigare händelser som man har undvikit och inte vågat utforska. En viktig skillnad jämfört med traditionell CBT är att det inte finns ett fastställt antal behandlingstillfällen utan att deltagaren får vara kvar i gruppen till dess det känns "färdigt". Ingen av de genomgångna artiklarna studerar behandling i grupp så någon slutsats om för- och nackdelar med en sådan behandlingsform kan inte dras. Vår kliniskt beprövade erfarenhet säger oss dock att gruppen bildar en stödjande och på sikt läkande struktur för den enskilda deltagaren.

## Slutsatser

Syftet med uppsatsen har varit att utifrån litteraturen beskriva fenomenet komplicerad sorg och att undersöka huruvida CBT uppvisar effekt vid behandling av komplicerad sorg. Med reservation för litteraturens begränsade omfattning kan följande linjer skönjas:

1. Komplicerad sorg är ett tillstånd skilt från depression, PTSD och andra ångestsyndrom.
2. Det saknas evidens för att CBT är effektivt vid normalt sörjande.
3. Aktuell forskning uppvisar lovande resultat av CBT vid komplicerad sorg.
4. För att säkerställa evidensen för effektiv CBT vid komplicerad sorg krävs ytterligare forskning med väl designade RCT-studier och med mätinstrument och skattningsskalor särskilt utvecklade för komplicerad sorg.

# Tillkännagivanden

Föreliggande arbete har färdigställts med uppmuntrande bistånd från Utvecklingsenheten, Psykiatri och habilitering vid Örebro läns landsting och dess chef Solveig Davidsson. Värdefulla synpunkter har lämnats av professor Bruno Hägglöf, Institutionen för klinisk vetenskap vid Umeå universitet och docent Lars Kjellin, Psykiatrins forskningscentrum vid Örebro läns landsting. Personalen vid Medicinska biblioteket, Universitetssjukhuset i Örebro, är värd all uppskattning för snabb och effektiv hjälp med litteratursökning.

# Referenser

Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (2007). *Psychodrama – Advances in Theory and Practice*. London: Routledge.

Berglind, H. (Red.). (1998). *Skapande ögonblick – psykodrama och sociodrama*. Stockholm: Cura.

Blatner, A. H. (1984). *Praktiskt psykodrama* (M. Bylund, övers.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1973).

Boelen, P. A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: Theoretical Underpinnings and Case Descriptions. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 1-30.

Boelen, P. A. (2008). Cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Bereavement Care, 27*, 27-30.

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 109-128.

Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of Complicated Grief: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 277-284.

Borell, P., & Stenmark, R. (2006). Schizofreni. I L-G. Öst (Red.), *KBT – kognitiv beteendeterapi i psykiatri*. (ss. 163-179). Stockholm: Natur & Kultur.

Bowlby, J. (1994). *En trygg bas* (P. Wiking, övers.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1988).

Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin, 134*, 648-661.

Davidsen-Nielsen, M., & Leick, N. (2001). *Den nödvändige smerte*. Köbenhavn: Gyldendal.

Dyregrov, A. (2008). *Katastrofpsykologi* (K. Larsson-Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2002).

Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 9*, 139-172.

Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2008). *Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy*. Washington (US): American Psychological Association.

Faschingbauer, T., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. I: S. Zisook, (Red.), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (ss. 111-124). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.



- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Freud, S. (1995). Hämning, symtom och ångest. I *Bortom lustprincipen*. (ss. 219-313). (O. Andersson, övers.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1926).
- Germain, A., Shear, K., Monk, T. H., Houck, P. R., Reynolds III, C. F., Frank, E., et al. (2006). Treating Complicated Grief: Effects on Sleep Quality. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 152-163.
- Grimby, A. (2007). *Sorg och efterlevandestöd - erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg*. [Elektronisk].  
[www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/3405/3891/6743.pdf?objectId=9537](http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/3405/3891/6743.pdf?objectId=9537)
- Hellzén, O., Johansson, A., & Pejler, A. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni*. (SBU-rapport nr 4). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Hostrup, H. (2002). *Gestaltterapi: en introduktion i grundbegreppen* (L. Wikström och O. Schmidt, övers.). Stockholm: Mareld. (Originalarbete publicerat 1999).
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D.G., & Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-Behavioral Therapy of Grief: A Review and Application. *Research on Social Work Practice*, 11, 671-698.
- Malmquist, E. (2006). Borderline personlighetsstörning. I L-G. Öst (Red.), *KBT – kognitiv beteendeterapi i psykiatri*. (ss. 211-227). Stockholm: Natur & Kultur.
- Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Complicated Grief and the Trend Toward Cognitive-Behavioral Therapy. *Death Studies*, 28, 849-863.
- Mawson, D., Marks, I., Ramm, E., & Stern, R. (1981). Guided mourning for morbid grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated Grief and the Reconstruction of Meaning: Conceptual and Empirical Contributions to a Cognitive-Constructivist Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 141-145.

Perls, F. S. (1972). *Gestaltterapi*. Köbenhavn: Socialpaedagogisk Bibliotek.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P.K., Reynolds C. F., Bierhals, A. J., Newsom J. T., Fasiczka, et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2005-2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52, 9-19.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of Complicated Grief – A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, 30, 429-453.

Worden, W. J. (2006). *Sorgerådgivning och sorgeterapi*. Stockholm: Svenska institutet för sorgbearbetning.

## Bilaga 1. Litteratursökningsschema

1.

Database: Ovid MEDLINE(R) <1996 to November Week 3 2008>

Search Strategy: Avgränsning: År 2000 – november vecka 3 2008

---

- 1 exp bereavement/ (4112)
- 2 Cognitive Therapy/ (7358)
- 3 1 and 2 (32)
- 4 limit 3 to (danish or english or german or norwegian or swedish) (32)
- 5 from 4 keep 1-32 (32)

2.

Database: CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature  
<1982 to November Week 3 2008>

Search Strategy: Search for: limit 3 to yr="2000 - 2008"

---

- 1 bereavement/ or grief/ or chronic sorrow/ (5365)
- 2 Cognitive Therapy/ (3864)
- 3 1 and 2 (37)
- 4 limit 3 to yr="2000 - 2008" (32)
- 5 from 4 keep 1-32 (32)

3.

Database: PsycINFO <1806 to November Week 4 2008>

Search Strategy: Search for: limit 5 to all journals

---

- 1 grief/ or bereavement/ (8130)
- 2 cognitive behavior therapy/ or cognitive therapy/ (14401)
- 3 1 and 2 (74)
- 4 limit 3 to yr="2000 - 2009" (51)
- 5 limit 4 to (danish or english or german or norwegian or swedish) (49)
- 6 limit 5 to all journals (32)
- 7 5 not 6 (17)
- 8 from 6 keep 1-32 (32)

4.

Database: Ovid MEDLINE(R), PsycINFO, CINAHL

Search Strategy:

---

- 1 "CBT \*complicated grief".mp. [mp=ti, ot, ab, nm, hw, tc, id, it] (0)
- 2 (CBT and complicated grief).mp. [mp=ti, ot, ab, nm, hw, tc, id, it] (2)
- 3 from 2 keep 1-2 (2)
- 4 find similar to Treatment of Complicated Grief: Integrating Cognitive-Behavioral Methods with Other Treatment Approaches. (340)
- 5 from 4 keep 1-4 (4)
- 6 remove duplicates from 4 (259)
- 7 from 6 keep 1-10 (10)
- 8 from 6 keep 1-10 (10)
- 9 from 6 keep 11-20 (10)

Författare, år, land (artikelnr)	Population	Design	Instrument	Resultat	Kvalitet
Boelen et al. 2006, Holland (1)		T		Modell för kognitiv-beteende konceptualisering av komplicerad sorg (KS)	
Boelen et al. 2007, Holland (3)	n=54(39) därav n=23(16)(CR+ET) n=20(16)(ET+CR) n=11(7)(SC)	P, minimization, jämförande interventionsstudie, MANOVA, ANOVA, ANCOVA, Chi2-test.	ICG-95, TRIG, SCL-90, semistrukturerad intake-intervju	Båda CBT-grupperna (ET, CR) visade bättre resultat än i stödgruppen (SC), ”ren” exponering (ET) effektivare än ”ren” kognitiv omstrukturering (CR), 6CR samt 6ET mer effektivt än 6ET och 6CR.	Välgjord design, stort bortfall med litet urval. Medel (2)
Boelen 2008, Holland (2)		T		Modell för CBT-behandling	
	<b>Förkortningar</b>		<b>Förkortningar</b>		
	CR=Cognitive Restructuring ET=Exposure Therapy SC=Supportive Counseling		ICG-95= Inventory of Complicated Grief TRIG=Texas Revised Inventory of Grief SCL-90=Symptom Checklist		



Författare, år, land (artikelnr)	Population	Design	Instrument	Resultat	Kvalitet
Shear et al. 2005, USA (22)	n=218 bortfall=116 n=102 därav n=51(49) CGT n=51 (46) IPT	RCT, jämförande studie, frågeställning huruvida CGT är effektivare än IPT vid komplicerad sorg. CMH-test, 2-tailed t-test, Wilcoxon $\chi^2$ -test, bortfallsanalys genomförd	ICG-95, CGI-scale, BDI=Beck's Depression Inventory, BAI=Beck's Anxiety Inventory, WSA=Work and Social Adjustment-Scale	Signifikant bättre effekt för komplicerad sorgterapi (CGT) med KBT-inslag än för interpersonell terapi (IPT). Ngt bättre effekt för pat som samtidigt behandlas med antidepressiva. Då grupp sammansättningen var mkt heterogen krävs ytterligare forskning för att nå evidens för diagnosen komplicerad sorg oberoende av bakgrundsfaktorer och typ av förlust.	Hög (1)
Wagner et al. 2005 Schweiz (28)	n=143 bortfall=88 n=55 därav n=29 behgrp n=26 kontrollgrp	RCT, MANOVA, ANOVA, Cohens-d, Chi2-test, bortfallsanalys saknas	IES=Impact of Event Scale, BSI=Brief Symptom Inventory, SF-12=Short Form of SCL-90, BIQ=Biographical Information Questionnaire	Gruppen som erhöll internetbaserad KBT-behandling, via e-post, uppvisade signifikant förbättring jämfört med kontrollgruppen. 85% var positiva till internetbehandling i stället för face to face.	Medel (2)

**Design**

RCT=Prospektiv, randomiserad kontrollerad studie

P=Prospektiv studie

L=Litteraturreview

T=Teoriartikel

**Kvalitetsnivåer**

1=Hög

2=Medel

3=Låg

Momentum är psykiatrins rapportserie sedan 1994. Under åren 1999 och 2000 var Momentum gemensam för FoU-verksamheten inom Psykiatri och habilitering, Örebro läns landsting. Från och med 2001 är Momentum åter endast en psykiatrisk rapportserie och utges av Psykiatriskt forskningscentrum.

## Tidigare utgivna rapporter i Momentumserien

- 1 (1-1994) Försäljning av psykofarmaka i Örebro län 1979-1992. Bogren, Lennart. 1994.
- 2 (1-1995) Behandling av anorexia nervosa - En jämförelse mellan två metoder 1983-1987. Holmgren, Siv. 1995.
- 3 (2-1995) Utvärdering av korttidspsykoterapier i psykiatrisk öppenvård. Rasmussen, Dag. 1995.
- 4 (3-1995) "Vägen till skolan", Frejgårdsbarnens skolsituation. Larsson, Bo. 1995.
- 5 (4-1995) Psykiatrisk omvårdnad ur personal- och patientperspektiv - en jämförande studie. Palmblad, Bert; Sjöberg, Erik. 1995.
- 6 (1-1996) Anhörigstudie - Belastning på föräldrar till barn med schizofreni. Bogren, Lennart. 1996.
- 7 (1-1997) Ett mänskligt sammanhang. Miljöterapiens framträdelseformer på Familjeenheten, BUP, Örebro 1996. Sundberg-Ljunggren, Barbro. 1997.
- 8 (1-1998) Patienternas syn på den psykiatriska öppenvården i Örebro Läns Landsting 1998. Blomqvist, Jan.
- 9 (2-1998) 5 års vårdutveckling sett ur ett patientperspektiv. Blomqvist, Jan. 1998.
- 10 (3-1998) Anhörigas uppfattningar om vårdkvalitet i den akutpsykiatriska vården. Schröder, Agneta. 1998.
- 11 (4-1998) Mobilt psykiatriskt team – möjligheter och begränsningar. Engström, Ingemar. 1998.
- 12 (5-1998) Ringen. 1965-1994 En beskrivning av barnpsykiatrisk dagavdelning i Örebro. Sjölander, Annbritt; Peter Bjuhr. 1998.
- 13 Personlighetsbedömning med Object Relations Technique (ORT) inom psykosvård. Betydelse vid vårdplanering. Ekberg, Martin. 1999.
- 14 Från utredning till behandling? En deskriptiv studie av barnpsykiatrins insatser vid misstänkta sexuella övergrepp. Scherp, Lilian. 1999.
- 15 "Det är inte fel på mig – det är fel på världen!" Vuxna med Asperger syndrom/högfungerande autism i Örebro län. Ekström, Leif; Emilsson, Barbro. 1999.
- 16 Ordination: Psykoterapi! Tankar om förändring i psykoterapi och psykiatri utifrån en patientintervju. Einar, Ulla-Britt. 1999.
- 17 Lära tillsammans – ett rehabiliteringsprogram för personer med avancerad multipel skleros och deras personliga assistenter. Ahlström, Gerd (red.); Anshelm, Margareta; Ehrenbåge, Ylva; Holmström, Ulrika; Martinsson, Gunilla; Nilsgård, Ylva. 1999.
- 18 Anhöriga till psykiskt störda och deras uppfattningar om psykopedagogisk undervisning. Fridenberger, Ann-Charlotte; Johansson, Gun. 1999.
- 19 Tidsbegränsad gruppterapi vid bulimia nervosa. Alm, Elisabeth; Engström, Ingemar. 2000.
- 20 Den svåra balansgången – personliga assistenters möjligheter att tillämpa de etiska värdegrunderna i LSS. Ahlström, Gerd; Klinkert, Pia. 2000.

- 21 Vara synlig men ändå osynlig – personliga assistenters vardag. Ahlström, Gerd; Casco, Marie. 2000.
- 22 Göra det bästa av det sämsta – rörelsehindrades syn på sin livssituation. Ahlström, Gerd; Anshelm, Margareta. 2000.
- 23 Psykoterapi inom psykiatrin – kartläggning av en patientgrupp samt belysning av angelägenhets- och lämplighetskriterier. Freed-Klevmar, Kersti. 2000.
- 24 Tre kärnfulla berättelser – Anhörigas uppfattningar om vad assistans innebär för den funktionshindrade och hur de etiska värdegrunderna i LSS tillämpas. Ahlström, Gerd; Davidsson, Solveig. 2000.
- 25 Utvärdering i teori och klinisk praktik – utvärdering av ett psykiatriskt rehabiliteringsprojekt i Lindesberg. Sjöberg, Erik. 2000.
- 26 Bemötande av suicidproblematik inom akutpsykiatri och intensivvård – en enkät- och journalstudie. Ericson, Karin; Falk, Christina. 2001.
- 27 Upplevelsen – en möjlighet för personer med psykosproblematik. Andersson, Gunilla; Stigfur, Ann-Britt. 2001.
- 28 Tio röster om psykoterapi i psykiatrin. Einar, Ulla-Britt. 2001.
- 29 Svängdörrspatienter i psykiatrisk jourverksamhet – en explorativ studie. Blomqvist, Suzanne. 2001.
- 30 Enkopresbehandling – utveckling och utvärdering av Toalettskolan, ett behandlingsprogram vid Psykosomatikteamet i Örebro. Sjödin, Bibbi; Dahlman, Margareta. 2002.
- 31 Lyckade processer i svåra utredningsuppdrag, finns de? En uppföljningsstudie av utredningsärenden vid familjeenheten, BUP, Örebro. Berge, Stefan. 2002.
- 32 Attachmentmönster hos psykiatrins patienter – samvariation mellan diagnos, symtom och grundaffekter i förhållande till attachmentmönster. Mårtensson, Anders. 2003.
- 33 Bättre upplevd hälsa men lika många otillfredsställda behov. En uppföljning av personer med långvariga psykiska funktionshinder i norra Örebro län efter sju år med psykiatrireformen. Kjellin, Lars; Karlsson, Ulla; Öhnader, Rolf. 2004.
- 34 Hur personer med svåra psykiska störningar upplever och förklarar förändringar i sitt psykiska tillstånd. Kazmierska, Maria. 2004.
- 35 Att få en neuropsykiatrisk diagnos som vuxen – vad händer sen? En uppföljning av patienter utredda på Neuropsykiatriska enheten, Lindesberg. Nordlander, Monica; Spångberg, Gunilla. 2004.
- 36 Depression och ångest – en kartläggning av behandlingsstrategier inom allmänmedicin och psykiatri i Örebro läns landsting. Jansson, Stefan; Schückher-Ugge, Fides. 2006.
- 37 Narkotikasituationen i Örebro kommun och Örebro län. Lindén-Boström, Margareta; Persson, Carina; Kjellin, Lars. 2006.
- 38 Rättfärdigande av tvång i barn- och ungdomspsykiatrin. En studie om personalens etiska reflektioner. Fredäng, Päivi. 2007.
- 39 Psykiatrisk jourverksamhet i Örebro län. Kjellin, Lars; Mårtensson, Anders. 2007.
- 40 Förändring av ätstörningssymtom och psykiatriska symtom under ett år i behandling på specialistenhet. Björk, Tabita. 2008.
- 41 Patienter i psykiatrisk slutenvård i Örebro län – resultat från Eunomia-projektet. Wadefjord, Anna; Bäckström, Jan; Kjellin, Lars. 2008.





**Primärvård, psykiatri och habilitering**

ÖREBRO LÄNS LANDSTING