



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**  
Grundutbildning i fysioterapi 180 hp  
Examensarbete i fysioterapi, grundnivå 2, 15 högskolepoäng  
Höstterminen 2018

**Effekter av Emotional Freedom Techniques (EFT)**  
**vid behandling av posttraumatiskt stressyndrom**

Effects of Emotional Freedom Techniques (EFT) in  
the treatment of posttraumatic stress disorder

Författare:  
Filip Lundquist,  
tel 0735-333 882  
filiplundquist@yahoo.se

Handledare:  
Lena Nilsson Wikmar, Professor i fysioterapi,  
Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle  
Lena.Nilsson-Wikmar@ki.se

Examinerande lärare:  
Anna-Karin Welmer, docent i fysioterapi,  
Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle  
Anna-Karin.Welmer@ki.se



**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Grundutbildning i fysioterapi 180 hp

Examensarbete i fysioterapi, grundnivå 2, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2018.

**Effekter av Emotional Freedom Techniques (EFT)  
vid behandling av posttraumatiskt stressyndrom**

**Sammanfattning**

**Bakgrund** Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som orsakar stort lidande för den drabbade. I Sverige rekommenderar Socialstyrelsen traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) med exponering och EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) som behandlingsmetoder vid PTSD. Utomlands har sedan 1990-talet PTSD börjat behandlas med metoden Emotional Freedom Techniques (EFT).

**Syfte** Att undersöka vilka effekter som EFT har vid behandling av PTSD, och om det finns vetenskapligt stöd för att använda EFT som behandlingsmetod vid PTSD.

**Metod** En litteraturstudie genomfördes. Sökningar genomfördes i databaserna PubMed och Web of Science. Använda sökord var Emotional Freedom Techniques, EFT, posttraumatic stress disorder, PTSD.

**Resultat** Litteratursökningen resulterade i 11 studier. Sju av dessa var randomiserade kontrollerade studier, tre var observationsstudier, och en studie en systematisk översiktsartikel med metaanalys. Studierna visar att EFT har stor effekt på symtom på PTSD och effekten av EFT var i studierna ungefär lika stor som effekten av KBT och EMDR.

**Konklusion** De studier som har gjorts talar för att EFT har stor effekt och är en säker behandlingsmetod vid behandling av PTSD. Stöd i forskning finns för att använda EFT som behandling vid PTSD. Fler studier som jämför EFT med särskilt traumafokuserad KBT med exponering och EMDR och som söker fastställa metodernas för- och nackdelar, skulle vara värdefulla. EFT kan vara en värdefull intervention inom fysioterapi.

**Nyckelord:** *Emotional Freedom Techniques, EFT, posttraumatiskt stressyndrom, PTSD*



**Department of Neurobiology, Care Sciences and Society**

Basic Education in Physiotherapy 180 hp

Degree project in physiotherapy, first level 2, 15 hp

Year.2018

## Effects of Emotional Freedom Techniques (EFT) in the treatment of posttraumatic stress disorder

### Abstract

**Background** Posttraumatic stress disorder (PTSD) causes a lot of suffering to the individual. The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) recommends traumafocused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) with exposure and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), as treatment methods for PTSD. In other countries, since the 1990's, Emotional Freedom Techniques (EFT) have been used as a treatment for PTSD.

**Aim** To examine the effects of EFT in the treatment of PTSD, and if there is scientific evidence that supports the use of EFT as a treatment for PTSD.

**Method** A literature study was conducted. Searches were performed in the databases PubMed and Web of Science. Used keywords were Emotional Freedom Techniques, EFT, posttraumatic stress disorder, PTSD.

**Results** The literature search resulted in 11 studies. Seven studies were randomized control studies, three were observational studies and one a systematic review with meta-analysis. The studies show that EFT has a large treatment effect on PTSD-symptoms and the effect of EFT was similar to the effect of CBT and EMDR.

**Conclusion** Existing studies indicate that EFT has a large effect and is safe in the treatment of PTSD. Scientific research supports the use of EFT as a treatment for PTSD. Further studies, that compare EFT with traumafocused CBT with exposure and EMDR, and that aim to assess the relative merits of each method, would be valuable. EFT may be a valuable intervention in physiotherapy.

**Keywords:** *Emotional Freedom Techniques, EFT, posttraumatic stress disorder, PTSD*

<b><u>Innehållsförteckning</u></b>	<b><u>Sid</u></b>
<b><u>Innehållsförteckning</u></b>	<b>4</b>
<b><u>Förkortningar</u></b>	<b>6</b>
<b><u>1 Bakgrund</u></b>	<b>7</b>
<b>1.1 Om posttraumatiskt stressyndrom</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Samsjuklighet vid PTSD</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Existerande behandlingsmetoder</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Om EFT</b>	<b>8</b>
<b>1.5 Biologiska förklaringsmodeller till EFT</b>	<b>9</b>
<b>1.6 Om skattningsskalor</b>	<b>10</b>
<b>1.7 Om mått på effekt av olika behandlingar</b>	<b>10</b>
<b>1.8 Hur behandlas PTSD i Sverige? – Vad säger Socialstyrelsens Nationella riktlinjer?</b>	<b>11</b>
<b>1.9 Användande av EFT idag inom svensk sjukvård</b>	<b>12</b>
<b>1.10 Regeringens utredning om komplementär- och Alternativmedicin</b>	<b>12</b>
<b>1.11 Motiv för studien</b>	<b>13</b>
<b><u>2. Syfte och frågeställningar</u></b>	<b>13</b>
<b><u>3 Material och metod</u></b>	<b>13</b>
<b>3.1 Forskningsdesign</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Sökstrategi</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Ytterligare om utgångspunkter för arbetet</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Kvalitetsgranskning av studierna</b>	<b>16</b>
<b>3.5 Etik</b>	<b>17</b>
<b><u>4 Resultat</u></b>	<b>18</b>
<b>4.1 Sammanfattning – förändringar i symtom på PTSD</b>	<b>18</b>

<b>efter EFT-behandling</b>	
<b>4.2 Sammanfattning – förändringar i symtom på ångest och depression efter EFT-behandling av PTSD</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Sammanfattning – effekten av EFT jämförd med effekten av KBT och EMDR</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Resultattabell</b>	<b>19</b>
<b><u>5 Diskussion</u></b>	<b>21</b>
<b><u>6 Konklusion</u></b>	<b>23</b>
<b><u>Referenser</u></b>	<b>24</b>
<b>Resultatbilaga</b>	

**Förkortningar**

AMSTAR	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews
DSM-5	Diagnostical and Statistic Manual of Mental Disorders Volume 5
EEG	Elektroencefalografi
EFT	Emotional Freedom Techniques
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
fMRI	Funktionell magnetresonanstomografi
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
IES	Impact of Events Scale
KBT	Kognitiv beteendeterapi
PCL	The Post Traumatic Stress Disorder Checklist
PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RCT	Randomized Controlled Trial
SA-45	Symptom Assessment 45
SNRI	Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare
SSRI	Selektiva serotoninåterupptagshämmare
SUD	Subjective Units of Distress

## **1 Bakgrund**

### **1.1 Om posttraumatiskt stressyndrom**

Människor som har varit med om eller har bevittnat en traumatisk händelse, t ex krigshandlingar, olyckshändelser, naturkatastrofer, misshandel eller övergrepp, riskerar att utveckla posttraumatiskt stressyndrom, Post Traumatic Stress Disorder – härefter ”PTSD”.

Diagnoskriterier för posttraumatiskt stressyndrom finns i Diagnostical and Statistic Manual of Mental Disorders Volume 5 (DSM-5) (1). I denna anges ett antal olika symtom på PTSD inom fyra så kallade symtomklusterområden. Symtomklusterområdena är: - *påträngandesymtom* (som innebär att personen återupplever traumat genom ofrivilliga och påträngande minnesbilder eller mardrömmar), - *undvikandesymtom* (personen undviker platser, personer, situationer, aktiviteter, tankar, känslor och minnen som påminner om traumat), - *överspändhetssymtom* (i form av t ex ökad vaksamhet, lättskrämdhet, sömnsvårigheter, autonom överreaktivitet, irritabilitet eller vredesutbrott), - samt *kognitiva/affektiva symtom* (negativa förändringar i tankar och sinnestämningar och t ex ihållande känslor av skuld och skam) (1). Ofta påverkas den enskildes förmåga att fungera i livet, i arbete, i vardag och i familjeliv. Livstidsprevalensen för PTSD i världen har uppskattats till 6,8 procent (2).

### **1.2 Samsjuklighet vid PTSD**

Vid PTSD är samsjukligheten med andra psykiska sjukdomstillstånd som ångest och depression stor. Risk för missbruk ökar. Personer med PTSD löper också ökad risk för nedsatt fysisk hälsa och att drabbas av bland annat smärta, hjärt- kärlsjukdomar, sjukdomar i mag-tarmkanalen, immunologiska sjukdomar samt att begå självmord. Sällan ses en spontan förbättring utan tillståndet riskerar tvärtom att bli mer akut utan behandling (3). I studier har konstaterats att när behandling sätts in för PTSD, så minskar ofta symtom i form av ångest och depression, även om avsikten med behandlingen är att bearbeta traumat och att minska symtom på PTSD (4).

### **1.3 Existerande behandlingsmetoder**

PTSD behandlas farmakologiskt med SSRI- och SNRI-läkemedel och genom olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder. Behandlingsmetoder som i forskning visats vara effektiva vid behandling av PTSD är främst olika former av KBT (kognitiv beteendeterapi) samt Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (5).

Det finns flera ”undertyper” av KBT-terapi. Watts et al. har i en metaanalys som omfattade 112 studier jämfört effekten av farmakologiska och psykoterapeutiska behandlingsmetoder vid PTSD (5). I den studien delades KBT-terapierna in i KBT som var - primärt kognitivt inriktad, - primärt exponeringsinriktad, både kognitivt inriktad och inriktad mot exponering, - inriktad mot att lära nya färdigheter - samt inriktad mot desensitisering. I *kognitivt inriktad KBT-terapi* arbetar man främst med att patienten skall bli mer medveten om sambandet mellan tankar, känslor och beteenden och att patienten skall lära sig att tänka på nya, alternativa sätt om en händelse - ”cognitive restructuring” (kognitiv omstrukturering) (6). I *KBT primärt inriktad mot exponering* (traumafokuserad KBT med exponering räknas till

denna grupp) exponeras patienten upprepat för t ex minnesbilder, situationer, känslor eller fysiska sensationer kopplade till traumat samtidigt som eventuella undvikandebeteenden inskränks. På det sättet kan patienten uppnå habituering till yttre och inre stimuli, korrigerig av ohjälpsamma föreställningar kring traumat och i förlängningen gradvis avtagande symtom. Även acceptans, att acceptera vad som hänt och sig själv, är moment som förekommer i KBT. Traumafokuserad KBT med exponering är krävande och det är inte ovanligt att patienter av det skälet väljer att avsluta behandlingen i förtid. Normalt innefattar en behandlingsserie 10-15 sessioner (7).

I EMDR fokuserar patienten på en obehaglig minnesbild samtidigt som terapeuten för sin hand fram och tillbaka framför patientens ansikte och patienten följer terapeutens hand med blicken. Ögonrörelsernas betydelse för behandlingseffekten är oklar (7).

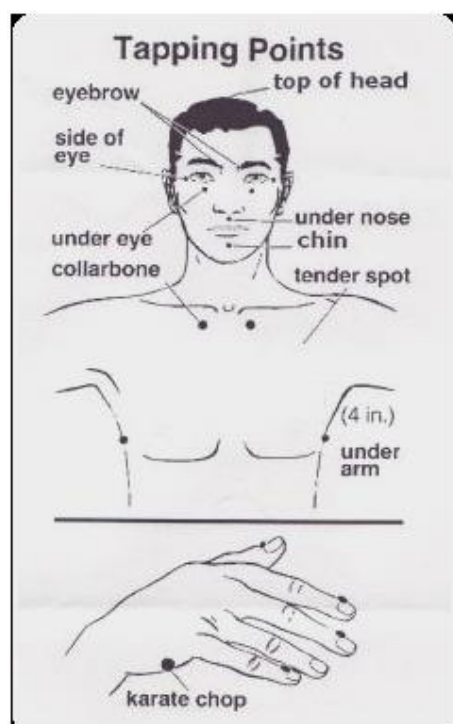
Gemensamt för traumafokuserad KBT med exponering och EMDR är att de inrymmer moment av *psykologisk exponering*, att den som behandlas drar sig traumat till minnes, och utsätter sig för det kroppsliga, emotionella och mentala obehag som minnet väcker. Principen och erfarenheten bakom exponering är att exponering för ångestframkallande minnen eller triggers i en neutral, kontrollerad och trygg miljö kan minska eller helt släcka ut den ångestframkallande effekten av minnena eller ifrågavarande triggers (8).

#### 1.4 Om EFT

EFT utvecklades av Gary Craig på 1990-talet och har sedan dess börjat användas som behandling vid PTSD, bland annat i USA i samband med att krigsveteraner började återvända efter Irak-kriget år 2003 (9).

EFT-behandling sker med stöd av den så kallade EFT-manualen (10), som finns i tryckt form och som också finns tillgänglig för nedladdning. Enligt behandlingsprotokollet skall patienten fokusera på ett skrämmande minne samtidigt som patienten "tappar" på (upprepade gånger berör) bestämda akupunkturpunkter i ansiktet, på överkroppen och på händerna. Patienten får uppskatta hur stort obehag på en Subjective Units of Distress-skala (SUD-skala) som minnet väcker. Patienten uppmanas att behålla sitt fokus på minnet, och på vad som upplevs i kroppen och tappa tills obehaget har gått ned till 0 eller så nära 0 som möjligt. I början av tappingsekvensen uttalar patienten ett "setup-statement" – som innehåller moment av exponering, kognitiv omstrukturering och acceptans. Ett exempel kan vara: "Även om jag såg hur min vän sköts och föll till marken (=exponering) så accepterar jag mig själv djupt och innerligt" (=kognitiv omstrukturering och acceptans).





I litteraturen har framhållits att det finns många likheter mellan EFT och behandlingsmetoder som traumafokuserad KBT med exponering och EMDR, - att man i EFT liksom i dessa arbetar med exponering, med kognitiv omstrukturering och med acceptans, - och att man i EFT därutöver arbetar med tillägget *somatisk beröring* (8). Det har framhållits att EFT har många fördelar jämfört med andra behandlingsmetoder, se närmare under rubriken Diskussion.

### 1.5 Biologiska förklaringsmodeller till EFT

Från början förklarades verkningsmekanismen i EFT utifrån österländska energimodeller på det sättet att trauman medför störningar genom att det uppstår blockeringar i kroppens energisystem och att blockeringarna löses upp när man ”tappar”. De senaste två decennierna har alltmer forskning tillkommit som har undersökt och försökt förstå de fysiologiska verkningsmekanismerna som sker vid EFT utifrån ett västerländskt skolmedicinskt synsätt. I en studie konstaterades att EFT medför kraftig sänkning av stresshormonet kortisol med antagen nedreglering av det sympatiska nervsystemet och bättre balans mellan de sympatiska och parasympatiska nervsystemen som följd (11). Undersökningar med EEG har visat att EFT minskar förekomsten av hjärnvågor förknippade med stress och fara och att förekomsten av hjärnvågor associerade med lugn och harmoni ökar (12). Det finns studier om att stimulering med nålar på akupunkturpunkter minskar symptom vid PTSD, t ex rädsla (13), och att akupressur (som i EFT) ger lika god effekt som stimulering med nålar (14). Undersökningar med funktionell magnetresonanstomografi (fMRI) har visat att EFT minskar aktiviteten i amygdala, som styr kamp/flykt- och rädsloreaktioner. I en nyligen publicerad studie undersöktes epigenetiska effekter av EFT och det konstaterades att EFT medförde statistiskt signifikanta öknings av genuttryck som är associerade med immunitet och statistiskt signifikanta minskningar av genuttryck som är associerade med inflammation (15). Forskning inom traumabiologi antyder att EFT kan ge neuroplastiska effekter med rekonsolidering av traumatiska minnen (16). Det antas att vid trauma finns minnet av traumat kvar, aktivt och obearbetat, i amygdala och i limbiska strukturer, istället för att föras över till långtidsminnet

genom rekonsolidering. Det som antas ske vid EFT är att amygdala på en och samma gång *aktiveras*, genom att man aktivt minns traumat, och *avaktiveras* genom att tappingen skickar lugnande signaler till amygdala. Neurologiska vägar ("neurological pathways") som upprätthåller rädsloreaktionen släcks då ut och rekonsolidering, överföring till långtidsminnet, kan ske (17).

## 1.6 Om skattningsskalor

Formell PTSD-diagnos ställs efter grundlig anamnes utifrån diagnoskriterierna i DSM V. Som stöd för att ställa diagnos och för att mäta förändring genom behandling används ofta olika självskattningsskalor. Patienten får fylla i ett formulär och ange svårigheten på sina symtom inom olika områden. Här redogörs kort för de skattningsskalor som omnämns i denna uppsats; något utförligare för den oftast använda skattningsskalan. Den skattningsskala som använts i flest studier (i 8 av 10 av de studier som granskats) är "PCL" - The Post Traumatic Stress Disorder Checklist, som finns i en militär version (PCL-M) och i två civila versioner (PCL-C och PCL-S), dessa skattningsskalor skiljer sig från varandra enbart i ordvalen – hur händelsen beskrivs - "den militära händelsen" respektive "den stressfyllda händelsen". Patienten får ange svårigheten på sina symtom inom olika områden som överensstämmer med diagnoskriterierna för PTSD. Siffran ett motsvarar att patienten inte alls upplever ett visst symtom och fem att patienten besväras av symtomet i högsta grad. Man kan få 17-85 poäng. En sammanlagd poäng om 50 eller mer sägs indikera att PTSD diagnos är sannolik, medan 35-49 poäng sägs indikera subklinisk PTSD med förhöjd risk att senare utveckla full PTSD diagnos. En förändring om 5-10 poäng mellan två mätningar anses reliabel (statistiskt signifikant) och en förändring om 10-20 poäng anses kliniskt relevant (18). I en studie har skattningsskalan HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) (19) använts, där symtom på PTSD mäts på en fyrgradig skala, och ett värde om 2,5 eller mer anses indikera sannolik klinisk PTSD. I samma studie användes skattningsskalan HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist 25) (20) som mäter allmän mental hälsa, och ett värde om 1,75 eller mer anses indikera mental ohälsa ("distress"). Den tredje och sista skattningsskalan för symtom på PTSD, som använts i en studie, är IES ("Impact of Events Scale") (21). Den mäter förekomsten av symtom inom två klusterområden vid PTSD, påträngandesymtom och undvikandesymtom, och en poäng om 35 eller mer anses innebära att klinisk PTSD sannolikt föreligger.

För ångest och depression har två skattningsskalor använts. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (22) består av 14 frågor, den mäter förekomst av och omfattningen av ångest och depression och ger delvärden för symtom på ångest respektive depression. SA-45 (Symptom Assessment 45) mäter symtom inom nio olika områden -ångest, depression, fientlighet, interpersonell känslighet, tvångssyndrom, paranoia, fobier, psykotiska symtom och somatoforma symtom, med delvärden inom varje område (23).

Samtliga skattningsskalor är testade för validitet och reliabilitet (18-23).

## 1.7 Om mått på effekt av olika behandlingar

Som mått på olika behandlingars effektivitet används ofta effektmåtten "Hedge's g" eller "Cohen' d", som räknas ut med matematiska formler. De båda effektmåtten är mycket lika varandra och tolkas på samma sätt: ett värde om  $g=1$  eller  $d=1$  innebär att resultaten i experimentgruppen skilde sig från resultaten i kontrollgruppen med en standardavvikelse, ett

värde om  $g=2$  eller  $d=2$  innebär att förändringen i experimentgruppen var ännu större och skilde sig från resultaten i kontrollgruppen med två standardavvikelser osv. Följande tumregler för tolkning av effektstorlekar har föreslagits av Cohen:

$g/d=0,2-0,5$ =liten effekt

$g/d=0,5-0,8$ =medelstor effekt

$g/d>0,8$ =stor effekt (24)

I den tidigare nämnda meta-analysen av Watts et al. (5) som omfattade 112 studier jämfördes effekten av farmakologiska och psykoterapeutiska behandlingsmetoder vid PTSD (dock var inte EFT med i studien). Effekten av de mest effektiva läkemedlen befanns vara: paroxetine ( $g=0,74$ ), sertraline ( $g=0,41$ ), fluoxetine ( $g=0,43$ ), risperidone ( $g=0,41$ ), topiramate ( $g=1,20$ ), venlafaxin ( $g=0,48$ ). De genomsnittliga effekterna av *KBT* som var primärt *kognitivt inriktad* befanns vara ( $g=1,63$ ), av *KBT* som var primärt *inriktad mot exponering* ( $g=1,08$ ) och av EMDR ( $g=1,01$ ).

KBT har uppskattats vara framgångsrik i 40-60 procent av fallen och kräver oftast tio eller fler behandlingssessioner (25).

## 1.8 Hur behandlas PTSD i Sverige? – Vad säger Socialstyrelsens nationella riktlinjer?

I Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom från år 2017 (26) sägs:

”Obehandlat posttraumatiskt stressyndrom kan leda till livslånga problem med ökad risk för suicidförsök, depression, missbruk och behov av sjukvård. Det är därför viktigt att identifiera och diagnostisera personer med posttraumatiskt stressyndrom. Personer med posttraumatiskt stressyndrom är i dag en snabbt växande grupp, och det finns ett behov av att öka kunskapen om tillståndet och behandlingen i både primärvården och den specialiserade vården.”

Beträffande rekommenderad behandling sägs i huvudsak:

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (rekommendationsgrad 3, sid 53 i riktlinjerna).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (rekommendationsgrad 5, sid 53 i riktlinjerna).

- erbjuda behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (rekommendationsgrad 7, sid 53 i riktlinjerna).

- erbjuda basal kroppskännedom som *tillägg* till annan behandling (rekommendationsgrad 7, sid 115 i riktlinjerna).

Vidare sägs att Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda förebyggande krisbearbetning (debriefing) till vuxna med risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse, detta eftersom det inte minskar risken för PTSD och det kan öka risken för PTSD (icke-göra, sid 130 i riktlinjerna).

EFT nämns inte på något ställe alls i Socialstyrelsens riktlinjer om behandling vid posttraumatiskt stressyndrom, depression och ångestsyndrom.

### **1.9 Användande av EFT idag inom svensk sjukvård**

Det är oklart om EFT används idag inom svensk hälso- och sjukvård. Uppsatsen avser inte att besvara den frågan. Vid informella förfrågningar i ett svenskt forum bestående av över 400 personer, som är intresserade av EFT, som själva utövar EFT eller som arbetar med EFT med klienter utanför hälso- och sjukvården, framkom dock bilden att EFT möjligen undantagsvis används av enstaka personer inom svensk hälso- och sjukvård. Det finns en svensk RCT-studie från 2007, Brattberg et al. (27), där 86 långtidssjukskrivna kvinnor med fibromyalgi, som stod på väntelista för vård, fick genomgå ett åtta veckor långt program med EFT via internet. Resultaten visade statistiskt signifikanta förbättringar vad gällde smärta, ångest och depression, ökad vitalitet, psykisk hälsa och minskad funktionsnedsättning.

### **1.10 Regeringens utredning om komplementär- och alternativmedicin**

Regeringen tillsatte i april 2017 en utredning, den så kallade KAM-utredningen. Utredningen ska bland annat öka patientinflytandet och patientsäkerheten inom den vård och annan behandling som ges utanför den ordinarie vården - därav akronymen kam – komplementär- och alternativmedicin.

I kommittédirektivet (28) anförs:

”Patientens rätt att själv välja vilken vård och behandling man vill ha för sina besvär måste i största möjliga utsträckning respekteras. Denna rätt måste dock vägas mot intresset av att upprätthålla hög patientsäkerhet. För att den som söker vård ska kunna göra ett välinformerat val av vårdgivare och vårdmetoder måste det vara möjligt att också få information om behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade hälso- och sjukvården, vård som även kallas alternativ, komplementär och integrativ medicin, även i de fall sådan vård inte finansieras av det allmänna, samt information om evidens om metodernas effekt. Kunskaperna om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade vården är otillräckliga. Detsamma gäller kunskaperna om aktuella forskningsresultat och pågående forskning om sådana metoder. Metoder som idag används vid vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården kan i framtiden, efter forskning och utvärdering, bli en värdefull del av den etablerade vården. En sådan utveckling skulle gynnas om det skapades bättre förutsättningar för kontakter och erfarenhetsutbyten mellan personer som är verksamma i och utanför den etablerade hälso- och sjukvården, men också skapa ökad patientsäkerhet.

En särskild utredare ges i uppdrag att

- genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården
- kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Därutöver ska redovisas i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning
- bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas

- lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som idag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård
- lämna förslag till ett system som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ
- utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.”

### **1.11 Motiv för studien**

EFT har alltmera kommit att användas som behandlingsmetod vid behandling av PTSD utomlands, men används såvitt känt inte inom sjukvården i Sverige vid behandling av PTSD, och inte annat än undantagsvis inom hälso- och sjukvården i övrigt. EFT nämns inte heller i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård vid depression och ångestsyndrom (26).

Det är angeläget att det finns tillgång till behandlingsmetoder som är effektiva vid behandling av PTSD, och också att det finns kunskap om vilka behandlingsmetoder som i de senaste årens forskning har visat sig vara effektiva. Motivet till denna studie är att bidra med ökad kunskap om detta.

## **2. Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta arbete är att besvara följande frågeställningar:

*1) Vilka effekter har EFT vid behandling av PTSD, med avseende på symtom på 1) posttraumatiskt stressyndrom, 2) ångest och 3) depression?*

*2) Finns forskningsstöd för att använda EFT som evidensbaserad behandlingsmetod i Sverige vid PTSD?*

## **3 Material och metod**

### **3.1 Forskningsdesign**

Arbetet är en litteraturstudie där resultaten i de forskningsstudier där EFT har använts som behandlingsmetod vid PTSD går igenom, sammanställs och analyseras. Arbetet bygger vidare på ett arbete som undertecknad gjorde tillsammans med min klasskamrat Ellen Sager inom ramen för kursen Vetenskapsmetodik under termin fyra på fysioterapeutprogrammet.

Följande inklusions- och exklusionskriterier valdes:

*Inklusionskriterier:*

- Publicerade vetenskapliga studier där EFT har använts som behandlingsmetod vid behandling av personer med symtom på PTSD.
- Publicerade vetenskapliga studier där EFT har använts som behandlingsmetod vid behandling av personer med symtom på PTSD, och har jämförts med KBT och EMDR.
- Publicerade vetenskapliga studier (t ex systematiska översiktsartiklar) som genom metaanalys sökt fastställa effekten av EFT som behandlingsmetod vid PTSD.

*Exklusionskriterier:* Single Case studier.

### 3.2 Sökstrategi

*Sökmetod:*

1) En sökning genomfördes i databaserna PubMed och Web of Science i november 2018 med sökorden

- Emotional Freedom Techniques
- EFT
- posttraumatic stress disorder
- PTSD

2) därefter gicks referenslistorna i de studier som uppfyller inklusionskriterierna och som funnits vid den första databassökningen igenom, i syfte att finna fler studier som uppfyller inklusionskriterierna.

Resultatet av sökningarna i PubMed och Web of Science framgår av sökmatrixen nedan.

**Sökmatrix** Sammanställning över databas, söktermer, sökstrategier, träffar och utvalda artiklar.

Databas	Söktermer	Sökstrategi	Träffar	Utvalda artiklar
Pubmed	Emotional Freedom Techniques EFT posttraumatic stress disorder	Använde advanced search. Skrev in <i>Emotional Freedom Techniques</i> OR <i>EFT</i> AND <i>posttraumatic stress disorder</i>	45  Tog bort 40 artiklar som ej uppfyllde inklusionskriterierna  5	Sebastian et al. 2017 (18) Church et al. 2016 (3) Church et al. 2014 (29) Church et al. 2013 (9) Karatzias et al. 2011 (30)

Pubmed	EFT PTSD	Använde enkel sökning. Skrev in <i>EFT PTSD</i> i en följd	17 Tog bort 4 artiklar som hittats i tidigare sökning. 13 Tog bort 12 artiklar som ej uppfyllde inklusionskriterierna. 1	Church et al. 2018 (15)
Web of Science	EFT Emotional Freedom Techniques posttraumatic stress disorder PTSD	Skrev in EFT Emotional Freedom Techniques posttraumatic stress disorder PTSD <i>i en följd</i>	12 Tog bort 5 artiklar som hittats i tidigare sökning. 7 Tog bort 7 artiklar som ej uppfyllde inklusionskriterierna. 0	

Vid genomgång av studierna ovan och deras referenslistor visade det sig att det finns ytterligare studier som uppfyller inklusionskriterierna:

- Geronilla et al. 2016 (31)
- Nemiro et al. 2015 (6)
- Church et al. 2012 (32)
- Gurret et al. 2012 (33)
- Church et al. 2009 (34).

I Nemiro et al. 2015 jämfördes effektiviteten av EFT och KBT som behandling för kvinnliga flyktingar i Kongo, som utsatts för sexuellt våld. Den form av KBT som gavs som behandling var en *kognitivt inriktad KBT* enligt ”The Group Therapy Manual for Cognitive Behavioural Treatment for Depression” (alltså inte traumafokuserad KBT med exponering).

### 3.3 Ytterligare om utgångspunkter för arbetet

En av studierna ovan (18) är en systematisk översiktsartikel med metaanalys. I denna har man räknat ut effektstorleken enligt effektmåttet Cohen’s d vid behandling av PTSD med EFT

utifrån resultaten i sju av studierna ovan, som samtliga är RCT-studier (3, 6, 9, 15, 30-32). Uppgifter om effektstorlek enligt effektmåttet Cohen's d hämtas från översiktsartikeln.

I syfte att få en än mer omfattande bild av vad som kan förväntas när man behandlar PTSD med EFT redovisar och analyserar jag resultaten från dessa sju studier och därutöver även resultaten från ytterligare tre studier, som inte togs med vid effektberäkningen i översiktsartikeln (29, 33, 34). Det är värdefullt att veta om resultaten i dessa tre studier är likartade med och stödjer resultaten i översiktsartikeln, och om några ytterligare slutsatser kan dras av dessa tre studier.

För att få en så korrekt bild som möjligt av vilka effekter som kan förväntas när man behandlar PTSD med EFT är det värdefullt att kunna jämföra symtomskattningar avseende symtom på PTSD, ångest och depression *före* och *efter* behandling med EFT och att det finns tillgång till en *sammanställning* över mätvärden avseende symtom på PTSD, depression och ångest från många olika studier. En sådan sammanställning finns såvitt känt inte sedan tidigare. Jag har därför upprättat en *resultattabell* och en *resultatbilaga* som utöver att redovisa effektstorlek enligt Cohens'd (som görs i översiktsartikeln beträffande sju studier) *också* tydligt redovisar symtomskattningar och förändringar i symtom på PTSD, ångest och depression enligt de skattningsskalor som har använts i de olika studierna. I resultatbilagan beskrivs studierna mer utförligt och där anges också p-värden för sannolikhet i de fall där inom- och mellangruppsjämförelser har gjorts.

### 3.4 Kvalitetsgranskning av studier

Kvalitetsgranskning för att kontrollera de ingående studiernas kvalité gjordes beträffande originalstudierna enligt PEDro-skalan. Poänggraderingen enligt denna sträcker sig från 0-10 och framgår av tabellen nedan. Den systematiska översiktsartikeln granskades enligt AMSTAR.

<b>PEDro Scale</b>	Church et al. 2016 (3)	Geronilla et al. 2016 (31)	Church et al. 2013 (9)	Karatzias et al. 2011 (30)
1. Eligibility criteria were specified*	X*	X*	X*	X*
2. Random allocation	X	X	X	X
3. Concealed allocation	X	X	X	X
4. Baseline comparability	X	X	X	X
5. Blind subjects	-	-	-	-
6. Blind therapists	-	-	-	-
7. Blind assessors	-	-	-	X
8. Adequate follow-up	X	X	X	-
9. Intention to treat-analysis	X	X	X	X
10. Between-group comparison	X	X	X	X
11. Point estimates and variability	X	X	X	X
<b>SCORE /10</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

\*räknas ej in i totala poängen



<b>PEDro Scale</b>	Nemiro et al. 2015 (6)	Church et al. 2018 (15)	Church et al. 2012 (32)	Church et al. 2009 (34)
1. Eligibility criteria were specified*	X*	X*	X*	X*
2. Random allocation	X	X	X	-
3. Concealed allocation	X	X	X	-
4. Baseline comparability	X	X	X	-
5. Blind subjects	-		-	-
6. Blind therapists	-		-	-
7. Blind assessors	X	X	-	-
8. Adequate follow-up	X	X	X	X
9. Intention to treat-analysis	X	X	X	X
10. Between-group comparison	X	X	X	-
11. Point estimates and variability	X	X	X	X
<b>SCORE /10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

\*räknas ej in i totala poängen

<b>PEDro Scale</b>	Gurret et al. 2012 (33)	Church et al. 2014 (29)
1. Eligibility criteria were specified*	X*	X*
2. Random allocation	-	-
3. Concealed allocation	-	-
4. Baseline comparability	-	-
5. Blind subjects	-	-
6. Blind therapists	-	-
7. Blind assessors	-	-
8. Adequate follow-up	X	X
9. Intention to treat-analysis	X	X
10. Between-group comparison	-	-
11. Point estimates and variability	X	X
<b>SCORE /10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

En granskning av den systematiska översiktsartikeln (18) enligt AMSTAR ger vid handen att studien uppfyller nio av 11 kvalitetskriterier enligt AMSTAR. Vad som saknas är att det inte framgår om dataextraktionen gjordes av två oberoende granskare och det saknas redovisning av sannolikhet för publikationsbias beträffande de ingående studierna.

### 3.5 Etik

En litteraturstudie kräver inget tillstånd för att få genomföras.

Alla studier som har granskats har godkänts av olika organ eller myndigheter efter prövning, och alla deltagare i studierna har gett informerat samtycke till att delta.

I samtliga studier anges uttryckligen att inga negativa effekter ("adverse effects") har rapporterats som en följd av EFT-behandlingen. I flera av studierna (t ex 3, 9) har patienterna utöver EFT-behandlingen också fått "treatment as usual" eller "standard care" och patienterna har i de studierna uttryckligen uppmuntrats att behålla och fortsätta kontakten med sin ordinarie vårdgivare. I en studie (30) fick patienterna ett telefonnummer att ringa och möjlighet till vård om negativa effekter skulle uppstå. Kunskapen om att inga negativa effekter har rapporterats genom behandling med EFT och att behandlingseffekterna genomgående varit stora, har vuxit i takt med att fler och fler studier genomförts. Utifrån perspektivet att det är angeläget för individen att få möjlighet till behandling som är effektiv för ett tillstånd som orsakar stort lidande, och att det inte finns några rapporterade risker med behandling, har det varit etiskt korrekt att genomföra studierna.

## **4 Resultat**

I resultattabellen nedan anges symtom på PTSD *före* och *efter* behandling med EFT enligt de skattningsskalor som har använts i studierna (PCL-M och PCL-C checklistorna, HTQ och IES). I de studier där symtom på ångest och depression före och efter behandling med EFT har mätts, anges de mätvärdena. I resultattabellen anges också effektstorlek enligt Cohen's d i de fall där uppgift om effektstorlek finns, och om förändringarna i symtomnivå är statistiskt signifikanta vid en inomgruppsjämförelse, och vid jämförelse med kontrollgrupp, i de fall där kontrollgrupp funnits. För en mer utförlig redovisning av respektive studie, se resultatbilagan. En av de studier som granskats redovisas inte i resultattabellen, eftersom interventionen där förutom EFT också bestod av andra insatser, som massage, yoga, och "resursbyggande", vilket gör det svårt att veta i vilken utsträckning minskningen av symtom beror på EFT-behandlingen eller på de andra behandlingarna. Studien finns dock med i resultatbilagan.

Den ordning i vilken studierna presenteras har valts för att resultaten så lätt som möjligt skall kunna jämföras av läsaren. I originalstudierna finns uppgifter om standardavvikelser (SD) och standardfel (SE), men för att inte tynga framställningen har dessa exkluderats.

### **4.1 Sammanfattning – förändringar i symtom på PTSD efter EFT-behandling**

I samtliga sju RCT-studier (A-G i tabellen/3, 6, 9 15, 30-32) har behandling med EFT med mellan 1-10 sessioner haft *stor effekt* på symtom på PTSD enligt effektmåttet Cohen's d, som varierar mellan 1,08-8,07 i studierna. Den *viktade effektstorleken*, där hänsyn har tagits till antal deltagare i respektive studie, har beräknats till  $d=2,96$  (95% CI: 1,96-3,97,  $P<0,001$ ).

I de fem av sju RCT-studier där PCL-skalan har använts, har symtom på PTSD efter EFT-behandling minskat med mellan 15,8-33 poäng på denna skala. I samtliga RCT-studier utom en (G, 32) har uppföljningar gjorts två, tre eller sex månader efter avslutad behandling och resultaten har bestått i princip oförändrade vid uppföljningar. (Mätvärden från uppföljningar finns i respektive originalstudie, men har exkluderats här.)

För två studier i resultattabellen som inte är med i översiktsartikeln (G, H, 33, 34) finns inget effektmått enligt Cohen's d beräknat. Minskningarna i symtom på PCL-skalan i de studierna

uppgick till i genomsnitt 26,25 respektive 27,2 poäng och ligger således inom det intervall som kunnat ses i RCT-studierna.

#### 4.2 Sammanfattning – förändringar i symtom på ångest och depression efter EFT-behandling av PTSD

I de fem av sju RCT-studier där EFT har använts som behandling vid PTSD och symtom på ångest och depression har mätts före och efter EFT-behandling, har dessa symtom minskat, se resultattabellen. Effektstorleken har när det gäller symtom på ångest enligt översiktsartikeln i de olika studierna varierat mellan  $d=0,78$  och  $d=3,64$  och effektstorleken har när det gäller symtom på depression varierat mellan  $d=0,69$  och  $d=4,32$ . Viktade effektstorlekar för ångest och depression finns inte angivna.

#### 4.3 Sammanfattning – effekten av EFT jämförd med effekten av KBT och EMDR

I de studier där direkta jämförelser har gjorts mellan EFT och kognitivt inriktad KBT (E, 6) och mellan EFT och EMDR (D, 30) har effekten av EFT varit ungefär lika stor som effekten av kognitivt inriktad KBT och EMDR. I studien (6) som jämförde EFT med kognitivt inriktad KBT minskade symtom på PTSD enligt HTQ-skalan med i genomsnitt 0,95 poäng efter behandling med EFT och med något mindre, 0,88 poäng, efter behandling med kognitivt inriktad KBT. I studien som jämförde EFT med EMDR (30) minskade symtom på PTSD med i genomsnitt 15,8 poäng på PCL-skalan efter behandling med EFT och med i genomsnitt något mer, 17,7 poäng, efter behandling med EMDR (se resultatbilagan sist i arbetet).

#### 4.4 Resultattabell

RESULTAT	Symtom före EFT-behandling	Symtom efter EFT-behandling	Minskning	Effektstorlek (Cohen's d)	Minskning statistiskt signifikant inom grupp ( $p<0,05$ )	Minskning statistiskt signifikant jmf med kontroll-grupp som stått på väntelista eller fått "treatment as usual" ( $p<0,05$ )
<b>A</b> Church D. et al., 2013 (9)	PCL före 62,01	PCL efter 39,41	22,6	1,93	JA	JA
Sex entimmes sessioner med EFT	SA-45 Ångest före 73,92	SA-45 Ångest efter 59,44	14,48	1,36	JA	JA
	SA-45 Depression före 71,10	SA-45 Depression efter 57,71	13,39	1,76	JA	JA
<b>B</b> Geronilla L. et al., 2016 (31)	PCL före 65	PCL efter 34	31	3,06	JA	JA
	SA-45 Ångest före	SA-45 Ångest efter				

Sex en- timmes sessioner med EFT	77 <i>SA-45 Depression före</i> 72	63 <i>SA-45 Depression efter</i> 61	14  11	1,55  1,65	JA  JA	JA  JA
<b>C</b> Church D. et al., 2016 (3)  Sex en- timmes sessioner med EFT	<i>PCL före</i> 41  <i>SA-45 Ångest före</i> 60  <i>SA-45 Depression före</i> 64	<i>PCL efter</i> 25  <i>SA-45 Ångest efter</i> 51  <i>SA-45 Depression efter</i> 56	16  9  8	6,63  3,64  4,32	JA  JA  JA	JA  JA  JA
<b>D</b> Karatzias T. et al., 2011 (30)  Åtta en- timmes sessioner med EFT	<i>PCL före</i> 57,8  <i>HADS Ångest före</i> 13,4  <i>HADS Depression före</i> 10,2	<i>PCL efter</i> 42,0  <i>HADS Ångest efter</i> 8,2  <i>HADS Depression efter</i> 7,3	15,8  5,2  2,9	1,08  1,11  0,69	JA  JA  JA	Redovisas ej  Redovisas ej  Redovisas ej
<b>E</b> Nemiro A. et.al, 2015 (6)  Åtta 2,5- timmes sessioner med EFT	<i>HTQ före</i> 2,54	<i>HTQ efter</i> 1,59	0,95	2,29	JA	Redovisas Ej
<b>F</b> Church D. et al., 2018 (15)  Sex en- timmes sessioner med EFT	<i>PCL före</i> 62,69  <i>HADS Ångest före</i> 10,47  <i>HADS Depression före</i> 8,73	<i>PCL efter</i> 37,06  <i>HADS Ångest efter</i> 7,38  <i>HADS Depression efter</i> 5,69	25,63  3,09  3,04	2,18  0,78  0,89	JA  JA  JA	Redovisas ej  Redovisas ej  Redovisas ej
<b>G</b> Church D. et al., 2012 (32)  En en- timmes session med EFT	<i>IES total före</i> 36,38  <i>IES Minnen före</i> 11,5	<i>IES total efter</i> 3,38  <i>IES Minnen efter</i> 0,5	33  11	8,07  3,95	JA  JA	JA  JA

	<i>IES Undvikande före</i> 25,00	<i>IES Undvikande efter</i> 2,88	22,12	6,89	JA	JA
<b>H</b> Church D. et al., 2009 (34)	<i>PCL före</i> 65,75	<i>PCL efter</i> 39,5	26,25	Ej angiven	JA	Kontroll Grupp Saknas
Sex en-timmes sessioner med EFT	<i>SA-45 Ångest före</i> 74,43	<i>SA-45 Ångest efter</i> 60,86	13,57	Ej angiven	JA	Kontroll Grupp Saknas
	<i>SA-45 Depression före</i> 68,86	<i>SA-45 Depression Efter</i> 61,86	7	Ej angiven	JA	Kontroll Grupp Saknas
<b>I</b> Gurrett J. et.al, 2012 (33)	<i>PCL före</i> 54,4	<i>PCL efter</i> 27,2	27,2	Ej angiven	JA	Kontroll Grupp Saknas
Två dagars workshop i EFT, 7 hx2						

EFT, Emotional Freedom Techniques; PCL, The Post Traumatic Stress Disorder Checklist, PCL-M=militär version, PCL-C=civil version; SA-45, Symptom Assessment 45; . HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; HTQ, Harvard Trauma Questionnaire; IES, Impact of Events Scale

## **5 Diskussion**

I de sju RCT-studierna har behandling med EFT med 1-10 sessioner haft stor effekt i form av minskning av symtom på PTSD. Medelstora till stora effekter har uppmätts när det gäller minskning av symtom på ångest och depression, trots att behandlingen primärt syftat till att behandla PTSD. Resultaten i de studier där EFT har jämförts med kognitivt inriktad KBT och med EMDR talar för att EFT är lika effektiv som behandlingsmetod när det gäller att minska symtom på PTSD som kognitivt inriktad KBT och EMDR. Studierna omfattar olika populationer, krigsveteraner, flyktingar som utsatts för sexuellt våld, ungdomar som misshandlats eller försumrats av sina vårdnadshavare och i en studie (D, 30) bestod experimentgruppen av en helt blandad population som utsatts för olika former av trauman. Detta är omständigheter som talar för att resultaten har extern validitet och är generaliserbara. I samtliga studier som har granskats framhålls att inga negativa effekter som en följd av EFT-behandlingen har rapporterats. EFT får därför bedömas som en säker behandling vid PTSD.

I två av de tre studier som inte är RCT-studier (G, H, 33, 34) ligger minskningarna i symtom på PCL-skalan inom det intervall som ses i RCT-studierna. Även om de studierna är av lägre kvalitet stödjer resultaten i de studierna de slutsatser som kan dras av RCT-studierna. I den tredje studien som inte har RCT-design (29) uppmättes minskningar i symtom på PCL-skalan som ligger inom det intervall som ses i RCT-studierna, men här förekom även andra insatser som yoga, massage och resursbyggande, vilket gör att det är omöjligt att säkert veta i vilken utsträckning som minskningen av symtom beror på EFT-behandlingen eller på de andra behandlingarna. De slutsatser som kan dras av den studien är att kombinationen av dessa behandlingar tolererades väl av deltagarna. I den studien genomfördes EFT-behandlingen i stora grupper (med mellan 24-60 deltagare vid sex olika tillfällen) och även krigsveteranernas

hustrur behandlades samtidigt. Även i två andra studier (6, 33) genomfördes EFT-behandlingen i stora grupper, med 25 respektive 77 deltagare i grupperna. Dessa tre studier talar för att behandling med EFT som sker i stora grupper också är effektiv.

Som framhållits nämns EFT inte i Socialstyrelsens nationella riktlinjer från år 2017 om rekommenderad vård vid PTSD, depression och ångestsyndrom. Den forskning som har tillkommit under de allra senaste åren, och som granskas i detta arbete, gör att det finns stöd för att använda EFT som evidensbaserad behandling vid PTSD. Ytterligare forskning, som jämför EFT särskilt med traumafokuserad KBT med exponering och EMDR, och som söker fastställa vilka för- och nackdelar som respektive behandlingsmetod har, skulle vara värdefull.

Ur ett vidgat, större, perspektiv är det av intresse att EFT i systematiska översiktsartiklar och metaanalyser har visat stora behandlingseffekter även på stress, ångest/oro och depression som primära tillstånd. I en metaanalys som omfattade 14 studier om behandling med EFT av ångest/oro (35), beräknades en viktad effektstorlek om  $d=1,23$ , och i en metaanalys som omfattade 20 studier om behandling med EFT av depression (36), beräknades en viktad effektstorlek om  $d= 1,31$ . Fördelar som framhålls med EFT är bland annat: metoden är lätt både för terapeuten och patienten att lära sig och den kan användas som ett effektivt "självhjälpsverktyg" vid en rad olika tillstånd, att relativt få behandlingstillfällen krävs för att nå framgång i behandlingen, att metoden är säker med ingen eller liten risk för negativa effekter och att behandling kan ske effektivt även i grupp (8).

Som i alla forskningsstudier finns det svagheter och begränsningar, både i de studier som har granskats, och i detta arbete. Tre av studierna är av förhållandevis låg vetenskaplig kvalitet och kontrollgrupp saknas (29, 33, 34). Fem av RCT-studierna hade kontrollgrupp, men saknade kontrollgrupp som fick en känd effektiv behandling (3, 9, 15, 31, 32). I flera av studierna var experimentgrupperna små med relativt få deltagare (t ex åtta deltagare i 33), men tillräckligt stora för att göra statistiska analyser och räkna ut sannolikhetsvärden. I ingen av studierna har gjorts försök att reda ut vad kontrollgruppen som fick "standard care"/"treatment as usual" fick för vård (experimentgrupperna har genomgående fått "standard care"/"treatment as usual" och därutöver behandling med EFT). En brist i samtliga studier förutom en (30) är att man har använt olika självskattningsformulär istället för att, vilket anses vara "Gold-standard" för att ställa PTSD-diagnos, en strukturerad intervju genomförs av psykolog eller läkare. Trots bristerna är de sju RCT-studierna av förhållandevis hög kvalitet. Samtliga får sju eller åtta poäng av tio vid en kvalitetsbedömning enligt PEDro-skalan, där åtta poäng i praktiken oftast är det maximala poängantalet för studier som avser psykoterapeutiska behandlingar, eftersom det är svårt att "blinda" patient och behandlare för om viss aktiv behandling ges. Genom att lägga ihop resultaten från sju olika RCT-studier, såsom har gjorts i meta-analysen i den systematiska översiktartikeln, ökas säkerheten i de statistiska analyser som görs och beräkningen av effektstorlek.

En begränsning med detta arbete är att det inte funnits möjligheter att göra några ytterligare statistiska analyser, t ex att beräkna effektstorlek utifrån de tre observationsstudierna. En annan brist är att det inte funnits möjlighet att göra en direkt jämförelse av effekten av EFT och traumafokuserad KBT med exponering, eftersom det inte finns någon studie där dessa behandlingar har jämförts med varandra. En möjlighet vore också att söka efter, sammanställa och värdera samtlig relevant forskning om effekterna av traumafokuserad KBT med exponering, men det ligger utanför frågeställningarna för detta arbete. En ungefärlig bild av vilka effekter som kan förväntas när behandling sker med traumafokuserad KBT med

exponering fås av den metaanalys (5) omfattande 112 studier som nämnts under bakgrund (1.7).

En styrka med detta arbete är att det på ett systematiskt sätt sammanställer och redovisar den forskning som finns om EFT som behandling vid PTSD. Denna forskning nämns inte i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer om vård vid PTSD, depression och ångestsyndrom. I kommittédirektiven till Regeringens så kallade KAM-utredning anförts att kunskaperna om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade vården är otillräckliga och att detsamma gäller kunskaperna om aktuella forskningsresultat och pågående forskning om sådana metoder. Det anförts också att metoder som idag används vid vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården i framtiden, efter forskning och utvärdering, kan bli en värdefull del av den etablerade vården. – Mot denna bakgrund är det värdefullt att, såsom har gjorts i detta arbete, sammanställningar görs och att uppmärksamhet riktas mot behandlingsmetoder som visats ha stor effekt, och som inte används i Sverige i hälso- och sjukvården idag, men som skulle kunna användas.

Är EFT en intervention som skulle kunna användas inom fysioterapi? En fysioterapeut som är specialiserad inom psykosomatik och som har kunskaper om PTSD och utbildning inom någon av metoderna KBT, EMDR eller EFT skulle kunna genomföra psykoterapeutisk behandling av patienter med PTSD. Vanligare i praktiken är sannolikt att den primära psykoterapeutiska behandlingen av patienter med PTSD utförs av en psykolog eller läkare och att fysioterapeuten är en del i ett team kring patienten och arbetar med kroppsliga aspekter av en patients problem, (t ex med att minska kroppsliga spänningar, med avslappning eller basal kroppskännedom), och också med att hjälpa patienten att bättre hantera konkreta psykologiska symtom i form av stress, ångest och oro. En möjlighet är också att patienter med PTSD söker till fysioterapeut direkt för dessa besvär, utan att fysioterapeuten är en del i ett team kring patienten.

I grundutbildningen för fysioterapeuter, och i många fysioterapeuters ”verktygslåda” ingår olika övningar som syftar till att uppnå autonom reglering, stressreduktion och kroppskännedom. Några exempel på sådana övningar är ”andningsankare”, progressiv muskelavspänning, ”fyrpunktsavspänning”, övningar i basal kroppskännedom, kroppsscanning samt andra mindfulnessbaserade övningar. EFT har många likheter med och bygger delvis på kroppsfokuserad mindfulness – patienten uppmanas i EFT att rikta uppmärksamheten på kroppen och på kroppsliga förnimmelser samtidigt som tappingsekvensen utförs. Det är inget ”måste” att samtidigt fokusera på ett visst, traumatiskt, minne, utan tappingen kan utföras samtidigt som man är med det som man upplever just för stunden, oavsett om det är stress, oro, ångest, kroppsligt obehag eller något annat. EFT - i vart fall själva tappingsekvensen - går snabbt att lära sig som fysioterapeut och att lära ut till en patient. Den kan vara ett enkelt och mycket värdefullt alternativ eller komplement till övningarna som beskrivs ovan, och som ger patienten ett mycket effektivt verktyg för självreglering som kan minska stress, ångest, oro, starka känslor och, när det gäller PTSD, konkreta symtom på PTSD. Det forskningsstöd som finns för EFT och som hänvisas till i detta arbete är omfattande.

## **6 Konklusion**

Resultaten i de studier som har gjorts talar för att EFT har stor effekt och är en säker behandlingsmetod vid behandling av PTSD. När behandling sker med EFT vid PTSD ses

också en medelstor till stor minskning av symtom på ångest och depression. Stöd i forskning finns för att använda EFT som behandling vid PTSD. Fler studier som jämför EFT med särskilt traumafokuserad KBT med exponering och EMDR och som noggrant söker fastställa metodernas olika för- och nackdelar, skulle vara värdefulla. EFT kan vara en värdefull intervention inom fysioterapi.

## Referenser

- 
- <sup>1</sup> American Psychiatric Association. MINI-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Pilgrim Press; 2015.
- <sup>2</sup> Kessler DC, Berglund, P, Demler O, Jin R, Merrikangas KR. Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62: 593-602.
- <sup>3</sup> Church D, Sparks T, Clond M. EFT (Emotional Freedom Techniques) and resiliency in veterans at risk for PTSD: A randomized controlled trial. EXPLORE. 2016 Sep/Oct; 12(5): 355-65.
- <sup>4</sup> Church D Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. EXPLORE. 2014 May/Jun; 10(3): 162-68.
- <sup>5</sup> Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ, Meta-analysis of the efficiency of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clinical Psychiatry. 2013;74(6):e541-550
- <sup>6</sup> Nemiro A, Papworth s. Efficiency of two evidence based therapies, emotional freedom techniques (EFT) and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of gender violence int the Congo: a randomized controlled trial. Energy Psychol: Theory Res Treat. 2015;7(2):13-25
- <sup>7</sup> Internetmedicin.se. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna – Författare Med dr, överläkare Jonas Isaksson. Göteborg 2018 (uppdaterad 2017-12-06; citerad 2018-12-10). Hämtad från:  
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1407>
- <sup>8</sup> Church, D, Feinstein D, The manual stimulation of acupuncture points in the treatment of post-Traumatic stress disorder: A review of clinical emotional freedom techniques. Medical Acupuncture. 2017;29(4):194-203.
- <sup>9</sup> Church D, Hawk C, Brooks A, Toukolehto O, Wren M, Dinter I, et al., Psychological trauma symptom improvements in veterans using Emotional Freedom Techniques - a randomized controlled trial. J. Nerv. Ment. Dis. 2013 Feb;201(2):153-59.



- 
- <sup>10</sup> Craig G. *The EFT Manual*. 2 ed. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press; 2010.
- <sup>11</sup> Church D, Young G, Brooks AJ. The effects of Emotional Freedom Techniques (EFT) on stress biochemistry: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(10):891-96.
- <sup>12</sup> Swingle PG, Pulos L, Swingle MK. Neurophysiological indicators of EFT treatment of posttraumatic stress. *Subtle Energies and Energy Medicine*. 2004;15(1):75-86.
- <sup>13</sup> Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerslag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195 (6): 504-13.
- <sup>14</sup> Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, et al.. A randomized controlled trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(9):858-66.
- <sup>15</sup> Church D, Yount G, Rachlin K, Fox L, Nelms J. Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using clinical Emotional Freedom Techniques: a randomized controlled pilot study. *Am J Health Promot*. 2018;32(1):112-22.
- <sup>16</sup> Davis S, Bozon B, Bieber J, Siversmith D, Laroche S. How necessary is the activation of the early immediate gene *zif268* in synaptic plasticity and learning. *Behav Brain Res*.
- <sup>17</sup> Feinstein D, Rapid treatment of PTSD: why psychological exposure with accupoint tapping may be effective. *Psychotherapy*. 2010;47(3):385-402.
- <sup>18</sup> Sebastian B, Nelms J. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: a met-analysis. *EXPLORE*. 2017;13(1):16-25.
- <sup>19</sup> Mollica, R F, Caspi-Yavin, Y, Bollini P, Troung T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(2):111-6.
- <sup>20</sup> Parloff, M, Kelman H, Frank J,. Comfort, Effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1954;111(5):343-52
- <sup>21</sup> Baguena, M, Villaroya E, Belena D, Diaz A, Roldan C, Reig R. Psychometric properties of the Spanish version of the Impact of Events Scale Revised (IES-R). *Analisis y Modificacion de Conducta*. 2001;27:581-604.
- <sup>22</sup> Zigmond, AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
- <sup>23</sup> Davison, M, Bershadsky B, Bieber J, Silversmith D, Maruish M, Kane R. Development of a brief, multidimensional, self-report instrument, for treating outcomes assessments in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*. 1997;4:259-275.
- <sup>24</sup> Cohen, J. *Statistical science for the behavioural sciences*. New York, USA: 1977.

- 
- <sup>25</sup> Tolin DF. Is cognitive behavioural therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clin Psych Rev*. 2010;30(6):710-20.
- <sup>26</sup> Socialstyrelsen. Vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. (Internet). Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. (citerad 10 december 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>)
- <sup>27</sup> Brattberg G. Self Administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. *Integrative Medicine: A Clinicians journal*. 2008;7(4):30-5.
- <sup>28</sup> Regeringens Kommittédirektiv 2017:43. Ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården
- <sup>29</sup> Church D, Brooks A. CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *EXPLORE*. 2014;10(1):24-33
- <sup>30</sup> Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T, Begum M, Young J, et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for post traumatic stress disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199 (6):372-78
- <sup>31</sup> Geronilla L, Mineweiser L, Mollon P, McWilliams M, Clond M. EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: a randomized controlled replication trial. *Energy Psychology*. 2016;8(2):29-41.
- <sup>32</sup> Church D, Pina O, Reategui C, Brooks A. Single-session reduction of the intensity of traumatic memories in abused adolescents after EFT: a randomized controlled pilot study. *Traumatology*. 2012;18(3):73-79.
- <sup>33</sup> Gurret J-M, Coufour C. Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian Seminarians. *Energy Psychology*. 2012;4(2):26-34.
- <sup>34</sup> Church D, Geronilla L, Dinter I. Psychological symptom change in veterans after six sessions of EFT (Emotional Freedom Techniques): An observational study. *Int J Healing Caring*. 2009;9(1).
- <sup>35</sup> Clond M. Emotional Freedom Techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(5): 388-95.
- <sup>36</sup> Nelms J, Castel L. A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression. *EXPLORE*. 2016;12(6):416-26.