



”Laga i den relationella väven”

Erfarna psykoterapeuters upplevelser av psykoterapi med
traumapatienter

Ingela Jonsson

Sammanfattning

Denna studie handlar om psykoterapi med patienter som upplevt relationella trauman i sitt vuxna liv eller som barn. Syftet med studien har varit att belysa hur erfarna psykodynamiska psykoterapeuter upplever arbetet med traumatiserade patienter samt hur terapeuterna tar hand om sig själva. Studien genomfördes med intervjuer. Frågeställningarna var; Hur upplever terapeuterna relationen mellan terapeut och patient? Hur upplever terapeuterna terapiprocessen? Hur uppfattar terapeuterna traumapatienten i förhållande till andra patienter? Hur upplever terapeuterna att de tar hand om sig, på arbetet och privat? Tre psykoterapeuter intervjuades som hade erfarenhet av att arbeta med traumatiserade patienter. Intervjuerna analyserades med fenomenologisk analys. Resultatet tyder på att relationen mellan terapeut och patient är det viktigaste för att uppnå resultat i traumaterapi. Att terapiprocessen bör vara fasinriktad och att det finns skillnader i arbetet med traumapatienter i jämförelse med andra. Resultatet visar också att terapeuternas sätt att ta hand om sig, självomhändertagandet, samt stödet från kollegor och ledning är avgörande för att orka med detta arbete.

Nyckelord: Psykoterapi, trauma, dissociation, anknytning

Innehållsförteckning

Inledning	1
Vad är trauma och hur utvecklas det?.....	1
Hur vanligt är trauma bland psykiatriska patienter?	3
Psykoterapeutiska metoder för arbete med traumatiserade patienter	4
<i>Relationell psykoterapi</i>	4
<i>Psykoterapeutisk – traumatologisk behandling- Tre Fas terapi</i>	5
Terapeuters utsatthet	7
Syfte	7
Frågeställningar	8
Metod	8
Urval av informanter	8
Genomförande	8
Databearbetning och analys	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat	10
Relationen	10
Processen	10
Skillnader- traumapatienten i förhållande till andra patienter.....	12
Skillnader- Terapeutens förhållningssätt	13
Terapeutens egenvård.....	14
Traumafokus	15
Diskussion	16
Relationen	16
Processen	17
Skillnader- Traumapatienten i förhållande till andra patienter	18
Skillnader- Terapeutens förhållningssätt	19
Terapeutens egenvård.....	20
Traumafokus	21
Metoddiskussion.....	21
Slutsatser.....	22
Referenser	23
Tillkännagivanden	25
Bilaga 1	26
Bilaga 2	27

Inledning

De patienter som behandlas inom psykiatrin har inte sällan blivit utsatta för olika trauman, framför allt i barndomen. Det finns ett klart samband mellan tidigare allvarlig traumatisering och allvarliga psykiatriska diagnoser som tex schizofreni och psykoser (Shäfer et al., 2012) men även andra psykiatriska tillstånd är kopplade till trauma av olika slag. Det är därmed väsentligt att den behandling som ges inom psykiatrin är väl anpassad till patienter med denna typ av bakgrundsproblematik, inte minst gäller det den psykoterapeutiska behandlingen. I det sammanhanget är det intressant att undersöka psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta med patienter med denna problematik, ett arbete som i många stycken är krävande och fodrar hög kompetens (Herman, 1992). Det är också, i detta sammanhang intressant att ställa frågan; Hur tar terapeuterna hand om sig själva både på arbetet och privat för att orka med detta arbete?

Vad är trauma och hur utvecklas det?

Enligt Brewin, Andrews och Valentine (2000) kan flera egenskaper hos en individ förutsäga om en traumatisk händelse i en människans liv kommer att resultera i traumarelaterade störningar som vuxen. Dessa egenskaper inkluderar en historik av tidigare trauman, särskilt kroniskt våld och vanvård som barn, dålig psykologisk anpassning före händelsen, psykopatologi i släkten, dissociation, hot mot livet under händelsen och sk ”peritraumatic emotional reactions” alltså tidigare våldsamma känslor såsom t.ex panik, emotionellt kaos, rädsla, hjälplöshet och fasa. Barn är mer sårbara för trauman än vuxna. Hjärnan är inte mogen nog för att integrera den traumatiska händelsen. Ju yngre barn desto större risk att utveckla traumarelaterade sjukdomar (Brewin et al., 2000).

Enligt Van der Kolk (1996) kan psykiskt trauma definieras som eftereffekterna av en extrem påfrestande händelse eller situation som varken kan undflys eller hanteras med personens resurser. Wennerberg (2010) har definierat trauma som skräckinjagande livshändelser som inte kan införlivas i individens ”inre scheman” av självet och världen och som därför bryter sönder dessa scheman. Ryden och Wallrot (2008) definerar trauma som en upplevelse som är så hotfull och överväldigande att psyket inte kan hantera den. Den traumatiserade kan inte integrera händelsen i självet, och kan därför inte heller mentalisera om den.

Trauma självläker oftast och de flesta får inte allvarliga psykiska problem. (Ryden & Wallroth, 2008). I en stor amerikansk undersökning framkom att 61 % av män och 51 % av

kvinnor råkar ut för allvarliga, potentiellt traumatiserade händelser under sitt liv. Det uppskattas att 10 % av de som råkar ut för potentiellt traumatiska händelser får Posttraumatic stress disorder, PTSD (Kessler et al., 1995). PTSD är den vanligaste kliniska diagnosen vid svår traumatisering bland vuxna, medan den typiska reaktionen hos barn är dissociativ identitetsstörning och andra allvarliga dissociativa problem (Ryden & Wallroth, 2008). Traumatiska händelser ökar dessutom risken för borderline och andra personlighetsstörningar. Det ökar också risken för missbruk, ätstörningar och självskadebeteende. De senare är oftast sekundära, d.v.s de är olika sätt personen använder för att försöka hantera PTSD, dissociation eller personlighetsstörning (Ryden & Wallrot, 2008).

Dissociation kan man översätta med bortkoppling. När man går in i ett dissociativt tillstånd stängs känslorna av (Gerge & Lander, 2012). Dissociation är en brist på integration, en bristande förmåga att länka samman information om nya upplevelser till tidigare erfarenheter. De flesta av oss kan koppla samman händelser från dåtid till nutid och vi har tillgång till en berättelse om oss själva. Vid dissociation har man inte denna upplevelse av sammanhang. Det kan upplevas som förlust av tid, (amnesi) upplevelser av att inte hänga ihop i sin personlighet eller i sin kropp, (depersonalisation), eller en upplevelse av att omgivningen känns överklig (derealisation). Man kan känna sig mer eller mindre främmande för sig själv, vem man är, vad man tycker om, och/eller känna en förändring i sin identitet. Graden av dissociation hänger ihop med graden av traumatisering. Det är som på en skala från PTSD där man varit med om enstaka traumatiska händelser, eller de svårare, komplex PTSD där flera eller tidiga traumatiska händelser inträffat, till olika dissociativa störningar där den svåraste är DID, dissociativ identitetsstörning (Gerge & Lander, 2012). Studier har visat att dissociation kan bli en generationsprocess i familjer där våld förekommer (Courtois & Ford, 2009).

Den svåraste av anknytningsmönstren, den desorganiserade anknytningen kan betraktas som ett traumatiserat anknytningsmönster (Wennerberg, 2010). Desorganiserad anknytning uppkommer då barnet har skrämnda eller skrämmande anknytningspersoner. Ofta är det familjesituationer där det även förekommer fysiskt, psykiskt våld eller sexuella övergrepp. Ofta också försummelse och känslomässig torftighet. Barnets hjärna kommer då att få signaler om att ta sig i säkerhet, *från* faran, samtidigt som en annan del av hjärnan har den medfödda impulsen att söka säkerhet och trygghet hos föräldern, trots att det är den som utgör faran. Om ett barn upprepat upplever överväldigande känslor som det inte får hjälp med att

integrera, hantera, reglera av vuxna uppstår ett desorganiserat anknytningsmönster som leder till patologisk dissociation (Gerge et al., 2013).

Judith Herman (1992) introducerade begreppet komplex PTSD i sin bok Trauma och tillfrisknande. Hon påpekar att kriterierna på PTSD huvudsakligen avser *avgränsade* traumatiska händelser. Hos patienter som varit med om långvarigt, upprepat trauma är symtombilden ofta mycket mer komplex. Hon skriver i förordet till Courtois och Ford (2009) att de tre kardinalsymtomen på komplex PTSD är somatisering, dissociation och affektdysreglering. Dissociation beskrivs här som en omedveten överlevnadsstrategi.

Herman (1992) beskriver att en bred samling studier visat att de psykofysiologiska förändringarna i samband med PTSD symtom är både omfattande och långvariga. Patienten har ingen normal nivå av att vara vaksam men ändå avslappnad. De har istället en förhöjd basnivå av anspänning, de är alltid på vakt mot fara, både vaken tid och vid sömn. Enligt Michel (2009) sitter den höjda anspänningen kvar. Olika delar av hjärnan, bl.a. amygdala är involverad i processer som leder till stressreaktioner. Traumapatienten har i förhållande till kontrollgrupper förhöjd hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck. Denna ökade känslighet är ett uttryck för hyperresponsivitet i amygdala och kan finnas kvar i år, till och med årtionden efter en traumatisk händelse om man inte får hjälp (Michel, Berg Johannesson, Lundin, Nilsson & Otto, 2010).

Hur vanligt är trauma bland psykiatriska patienter?

Forskning visar att fysisk misshandel under barndomen förekommer hos 3 % av män i allmänhet men hos 30 % av inneliggande manliga psykiatripatienter. För kvinnorna är det 5 % i allmänhet och 40 % för inneliggande patienter (Cloitre et al., 2001). Liknande siffror redovisas vid psykisk misshandel och försummelse. Sexuellt ofredande förekom bland 12 % av kvinnor i allmänhet, och 51 % bland kvinnliga psykiatripatienter. Enligt forskning har minst 70 % av inneliggande psykiatripatienter misshandlats, sexuellt, fysiskt eller psykiskt. (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). Brynielsson (2014) har tittat på antal trauman bland nybesökspatienter inom en psykiatrisk avdelning och funnit att medelvärdet för potentiellt traumatiserande händelser per person var 15 händelser och att 16 av de 23 patienter som deltog i studien med hög sannolikhet uppfyllde kriterierna för PTSD.

Psykoteraeutiska metoder för arbete med traumatiserade patienter

Evidensbaserade psykoteraeutiska behandlingar vid PTSD är t.ex EMDR, Eye movement desensitization and reprocessing, KBT, kognitiv beteendeterapi och BEP, Brief, eclectic psychotherapy (Foa, Keane, Friedman & Cohen 2009). Cirka hälften av de som får hjälp via de evidensbaserade metoderna blir hjälpta. Den andra hälften tror man har en mer djupgående relationell traumatisering under sina PTSD symtom. Detta tänker man har lett till en dissociativ samsjuklighet som utgör en extra sårbarhet och de behöver mer än korttidsbehandlingar för att bli hjälpta (Courtois & Ford, 2009).

Det finns veterligen inte några randomiserade kontrollerade studier över behandling av komplex PTSD och dissociativa störningar. Däremot har ISSTD, International Society for Studies of trauma and Dissociation sedan 30 år tillbaka utarbetade riktlinjer för evidensbaserad behandling som utgör ett stöd för behandlare. (Gerge, 2010). I boken Treating complex Traumatic Stress disorder- An evidence – Based Guide (Courtois & Ford, 2009) beskrivs flera olika behandlingsmodeller för PTSD, komplex PTSD och dissociativa störningar. Gemensamt för dessa behandlingsriktlinjer är att de flesta är fasspecifika. Enligt riktlinjerna gör man en systematisk bedömning av trauma och dissociation utifrån olika instrument; Trauma focus screening, självskattningsformulär, tester och intervjuer. Följande är en förkortad version av behandlingsprinciper för behandling från Courtois och Ford (2009), även publicerad i Gerge (2010).

- Kroppsliga och mentala funktioner bör lugnas och regleras.
- Förmågan att inte bara stå ut utan även modulera känslomässig stress behöver etableras.
- Skapande eller återupprättande av inre arbetsmodeller för anknytning, säkerhet och förmåga att engagera sig i och lita på andra människor behöver ske.
- Dissociativa processer och uppdelningar av känslor, tankar, varseblivning, och minnen behöver adresseras. Integration av känslor, vetande och personlighet behöver främjas.
- En upplevelse av självet som helt, integrerat, effektivt, värdigt och värt kärlek behöver etableras,
- Kraften i traumatisering genom svek i nära relationer (betrayal trauma) som ofta uppstått i ambivalenta anknytningsmönster till anknytningsgestalter som utsatt patienten för övergrepp eller bristande omvårdnad behöver bearbetas.
- Individens existentiella förståelse och upplevelse av meningsfullhet i livet och i förhållande till traumatiseringen behöver bearbetas och återupprättas. (Courtois & Ford, 2009, s 90)

Relationell psykoteraeutik

Vad gäller komplex PTSD och dissociation så vet vi att denna grupp patienter har glädje av adekvat psykoteraeutik (Read et al, 2005). Tillstånden har uppstått vid bristande eller skadligt relationellt samspel med skrämnda eller skrämmande vårdnadshavare/ omsorgsgestalter. Därför läker tillstånden vid adekvat relationellt orienterad psykoteraeutik oberoende av

terapeutens teoribakgrund. Det förutsätter dock att terapeuten har kunskap om och förståelse för de dissociativa symtomen och dess läkningsprocesser. Terapier som just har till syfte att läka anknytningskador ryms inte inom korttidsterapiens ramar. Men långa terapier är inte heller effektiva om de inte har fokus på läkning av trauma och dissociation. Terapeuten behöver ha en förståelse för att dissociativa fenomen finns och vad det betyder i behandlingsarbetet. Terapeuten behöver också ha en relationell kapacitet för att kunna härbärgera motstridiga affektiva tillstånd. Detta kan efter en tillräckligt lång terapi leda till en förvärvad trygg anknytning för patienten (Gerge et al., 2010).

Idag börjar man förstå att behandlingen med dessa mest tillit skadade bör handla om att återupprätta patientens upplevelser av utsatthet och att gå in och ”laga” i den relationella väven och i anknytningsmönstren från uppväxten, alltså de föreställningar patienten har om hur det är att vara människa och vad man kan förvänta sig av andra människor (Gerge & Linder, 2012).

Enligt Holmqvist (2007) är relationell terapi en inriktning som använder samspelet i den terapeutiska situationen på ett aktivt och avsiktligt sätt. Terapeuten som person är en viktig faktor i förändringsarbetet. Det är en viktig princip att man ser terapeuten som en känslomässigt och relationsmässigt aktiv person, en person som patienten får en ny erfarenhet tillsammans med. Terapeuten är ändå expert men en som inte bara kan erbjuda nya insikter och kunskap utan även nya erfarenheter och upplevelser av hur relationer kan vara. Utgångspunkten är samspelet i terapin. Samspelet är inte ett medel för att nå något annat mål, utan det är relaterandet mellan patient och terapeut som blir själva arbetet. Den terapeutiska relationen ger en möjlighet för patienten att undersöka och observera sig själv, sina tankar, känslor och beteenden, och reflektera över detta tillsammans med en annan människa. Målet blir att öka skickligheten i att tolerera, acceptera och undersöka sig själv i relationen med terapeuten (Holmqvist, 2007).

Psykoterapeutisk – traumatologisk behandling- Tre Fas terapi

Van der Hart, Nijenhuis och Steel (2004, 2005, 2006) har gjort ett ambitiöst och nyskapande försök att organisera förståelsen av trauma och dissociation utifrån Pierre Janets (1907) tidiga fasspecifika arbete. Detta arbete har fått stort genomslag inom den moderna traumaforskningen (Wennerberg, 2010). Den fasspecifika metoden är enligt Anna Gerge (2010) och hennes medförfattare fortfarande den som gäller för traumabehandling oavsett om det är enklare eller svårare problematik. Det beskriver man också i Courtois & Ford (2009).

Enligt Gerge (2010) handlar arbetet i fas ett om säkerhet och stabilisering. Målet är att patienten ska kunna lugna och reglera sig själv. Det viktiga är att inte väcka upp mer material, tankar och känslor kring traumat, utan att lugna ner det. Det är ett trygghetsskapande relationellt arbete, alltså att öka tryggheten tillsammans med en annan människa. Det kan vara allt ifrån samtal till olika former av lugnande självhypnos, gestaltande terapiformer bild, musik, dans mm. Man ökar på detta sätt patientens upplevelse av att kunna ta hand om sig själv. Metoderna måste vara tillräckligt enkla och inte väcka traumarelaterat material. Enligt Herman (1992) sker övergången från fas ett till två ryckvis. Patienten återvinner steg för steg mer av trygghet eller förutsägbarhet i sitt liv. Patienten är redo för nästa steg då hon inte längre känner sig helt sårbar, hon vet hur hon ska kontrollera en del av sina symtom och hon vet vem hon kan få stöd av.

I fas två börjar man bearbeta de traumatiska upplevelserna. Terapeuten brukar ofta få pendla mellan fas ett och fas två beroende på patientens dagsform. Traumaarbetet är destabiliserande, alltså upprörande och överväldigande. Därför är det viktigt att patienten kan känna sig trygg och ha kontroll och gradvis närma sig det smärtsamma. Det är nödvändigt att personen befinner sig inom sitt toleransfönster (Gerge, 2010). Enligt Herman (1992) ska patienten i fas två berätta traumat fullständigt, i sin helhet. Berättelsen ska eftersom införlivas i den nuvarande personens livshistoria. Det här arbetet kan handla mycket om skam. Herman (2009) betonar vikten av kroppsliga upplevelser då det gäller traumabearbetningen. Att man ska fråga om lukterna, hjärtklappningen osv. Hon menar att en redogörelse för fakta utan medföljande känslor inte ger någon terapeutisk verkan.

Fas tre beskriver man som integration och återupprättande av normal social tillhörighet. I denna fas kan nu tolkningar och resonering förekomma mer som i klassisk psykoterapi. Ofta kan det dock bli en återgång till stabiliseringsarbete när det dyker upp traumamaterial som inte bearbetats nog. I fas tre hjälper man patienten att skapa en förmåga att vara här och nu och ta ansvar för impulser, handlingar och potential. När man kommit så här långt i terapin kan det komma mycket ilska och sorg över vad man varit med om. Patienten arbetar med att "leva som hel" människa. Viktigt också att poängtera att det finns ett "här och nu" idag som är annorlunda och tryggare än då traumat hände (Gerge, 2010).

Det finns begränsad forskning som specifikt tittar på hur terapeuten ser på uppbyggandet av relationen/alliansen med sina patienter men däremot finns det forskning som visar att terapeuter tenderar att undervärdera den psykoterapeutiska alliansen med sina patienter. Detta hoppas författarna ska uppmuntra terapeuter att fortsätta arbeta med svåra och krävande patienter (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2012).

Terapeuters utsatthet

Enligt Herman (1992) är trauman ”smittsamma”. Ibland känner terapeuter symptom på PTSD själva. Terapeuten kan, som ett vittne till händelsen, uppleva samma skräck, vrede och hopplöshet som patienten, fast i lägre grad. Detta kallas traumatisk överföring eller vikarierande traumatisering. Att vara terapeut medför alltså vissa risker för den egna psykiska hälsan. Att om och om igen få lyssna på människors grymhet rubbar oundvikligen terapeuten grundläggande tro. Det kan också öka terapeutens egen rädsla för människor i allmänhet. Terapeuter som arbetar med traumapatienter behöver fortlöpande stödsystem för att handskas med detta. Enligt Herman så kan ingen traumapatient bli frisk på egen hand, likaså kan ingen terapeut arbeta ensam med trauman. Terapeuten kan ibland försvara sig mot överväldigande känslor genom att agera t.ex. försöka rädda eller kontrollera patienten. Terapeuten bör vara inställd på att ibland förlora balansen då man har med dessa patienter att göra. Terapeuten är inte ofelbar och ska inte vara det. Hon/han ska däremot ha en förmåga att lita på andra och ta emot hjälp från andra d.v.s. ha ett säkert och pålitligt stödsystem (Herman, 1992). Gerge (2010) skriver; ”Vi behöver vara som wettexdukar, d.v.s vi behöver ha god absorberande förmåga och vara tåliga och urvridbara så att vi kan användas igen och igen” (s 235).

Syfte

Syftet med studien är att belysa hur erfarna terapeuter upplever arbetet med traumatiserade patienter. Ett annat syfte är att undersöka hur terapeuterna tar hand om sig själva med tanke på att arbetet i många stycken är krävande och fodrar hög kompetens. En avgränsning kommer att göras genom att studien innefattar enbart relationella trauman, dvs trauman som hänt i relationer mellan människor, tex våld, kränkningar, sexuella övergrepp, försummelse, hot under barndom eller vuxenliv. Studien kommer inte att beröra traumabehandling som gäller tex naturkatastrofer, bilolyckor eller krig.

Frågeställningar

Hur upplever terapeuterna relationen mellan terapeut och patient?

Hur upplever terapeuterna terapiprocessen?

Hur uppfattar terapeuten traumapatienten i förhållande till andra patienter?

Hur upplever terapeuterna att de tar hand om sig själva, på arbetet och privat?

Metod

Studien har en kvalitativ ansats utifrån att studien har till syfte att undersöka informanternas egna upplevelser och beskrivningar.

Urval av informanter

Urvalet är både ett bekvämlighets- och ett strategiskt urval. Författaren har fått rekommenderat vissa terapeuter som har erfarenhet av att arbeta med trauma. Tre erfarna psykoterapeuter har intervjuats. Informanterna var legitimerade psykoterapeuter mellan 45 och 65 år. Informanternas grundutbildningar var psykolog och skötare. Alla har arbetat inom psykiatri i 15- 25 år och har arbetat som legitimerade psykoterapeuter i 5-13 år. Två av dem har också handledarutbildning och två av dem har EMDR utbildning. Alla har gått påbyggnads utbildningar inom trauma och dissociation. Psykoterapeuterna var verksamma inom psykiatri och/eller egen psykoterapimottagning när intervjuerna gjordes. De arbetade alla med traumapatienter.

Genomförande

Informanterna kontaktades via mail och telefon. De informerades då om syftet och frågeställningarna i studien och att forskaren ville intervjua legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning som arbetade med traumabehandling. Intervjuerna har genomförts på psykoterapeuternas arbetsplatser. Intervjuguide har används med semistrukturerade frågor inom sex ämnesområden med flera följdfrågor (se bilaga 1.). Intervjuerna spelades in på dator och intervjuerna transkriberades därefter ordagrant.

Databearbetning och analys

Fenomenologisk analys tillämpades för att bearbeta materialet. Fenomenologisk analys innebär att utforska människors olika uppfattningar inom ett visst område. Det karaktäriseras av ett relationistiskt, holistiskt synsätt och en inriktning mot *upptäckter* i empirin. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Fenomenologi i kvalitativa studier, är en term som pekar på ett intresse av att förstå utifrån informanternas egna perspektiv och beskriva världen som den

upplevs av dem. Allt enligt antagandet att det som är relevant i verkligheten är vad människor uppfattar att den är (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna skrevs ut och lästes igenom flera gånger för att få ett helhetsintryck av intervjun. Därefter lästes intervjuerna igenom samtidigt som de lyssnades på så att transkriberingen stämde med texten. Därefter lade forskaren in en bred högermarginal och letade efter meningsbärande enheter. De meningar som var relevanta för studien ströks under och gavs en kod. Nästa steg var att plocka ut dessa meningar med koder och föra in dem under kategorier med liknande innehåll. Dessa kategorier med underkategorier/koder arbetades igenom flera omgångar. Arbetet fortskred med att flytta, analysera, dela upp, sätta ihop i en ständig process tills slutligen sex stycken teman utkristalliserades genom att kodning med liknande innehåll sattes samman eller togs ifrån. Till dessa teman har citat valts ut. Analysen har varit en hermeneutisk process i cirklar (Kvale & Brinkmann, 2009). Därefter gjordes en återkoppling till intervjuerna för att kontrollera att koderna hamnat under rätt tema eller om nya teman skulle behöva formuleras. (se tabell 1.)

Tabell 1. Illustration av analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
”När de kommer hit då är det PTSD, men oftast komplex PTSD”	Diagnoser	Hur beskriver de trauma arbete?	Skillnader-patienten
”Det gäller att det rister till i kroppen”	Affektmedvetenhet	Behandling	Process
”Det behövs folk överallt som orkar vara traumamedvetna”	Fråga om traumat	Samhällssyn	Traumamedvetenhet

Etiska överväganden

Studien följer Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (www.codex.vr.se/texts/HSFR) som utgår från de fyra forskningsetiska principerna information, samtycke, konfidentialitet och nyttjandekrav. Det betyder bl.a. att informanternas deltagande är helt frivilligt och att de när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva motivera det. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Resultatet kommer att presenteras på ett sätt där det inte framgår vem som deltagit i undersökningen. Detta har informanterna fått information om både i informationsbrevet och vid intervjun. Banduppspelning och arbetsmaterial kommer att makuleras efter studiens avslut.

Resultat

Alla informanter/terapeuter i studien arbetar relationellt och som de uttrycker det; ”så mycket affektfokuserat som det går”. De arbetar alla fasspecifikt, d.v.s. de arbetar med att bygga upp först och bearbeta sen. Två terapeuter arbetar med EMDR som ett komplement, en arbetar också med gruppbehandling. Den fenomenologiska analysen resulterade i följande sex olika teman.

Relationen

Alla terapeuter beskrev att relationen mellan terapeut och patient är mycket viktig och att terapin behöver bli en plats för tillitsskapande.

relationell psykodynamiker är ju ett förhållningsätt... man använder sig själv i rummet som att återskapa en trygg bas först. En bas där man vågar jobba med saker så det är relationen som kommer i förgrunden med även terapeutens affektiva upplevelse.

.. att få patienten att verkligen känna att när jag vill kan jag gå ut härifrån, jag behöver aldrig vara kvar i rummet om jag inte vill.

eftersom jag då träffar de absolut mest tillit störda individuellt så är ju svaret ja, det tar jättelång tid. Det kan ju ta flera år innan personen liksom litar på en fullständigt. Men det kan ju gå ganska fort att de litar på en ganska mycket, så är det ju.

Terapeuterna berättar att de patienter som varit utsatta för trauman ofta varit i ett underläge därför är det bra om terapeuten kan försöka vara på samma nivå som patienten.

det är ju någonting med att det här är ju patienter som har varit utsatta för att vara i ett väldigt underläge så att jag tänker att en framgångsfaktor också är att som terapeut jobba mycket med att vara på samma nivå, så trygg som möjligt.

Terapeuterna menar att om man vill skapa en god relation ska man vara öppen och så tydlig som möjligt för patienten. Patienterna bör få veta vad terapeuten har för tankar kring trauma (psykoedukation) och man ska utgå från patientens behov.

jag försöker berätta om hur jag jobbar och varför, kunskapsläget i världen och sådana saker.. och att verkligen göra det också till nåt vetenskapligt, de förstår att det här är ett område som finns.

Att skraddarsy och vara öppen som terapeut, det är det, att se patienten och hitta de verktyg och den kontakt som stämmer.

Processen

Alla terapeuterna arbetar fasspecifikt. Den första är anknytning/stabiliseringsfasen, sen är det arbetsfas och sist rehabilitering/avslutningsfas. De försöker skapa en relation och en trygg bas först och när patienten är stabiliserad kan de gå in i traumabearbetning. De berättar att även EMDR är en fasspecifik metod och den består av åtta faser.

Det följer ofta väldigt tydligt en process om faser om tre nivåer... Och sen är det, beroende på vilka ja, om man säger, inre svårigheter och vilka trasig.. trasiga delar som finns i patienten, hur fort det går och hur långt man kommer.

Det som är specifikt med EMDR, det finns flera sådana behandlingsmetoder, det är att man bygger upp först och bearbetar sen. Inte bearbetar först och bygger upp sen för det är inte säkert att de har något att falla tillbaka på hemma.

Terapeuterna använder olika konkreta sätt för att hjälpa patienten att slappna av och vara i lugn och trygghet. Terapeuterna säger att de måste vara flexibla och anpassa förhållningssättet efter patienten.

problemet med många traumatiserade det är återhämtning....Men de här som kommer de är ju paralysa freeze, skrämde när dom slappnar av så, så fort man försöker få dem att slappna av så blir det ju nästan som ett hot igen. Och då ska man börja med att se om de kan återskapa en liten trygg plats, också använder man teet, kanske någon doft, musik också hem och öva.

mindfulness är ju en övning där man har en god mentaliseringsförmåga och du föreställer dig, det krävs ju ändå ganska hög föreställningsförmåga och det har ju ibland inte dom med komplex PTSD... och de dissocierar och därför ska man va lite konkret och se.. också får dom rapportera.

och när jag känner att ja men nu har vi liksom hittat ett språkområde, nu har vi fått kontakt, symtomen har klingat av, nu är det läge att komma med.. verktyg för att hantera ångesten. Kommer man för tidigt med det så ökar ångesten och skamkänslor, oj vad jag är en dålig patient jag klarar inte ens av att göra det där enkla...så man får utgå ifrån... toleransfönstret på nåt vis, det är där jag ska hålla mig inom och skapa kontakt och det kan ju ta mer eller mindre lång tid.

Det behöver göras bedömningar hela tiden för att veta när patienten är redo att gå in i traumabearbetningen. En del väljer att inte gå in i bearbetningen, de har fått hjälp på vägen och väljer att stanna, men de kan komma tillbaka senare säger terapeuterna.

Många tycker ju, ja men du vet ju vad det handlar om.. och nu pratar vi om traumat, nu pratar vi om eländet, och då kan min bedömning vara att nej, det är fortfarande "hands off". Då vet jag att då river jag sönder försvar och då ökar symtomen och då blir det inläggning igen. Då får man försöka stoppa upp och förklara pedagogiskt vad som händer.

en del stannar upp vid stabiliseringen, om man fått en något så när lugn tillvaro, så vill de inte gå vidare in i smärtan. Ibland blir det någon form av bearbetning, det kan ju se olika ut och i alla fall leder det till en berättelse och en förståelse till varför livet har blivit och gestaltat sig och utvecklats som det har gjort.... Bearbetning eller berättelse så att säga.

Terapeuterna menar att den bearbetande fasen handlar om att berätta om trauman de varit med om men också om att uppleva känslorna kring det, våga vara i det. Terapeuterna säger att terapeuten behöver visa på att det går att vara i sina känslor, både positiva och negativa, traumapatienten har ofta stängt av sina känslor. Patienten behöver också hjälp med att känna att traumat var *då* och att nu är *nu*.

det gäller att det rister till i kroppen".... man kan ju säga det känns och man har känslor men att också göra det till att det känns som en kroppsörnimmelse, då tar det ännu djupare för man kan processa och berätta men man har ändå inte löst upp dom här neurofysiologiska blockeringarna.

När alla mår pyton och det är bara jättejobbigt, där tänker ju vi att vårt jobb är ju att bara orka, att bara liksom så här, inte stoppa upp och liksom, nu måste vi upp på ytan strategier, fungera, utan vara

i det där, att vara i så här jättejobbigt är det, och att liksom genom vår närvaro visa dem att.. men det går, det går vara i det här, det går att stå ut.

Terapeuterna talar om att lära patienten sin orkester av affekter, en affektskola.

Jag jobbar mycket med affekter, så mycket affektfokus som det går och de orkar med. Många gånger handlar det ju om, då när det är desorganiserat anknytningsmönster, handlar det ju om att ha någon form av affektskola.

Ja man får lära dem bli affektmedvetna. Så är det med i princip alla. Mycket för att det har varit farligt tänker jag att vara en kännande unge....Och skammen har hindrat dem. Lilla My..då är man ju helt avstängd då finns man inte, då känner man ingenting, då är man bara blek.

I den tredje fasen är det också en process, att förstå hur skadebilden ser ut.

Också sen tredje fasen, det är också olika lång, beroende på problematik och förmåga och ... hur skadebilden ser ut egentligen...det är ju som en pågående process att förstå hur skadebilden ser ut, hur personligheten har krackelerats och hur långt man kan komma med sammanfogande och läkningsprocess.

Skillnader- traumapatienten i förhållande till andra patienter

Terapeuterna beskriver flera saker som är annorlunda med traumapatienten i jämförelse med andra patienter. Om patienten t.ex. blir påmind om traumat, via en lukt, smak, känsel osv så kan ett återupplevande/flashback vara igång när som helst. De är som under hot hela tiden säger de.

Minnen är ju en sak. Flashbacks är ju ett återupplevande i rummet, det är den stora skillnaden. Det är ett starkare affektpåslag i rummet och det är en känsla av att man är i traumat, det återupplevs.

traumapatienter kan va fast i att hela världen är hotfull..för traumat kommer i nuet, nån kommer med en hand, kanske känner en lukt så får man tillbaks flashback.

Terapeuterna menar att det finns en felaktig bild kring förekomsten av dissociativ problematik.

sen finns det ju ganska många som har dissociativ problematik, de kommer ju nästan aldrig någonsin hit med den diagnosen utan den diagnosen får ju vi ställa, och jag tänker att mycket handlar om att man har trott att det här är ovanliga diagnoser, men det är ju helt fel. Det är ju väldigt vanliga diagnoser.

.. just när man pratar om dissociation, för man kan ju bli psykotisk också, men nu pratar vi om när man är i stuprör och det var ju kanske en överlevnadsstrategi förr, det är det ju fortfarande.. men det är ju ingen bra lösning idag.

Terapeuterna menar att patienter med dissociativ problematik kan fungera ganska bra i flera år tills det händer något speciellt i livet.

Men också de som inte har någon historia av psykiatri och så när dom är 35, så kommer de till psykiatrin och mår skitdåligt, då har liksom den här uppdelningen hjälpt dem att hålla ihop och fungera tills någon gräns... det är ju en jättebra överlevnadsstrategi, otroligt bra, men sen kommer det någon tid i livet då det brakar, som en utbrändhet på nåt sätt.

Ja, men samtidigt så kan det ju vara så att man har lagt traumat i ett stuprör, fanns inga symtom i skolan, man var jätteduktig, också kommer det sen när det händer nånting annat, det är ju så en del har varit ovetande om sina övergrepp...och då helt plötsligt så kommer hela det där som flashbacks, en del har ju övergreppen med sig hela tiden och minns dom.

Terapeuterna säger att de tror att många patienter som varit med om svåra barndomstrauman inte har fått adekvat traumabehandling. Man har inte förstått vad dessa människor varit med om och vilken hjälp de har behövt.

Många tror jag inom psykiatrin, av de här patienterna som har åkt in och ut på avdelningar och folk är jätterötta på dem för att de fattar inte vad som är fel, och håller på och är destruktiva och så där, Många, många av dem som har genom åren varit dessa patienter.

Terapeuterna beskriver också hur det är att arbeta med patienter som har dissociativa identitetsstörningar som de menar är de patienter som behöver de längsta terapierna av alla traumapatienter.

Dissociativa identitetsstörningar, det blir väldigt annorlunda för att man har på något vis en individuell grupperapi, så jag vet aldrig riktigt vem som kommer till besöket, vet inte vilka affekter som är aktiva och hur jag ska bemöta, utan man måste vara väldigt kreativ och ta det som här och nu.

Också jobbar man ju ofta i många, många år med de personerna, de fungerar ju ofta.. ibland kan de fungera på ett sätt väl, dvs de kan ha jobb och så men om man liksom ser till det inre så fungerar de ju otroligt dåligt, jättedåligt.

Skillnader- Terapeutens förhållningssätt

Alla terapeuterna säger att man behöver vara aktiv som terapeut med traumapatienter. En beskriver att när hon har traumapatienter så använder hon mer av biofysiken och fokuserar mer på patientens reflexsystem och affekter i rummet.

Skillnader, så är jag ju aktiv, jätteaktiv som terapeut...därför att dels är det ju personer med väldigt hög ångest som bara stiger tänker jag om man sitter tyst, att sitta med en patient som utgår ifrån att allting som är inuti är fel och bara sitta och liksom vara passiv det är ju katastrof.

jag är lite som nerkörd i traumapsykologi och det här sättet att se på trauma som både psykologiskt, socialt och ett neurobiologiskt perspektiv, så det är ju inte alla terapier som innehåller biofysiken som EMDR gör.

Ord som terapeuterna använder när de beskriver egenskaper som är bra att ha när man arbetar just med traumapatienter är att vara aktiv, tydlig, flexibel, öppen, tillåtande, ha mod, våga.

Vara öppen och lyhörd och att samtidigt ha ett känslomässigt mod är väldigt viktigt för en psykoterapeut som vill jobba med traumafokus. Att inte värja sig mot smärtsamma känslor, lidande, vanmakt, att härbärgera sina egna affekter helt enkelt och inte va främmande för något.

det är ju så viktigt att veta att vi måste få ha vår personlighet... Relationell terapi bygger ju på att försöka skapa autentiska ögonblick och det blir det ju inte om inte terapeuten vågar vara sig själv.

För du måste stå ut med lidandet och total vanmakt och vara beredd...och inte rädsla, inte lösa, inte agera. Nä. Så man har koll på sina egna demoner helt enkelt.

Terapeuterna pratar också om skillnader i sin kropp när de arbetar med trauma. De berättar om hur det kan kännas när en patient t.ex. berättar om övergrepp.

om det är orala övergrepp så blir man väldigt medveten om munnen, om sväljningen, om andningen och även om underlivet, man känner av det.

Jag brukar ju säga att vi är en professionell spyhink...och vi får mycket överöst i oss och vi är ju också, har den.. neurobiologiskt, så hur tar vi hand om oss så vi orkar år ut och år in?

Alla terapeuterna gör skillnad mellan PTSD och komplex PTSD. De säger att det är skillnad på terapin beroende på vilka man arbetar med, om de har anknytningstrauman, så tar det längre tid eftersom tilliten är så skadad.

De gånger jag jobbar med "enkla" trauman ...då går det ju mycket, mycket fortare, man kan ju vara i traumat och exponera och utsätta människan för.. tillbakablickar och konfrontation och man kan bygga berättelsen tillsammans mycket snabbare.

medan om du har ett anknytningstrauma... så blir det ett mycket mer mödosamt arbete, mer tidsödande.. framgångarna kommer långsammare.. det är svårt att se resultatet av en given insats, utan man får följa med och bedöma, ta nya bedömningar, se hur läkningsprocessen kan framskrida.

Terapeutens egenvård

Terapeuterna uppger att handledning, utbildning och stöd från arbetskamrater är viktigt för att orka med arbetet.

Handledning för det första. Sen behöver man också en grupp terapeuter tänker jag som är intresserade av området så man har någon att prata med, bolla teorier, utvecklas tillsammans med, det är också jättebra.

Det är viktigt med utbildning. Att fortlöpande gå kurser eller åka på konferenser så man får den här teoretiska överbyggnaden för det känslomässiga.

Handledningen är ju otroligt viktigt med tanke på sekundär traumatisering.

Terapeuterna är på olika arbetsplatser och har olika stöd från sin ledning. På en del arbetsplatser fungerar det mycket bra och på andra ställen mindre bra. Om man har en ledning som är traumamedveten så gör det en stor skillnad enligt terapeuterna.

.. så nu känns det som att vi har en sån där liksom rakt led upp där alla.. nu säger att det här är ett prioriterat område så just nu känns det som en otrolig trygghet i det jobb vi gör och alltså det gör en sån stor skillnad. Periodvis har det ju känts som att, jo vi vet att det här finns och vi vet att det är jätteviktigt men ingen annan.

man blir väldigt ensam som terapeut, jag kan ju arbeta med en läkare som inte alls har ett traumaperspektiv och många gånger behöver man någon till, som mer terapeutens stödkontakt, och en läkare... där saknar jag ju en medvetenhet, en tydlig traumamedvetenhet på en organisatorisk nivå, att man tog mer hänsyn till människan och traumat än till diagnosen.

Alla terapeuterna pratar om hur viktigt det är att ta hand om sig som terapeut, både på arbetet och hemma. Det är dock stora skillnader inom psykiatrin på olika ställen, hur mycket man

arbetar ensam eller i team men alla terapeuterna är överens om att man mår bäst som terapeut om man har ett team omkring sig.

det är väldigt avlastande att man inte sitter ensam med ett ärende utan att man i synnerhet kanske om jag har ett individuellt ärende att någon annan har gjort en bedömning så någon annan vet, hur är det att ha den här patienten i rummet, jätteviktigt.

..alltid ha våra dörrar öppna när vi inte har patienter och vi försöker att inte avvisa varandra ...också har vi ju handledning och träffar och vi har ju mycket sådant gemensamt så att vi hjälps åt att bära de personer som vi har här, oerhört viktigt.

man lär sig att säga att det här klarar inte jag av, för jag är bra nog ändå. Inte att jag kan allt och jag fixar allt. Så det är viktigt att vara snäll med sig själv som terapeut.

Terapeuterna har olika knep de tar till för att ta hand om sig.

Naturen är det mest sinnensnärvarande vi kan vara med om. Om man kan öva upp sin förmåga att förflytta sig, slappna av och vara i stunden, en meditation en stund, så kan det hjälpa en att hantera det man har varit med om och hört berättas om.

sen finns det ljudfiler och jag kan ta mig en sådan här "pover" ... Vi måste vara rädd om oss som instrument.

Ibland så går man till en kollega och då får man en relation och ett möte för det man har varit med om orkar man inte bära själv, så det är viktigt att inte göra allting själv.

Terapeuterna menar också att det är viktigt att ta hand om sig på sin fritid, att välja vad som är hälsosamt att engagera sig i och inte.

Sen så får man se till att ha ett roligt liv, att lämna jobbet på jobbet det, det är ju skitviktigt, försöker göra saker på min fritid som är annorlunda, inte som har med jobbet att göra.

nu när alla pratar om hur ska man engagera sig i flyktingfrågan, och jag känner, jag ska inte det, tyvärr det går inte. Jag kan inte både göra det här hela dagarna och sen möta en massa andra öden på min fritid, då tror jag att jag brinner upp.

man märker med åren särskilt, att man blir påverkad, man blir socialt trött och så. Hemma på kvällen och det ringer; åh nej vem vill prata nu?

Att ha vänner, och en familj som förstår är viktigt.

Det är viktigt att ha sociala relationer, att ha vänner och bekanta och ...vila under fritiden, göra lustfyllda saker, göra sånt som är roligt.

Det är viktigt att ha en familj som respekterar det man gör och förstår....

Traumafokus

Alla terapeuterna är eniga om att de som arbetar inom vården behöver ha ett traumafokus. Att tänka på trauma och fråga patienter om de varit med om trauman i sitt liv, på samma sätt som man frågar om alkohol och rökning. Det är viktigt för att människor ska kunna få den behandling de behöver.

Det behövs folk överallt som orkar vara traumamedvetna och se att familjer kan vara otroligt skadliga för barn. Hemmet är den farligaste platsen.

och samtidigt så tänker jag att det verkligen är det som alla måste fråga om.. att alltid, alltid fråga om det.. Ja precis som det där man frågar om alkohol och rökning. Standard.

det är vi som vårdmänniskor som måste veta det här därför patienten gör ofta inte kopplingen, alltså de kan ha varit utsatta för övergrepp som barn och mår skitdåligt nu men de ser inte kopplingen, de tänker inte att det hänger ihop.

Diskussion

Studiens syfte var att belysa hur erfarna psykoterapeuter upplever patienten, relationen och terapiprocessen kring traumatiserade patienter samt skillnader i arbetet med dem jämförelsevis med andra patienter. Men även hur terapeuterna tar hand om sig själva med tanke på att arbetet i många stycken är krävande och fodrar hög kompetens. Intervjuerna med psykoterapeuterna genomsyrades av hur viktig relationen till patienten är och hur viktigt det är att vara flexibel och anpassa terapin efter varje enskild patient. Processen i terapin är olika för varje patient eftersom alla patienter är olika, men alla terapeuter arbetar i faser när de arbetar individuellt. Traumapatienten till skillnad från andra patienter lever ofta under hot på det sättet att de ständigt är på sin vakt, återupplevanden/flashbacks kan dyka upp när som helst och då är patienten i traumat igen. När det gäller terapin så menar alla terapeuter att de måste vara aktiva med traumapatienter. Om terapeuten har en mer lyssnande hållning fylls patienten av sitt eget svåra inre, ångest, skam och skuld. När det gäller psykoterapeutens egenvård så säger de att det är viktigt att ta hand om sig i det psykoterapeutiska yrket. De behöver regelbunden handledning, men också utbildning. Vad som också är mycket viktigt är att man har stöd från arbetskamrater och ledning. De behöver också- som patienterna- hitta någon inre avslappning för att orka bära/härbärgera lidande åt andra.

Relationen

Terapeuterna menar i intervjuerna att relationen mellan patient och terapeut är det viktigaste i terapin. Terapeuterna använder sig själva i rummet för att skapa en trygg bas, det behöver vara så tryggt som möjligt, vilket innebär att de försöker vara på samma nivå som patienten. De säger också att terapeuten behöver bli tydlig för patienten tex genom psykoedukation, att visa patienten vad terapeuten utgår ifrån för tankar omkring trauma, vad som finns att läsa om trauma o.s.v. Eftersom tilliten ofta är skadad för traumapatienten kan det ta lång tid innan patienten känner full tillit, men det kan gå ganska fort att de litar på en ganska mycket säger terapeuterna. Bowlby (2001) beskrev en ”trygg bas” som en viktig förutsättning där han menade att psykoterapin kan utvecklas till en anknytningsrelation. Då kan terapeuten fungera som en trygg bas för patienten och patienten kan få en ny relationell erfarenhet, en förvärvad

trygg anknytning. Den psykoterapeutiska relationen leder till en ”hållande miljö” där patienten kan utforska smärtsamma och skamfyllda delar av sig själv (Wennerberg, 2010). Det är detta terapeuterna berättar om, att få till en så trygg bas som möjligt för att sen kunna undersöka och bearbeta de trauman som finns. Detta stämmer också väl med vad Holmqvist skriver om relationell terapi, terapeuten ska vara en relationellt aktiv person. Målet blir att öka patientens skicklighet i att tolerera och acceptera sig själv och också undersöka sig själv tillsammans med någon annan. Utgångspunkten är samspelet i terapin (Holmqvist, 2007). Courtois och Ford (2009) anger att en av behandlingsprinciperna är att skapa eller återupprätta inre arbetsmodeller för anknytning, säkerhet och förmåga att engagera sig i och lita på andra människor. Det stämmer väl överens med vad terapeuterna gör i relationsskapandet. En reflektion som kan göras är att detta är en konst och det kan vara mycket tålamodsprövande eftersom en av svårigheterna för patienter med anknytningstrauman är närhet, de tror att det kommer att hända något farligt om han eller hon öppnar sig. De är rädda för sin inre värld och därför är det smärtsamt och svårt för patienten att prata om sig själv. Det är också därför arbetet tar lång tid (Gerge, 2010).

Processen

Terapeuterna beskriver att de alla arbetar fasspecifikt i sina individuella terapier. Detta stämmer mycket väl med det Courtois och Ford beskriver (2009) att det är fasspecifikt arbete man rekommenderar när det gäller PTSD, komplex PTSD och dissociativa störningar. Terapeuterna beskriver att de bygger upp först och bearbetar sen, patienten ska alltså kunna lugna och reglera sig själv först, innan bearbetning av traumat sker. Detta är i linje med det Courtois och Ford (2009) skriver i sina riktlinjer, att kroppsliga och mentala funktioner bör lugnas och regleras först. Terapeuterna upplever detta arbete som mycket viktigt och att det är en förutsättning för nästa steg i behandlingen.

Enligt terapeuterna är olika tekniker för avslappning bra under första fasen. Gerge beskriver att det kan vara allt ifrån lugnande självhypnos, gestaltande terapiformer, bild, musik, dans mm (2010). Terapeuterna pratar om att mindfulness är en bra stabiliseringsteknik men man måste anpassa den till patientens förmåga. Den kan enligt terapeuterna vara för uppväckande, d.v.s det väcker upp traumamaterial för en del svårt traumatiserade människor, så man måste prova sig fram vad som fungerar säger de. Enligt terapeuterna kan det räcka med enkla övningar som att föreställa sig en ”trygg plats” som finns i verkligheten eller i fantasin där patienten försöker lugna sig själv och slappna av. Detta skriver också Gerge om att teknikerna

måste förenklas för de mest tillitsstörda (Gerge, 2010). Detta med trygg plats skriver även Herman om (1992).

Det finns inte vetenskapligt stöd för att *en* behandlingsmetod är tillräcklig för de svårare tillstånden kring trauma och därför rekommenderar Courtois och Ford (2009) en kombination av flera olika behandlingar. Dessa svårare tillstånd har uppstått vid bristande eller skadligt relationellt samspel med skrämmande eller skrämnda vårdnadshavare och därför läker tillstånden i relationellt orienterad psykoterapi oberoende av terapeutens teoribakgrund. Terapeuten bör dock ha en förståelse för dissociation och dess läkningsprocesser. Detta överensstämmer med vad terapeuterna beskriver, att man måste skräddarsy behandlingen och anpassa terapin efter patientens inre svårigheter och trasiga delar som finns. För tidig exponering för traumat är direkt olämpligt enligt Courtois och Ford (2009). Precis som terapeuterna också säger; ”går man in i traumaarbete för tidigt så rivs försvar upp och då ökar symtomen också blir det inläggning igen”. Enligt Herman (1992) sker övergången från fas ett till två ryckvis. Patienten återvinner steg för steg mer av trygghet och förutsägbarhet i sitt liv (Herman, 1992). Detta förklarar varför det inte räcker med *en* terapiform, det är en anpassning hela tiden till vad patienten klarar av.

Enligt terapeuterna handlar bearbetningsfasen om att berätta om vad man varit med om men även att det rister till i kroppen, alltså att det blir en kroppsförnimmelse, som en av terapeuterna säger. Enligt terapeuterna är det viktigt att finnas med och stå ut i det jobbiga med patienten, att inte försöka hålla upp det utan vara i det jobbiga tillsammans med dem. Detta överensstämmer med vad Herman (1992) beskriver om vikten av kroppsliga upplevelser då det gäller traumabearbetningen. Hon menar att terapeuten ska fråga om hur det känns i kroppen, d.v.s. lukterna, hjärtklappningen o.s.v. Hon menar att en redogörelse för fakta utan medföljande känslor inte ger någon terapeutisk verkan.

Skillnader- Traumapatienten i förhållande till andra patienter

En skillnad terapeuterna tar fasta på är att traumapatienten lever som under hot och kan få flashbacks när som helst. Patienterna är på sin vakt för när som helst kan ett återupplevande ske säger terapeuterna. Enligt Michel (2010) sitter den höjda anspänningen kvar länge. De har i förhållande till kontrollgrupper förhöjd hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck. Denna ökade känslighet är ett uttryck för hyperresponsivitet i amygdala och kan finnas kvar i år, till och med årtionden efter en traumatisk händelse om man inte får hjälp (Michel et al. 2010). Det blir begripligt att traumapatienter har mycket symptom om de hela tiden går på en hög

anspänning samt att de kan få många följsjukdomar, både fysiska och psykiska. (Ryden och Wallroth, 2010).

Terapeuterna säger att en betydlig skillnad gentemot andra patienter är att en del traumapatienter har dissociativa svårigheter. Enligt terapeuterna är det vanligt att traumapatienterna har dissociativa svårigheter och att de finns inom psykiatrin men man har inte upptäckt eller förstått att det är trauma och dissociation det handlat om. Det är ju vanliga diagnoser, säger en av terapeuterna. Trots att forskning säger att det är vanligt med fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp och försummelse i barndomen (Read, 2005) d.v.s trauman, så fortsätter kliniker att underdiagnostisera traumarelaterade störningar menar Gerge (2010). Förhoppningsvis kommer detta att uppmärksammas mer och mer. Forskningen visar ju så tydligt att det förekommer våld i familjer och att stor procent får fysiska och psykiska sjukdomar.

Skillnader- Terapeutens förhållningssätt

När det gäller skillnader kring terapeutens förhållningssätt framkom att alla terapeuter tycker att man behöver vara aktiv, öppen och lyhörd som terapeut med traumapatienter. Vid alla terapier är det ju viktigt med det relationella arbetet och att skapa tillit men med de mest tillitsskadade patienterna, de med komplex PTSD och dissociation så behöver terapeuten tänka extra mycket på detta säger terapeuterna. Gerge och Lander (2012) beskriver att ju mer den traumatiserade människan mist sin tillit till andra desto viktigare är det för terapeuten att hjälpa människan att känna tillit igen. När man sammanfattar det som framkommit i studien så handlar det mycket om att skapa tillit i samtalsrummet. De svårare tillstånden har uppstått vid bristande eller skadligt relationellt samspel och behöver därför läkas vid relationellt orienterad psykoterapi oavsett terapeutens teoribakgrund (Read et al, refererad i Gerge, 2010). Vi hamnar här åter tillbaka på vikten av att skräddarsy behandlingen, vara flexibel, göra bedömningar hela tiden för att se hur svårt tillitsskadad patienten är.

Terapeuterna säger också att man bör ha ett känslomässigt mod som terapeut med traumapatienter och inte agera och försöka rädda och lösa. Terapeuterna berättar att de påverkas fysiskt också, blir medveten om sin egen kropp. Herman (1992) beskriver att det kan bli så att terapeuten försvarar sig mot dessa överväldigande känslor genom att agera, t.ex. försöka rädda eller kontrollera patienten. Hon menar att terapeuten bör vara inställd på att ibland förlora balansen då man arbetar med dessa patienter.

Terapeutens egenvård

Under temat Terapeutens egenvård berättar terapeuterna att det är viktigt att ta hand om sig som terapeut för att orka år in och år in. Alla terapeuterna pratar om att de är svårt när inte läkaren eller ledningen är traumamedvetna. En beskriver att de just nu har traumamedveten personal hela vägen upp och att det har blivit sådan skillnad. Nu förstår de vad vi pratar om säger hon. Samhällsmässigt så ser man att våld har uppmärksammats mer och man har på senare år uppfört kvinnofridsmottagningar och mansmottagningar på många håll i landet. Man vet också att barn far illa av att bevittna våld i hemmet. Trots detta så menar alltså terapeuterna i studien att vårdpersonal på många håll inte är traumamedvetna. Detta är också något som Gerge beskriver. Hon menar att ett steg på vägen mot att spara både pengar och lidande är att vi som behandlare börjar fråga människor om traumaupplevelser. Patienter berättar sällan spontant om trauman, särskilt inte om sexuella övergrepp (Gerge, 2010, 2013).

Terapeuternas beskrivning av behovet av stöd i arbetssituationen och i privatlivet stöds av både Gerge (2010) och Herman (1992) Gerge skriver att det finns risk att terapeuten blir existentiellt utmattad och därför behöver man ha ett eget bra liv. Den västerländska handledningen vi har här bör kompletteras med avspännings och regleringstekniker tycker hon. Som traumaterapeut ska man vara bra på att lugna och reglera sig själv och hon anser att alla terapeuter bör lära sig någon avslappningsteknik. Med hjälp av dessa tekniker kan vi fungera trots den belastning vi utsätts för (Gerge, 2010). Herman (1992) drar det så långt att hon menar att ingen klarar att konfronteras med trauman ensam. Om en terapeut är ensam i sin yrkesverksamhet, bör hon avbryta arbetet tills hon har ett stödsystem runt om sig säger hon. På samma sätt som traumapatienten inte kan bli frisk på egen hand så kan inte heller terapeuter arbeta på egen hand med trauma enligt henne. Hon skriver också att terapeuten kan känna symtom på ”traumatisk motöverföring” eller sekundär traumatisering (vikarierande traumatisering). Terapeuten upplever då samma skräck, vrede och hopplöshet som patienten fast i lägre grad. Därför är det mycket viktigt att ta hand om sig som terapeut (Herman, 1992). Min uppfattning av terapeuterna i denna studie är att de lärt sig genom åren att de måste ta hand om sig för att orka. De är alla tydliga med vad de själva behöver, och inte behöver för att orka med. Jag upplever att alla terapeuterna har ett starkt intresse och engagemang för sitt arbete och sina patienter, att de tycker att arbetet är påfrestande men att det är värt det. Att det ger dem så mycket. Herman skriver att terapeuten är inte ofelbar och ska inte vara det. Hon/han ska däremot ha en förmåga att lita på andra och ta emot hjälp från andra, ha ett säkert och pålitligt stödsystem (Herman, 1992).

Traumafokus

Ett intressant resultat som framkommit inom flera av de teman som utkristalliserats i undersökningen är att terapeuterna har pratat om traumamedvetenhet eller traumafokus. De menar att alla inom vården behöver ha ett traumafokus, dvs behöver tänka på och fråga patienter om de har varit med om trauman i sitt liv på samma sätt som läkare och annan vårdpersonal frågar om rökning, alkoholvanor och motion. Detta är viktigt för att de människor som lider av traumarelaterade symtom och sjukdomar ska få den vård och den hjälp som de behöver. Det är inte säkert att patienten gör kopplingen själv, att de mår dåligt idag pga t.ex. övergrepp de varit med om som barn.

Trots att det forskats mycket och skrivits mycket omkring trauma så är det alltså svårt att få till ett traumafokus inom vården. Det är inte något nytt att det förekommer fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp och försummelse i barndom eller vuxenlivet och ändå är vårdpersonal inte traumamedvetna och frågar om trauma. Även inom psykiatrin fortsätter kliniker att underdiagnostisera traumarelaterade störningar. Hur kan det komma sig? Förhoppningsvis kommer detta att uppmärksammas mer och mer, så att traumapatienter får den vård de så väl behöver.

Metoddiskussion

Denna studie har varit ett försök att förstå, snarare än att förklara hur terapeuter upplever arbetet med traumapatienter. Vid en kvalitativ studie är oftast generaliserbarheten låg. Studien har enbart bestått av tre intervjuer vilket gör att generaliserbarheten är liten men resultaten har styrkts av tidigare forskning. Resultatet kan ses som ett bidrag till ökad medvetenhet omkring trauma. Informanterna/terapeuterna i studien var utvalda med bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval är inte representativt för populationen. Urvalet har också varit strategiskt, d.v.s terapeuterna var alla vidareutbildade inom trauma och dissociation, de var så att säga traumamedvetna, vilket ökar giltigheten i studien. Det var ett brett ämne och intressanta sidospår har hela tiden uppmärksamats. Man kan t.ex. undersöka mer ingående kring detta med diagnoser och varför man inte tagit med komplex PTSD i DSM-5. Man kan också undersöka mer utifrån patientens synvinkel, intervjua patienter som har gått igenom traumabehandling och hur de upplevt det, vilket vore intressant. Ett annat intressant ämne är att titta mer på vad som händer i kroppen vid trauma, olika fysiologiska förändringar. Det är rimligt att anta att studien är färgad av mig, vad jag har varit mest intresserad av o.s.v, något som kan ha påverkat kodning och analys av intervjumaterialet. Om fler personer deltagit hade studiens giltighet ökat.

Slutsatser

Studien tyder på att relationen är det viktigaste för att uppnå resultat i terapier även med traumapatienter. Det framkommer också att terapiprocessen bör vara fasinriktad och att terapeuten behöver göra bedömningar under hela behandlingen för att veta när patienten är redo att gå in i nästa fas. Studien tyder också på att det finns skillnader i arbete med traumapatienter i jämförelse med andra t.ex så lever traumapatienten som under hot, återupplevanden/flash backs kan överraska när som helst. De mest tillitsskadade kan också ha dissociativa svårigheter vilket försvårar terapin. Studien tyder också på att terapeuternas sätt att ta hand om sig, självomhändertagandet är avgörande för att orka med detta arbete.

Referenser

- Bowlby, J. (2001). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. (P. Wiking, övers.) Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1994)
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brynielsson, J. (2014). *Traumahistorik och traumarelaterad symtombild hos patienter inom vuxenpsykiatri*. (Specialistutbildning, Klinisk psykologi, Linköpings universitet)
- Cloitre, M. (2001). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behavior Research and Therapy, 41*, 2.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guilford Press
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford press.
- Gerge, A. (2010) *Trauma: Psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Ludvika: Dualis förlag AB.
- Gerge, A. (Red.). (2010). *Psykoterapi vid dissociativa störningar*. Stockholm: Insidan förlag.
- Gerge, A., & Lander, K. (2012). *PTSD- En handbok för dig som drabbats av psykisk traumatisering som barn eller vuxen*. Stockholm: Insidan förlag.
- Gerge, A. (Red.). (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga*. Stockholm: Insidan förlag.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E. & Zeek, A. (2014). Accuracy of therapists perceptions of patients alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research, 25*, (4), 408-419.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma och tillfrisknande: Om följderna av incest, våldtäkt, krig och tortyr och behandlingen av dessa trauman*. Mölndal: Psykoterapihuset.
- Holmqvist, R. (2007). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm: Liber AB.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*. London: The Macmillan Company.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*, 1048-1060.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Michel, P. O., Bergh Johannesson, K., Lundin, T., Nilsson, D., & Otto, U. (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 112,(5), 330-350.
- Ryden, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering- Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och kultur.
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., ... Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 364-371.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. New York: Norton & Company.
- Van Der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., Mcfarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *The American journal of psychiatry*, 153, 83-93.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR>
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & kultur.

Tillkännagivanden

Jag vill börja med att tacka de tre psykoterapeuter som ställde upp och deltog i denna studie. Det har varit otroligt lärorikt och intressant att få ta del av era erfarenheter av psykoterapi med traumapatienter. Jag har känt av ert genuina intresse och engagemang för dessa patienter. Ett stort och varmt tack för era värdefulla åsikter, erfarenheter och tankar som ni delade med er av.

Jag vill också tacka min handledare Helene Ybranth som har gett goda råd och värdefulla synpunkter. Stort och varmt tack för din tid och din professionella och kvalificerade hjälp.

Bilaga 1

Hej

160118

Jag heter Ingela Jonsson och går psykoterapeutprogrammet med psykodynamisk inriktning på Umeå universitet.

Jag har en tjänst som familjerådgivare inom Umeå kommun.

Inom ramen för min utbildning kommer jag att göra en studie på temat trauma. Som underlag för studien skulle jag vilja intervjua dig som är legitimerad psykoterapeut och har erfarenhet av behandling av trauma. Intervjun tar ca en timme och kommer att spelas in med ljudupptagning på den plats vi kommer överens om. Jag kommer att följa Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (www.codex.vr.se/texts/HSFR). Det betyder att ditt deltagande är helt frivilligt och att du när som helst kan välja att avbryta ditt deltagande utan att behöva motivera det. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt där du är helt anonym. Resultatet kommer att presenteras på ett sätt där det inte framgår vem som deltagit i undersökningen. Efter studien är avslutad kommer intervjumaterialet att raderas. Den färdiga uppsatsen kommer att finnas tillgänglig för allmänheten på en digital uppsatsdatabas, DiVA. (www.diva-portal.org).

Jag vill undersöka:

- Hur ni arbetar med traumapatienter
- Terapiprocessen i en traumabehandling
- Relationen terapeut- patient

Har du frågor kan du kontakta mig på tfn 073-8013283 eller e-post jonssons@bredband2.com

Med vänlig hälsning

Ingela Jonsson

Bilaga 2

Intervjuguide
Ingela Jonsson

160124

Hur arbetar psykodynamiskt skolade leg psykoterapeuter med vuxna patienter som upplevt trauma under sitt vuxenliv eller barndom?

1. Terapeutens bakgrund

- Hur länge har du arbetat som psykoterapeut?
- Specialistutbildningar?
- Hur ser dina arbetsuppgifter ut idag?

2. Begrepp/diagnoser mm

- Använder du intervjuer och/eller självskattningsformulär, screeninginstrument?
- Vad har patienterna för diagnoser när de kommer till dig?
- Har du någon uppfattning om hur länge dina patienter burit med sig sitt trauma innan dom fått hjälp, alltså innan dom fått en traumabehandling?

3. Behandling

- Vad använder du för metoder i traumabehandling?
- Kan du beskriva skillnader, likheter med att arbeta med trauma i jämförelse med andra terapier?
- Arbetar du på olika sätt med olika typer av trauman?
- Har du haft patienter som du upplever delar upp sin personlighet? Blir arbetet annorlunda med dem?
- Framgångsfaktorer? Vad är det viktigaste, vad fungerar i arbetet med traumapatienter?

4. Det terapeutiska arbetet

- Hur ser du på faser eller processer i traumaarbetet?
- Hur gör du när du skapar allians med patienten?
- Finns det egenskaper hos behandlaren som är särskilt viktiga?
- Kan du berätta något om dina erfarenheter av överföringar eller motöverföringar i behandling av traumapatienter?
- Lugna och trygga patienten? Hur gör du?
- Undervisar eller informerar du patienten om vad trauma är?
- Finns det saker som dyker upp med dessa patienter som du inte ser hos andra? Hur hanterar du det i samtalet?

-Hur jobbar du med affekter i terapin?

-Vad har inspirerat ditt sätt att behandla?

-Finns det nåt du saknar för att kunna arbeta på ett bra sätt med dessa patienter?

5. Egenvård

-Hur hanterar du trauman du får höra om?

-Känner du av några symtom när du arbetar med traumapatienter?

-Hur tar du hand om dig själv?

-Har du handledning? Enskilt, grupp?

6. Finns det något annat du vill ta upp gällande traumabehandling?