



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2012

VAR FINNS HJÄLPEN?

- om komplex traumatisering och traumabehandling

WHERE IS THE AID?

- about complex trauma and traumatreatment

Författare: Charlotte Block

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	<i>Syfte</i>	1
2	Teoretisk bakgrund	1
2.1	<i>Trauma</i>	1
2.2	<i>Traumats efterverkningar</i>	2
2.3	<i>Behandling</i>	4
3	Tidigare forskning	5
3.1	<i>Empiriska vetenskapliga studier</i>	5
3.2	<i>Erfarenhetsbaserade studier</i>	6
4	Frågeställningar	7
5	Metod	7
5.1	<i>Undersökningsdeltagare</i>	7
5.2	<i>Undersökningsmetod</i>	7
5.3	<i>Validitet</i>	7
5.4	<i>Reliabilitet</i>	8
5.5	<i>Datainsamlingsmetoder</i>	8
5.6	<i>Bearbetningsmetod</i>	8
5.7	<i>Genomförande</i>	8
6	Forskningsetiska frågeställningar	9
7	Resultat	9
7.1	<i>Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?</i>	9
7.2	<i>Terapeutens upplevelse av att arbeta med komplext traumatiserade individer</i>	10
7.3	<i>Får individer med diagnosen komplex PTSD den hjälp de behöver?</i>	12
8	Diskussion	14
8.1	<i>Metoddiskussion</i>	14
8.2	<i>Resultatdiskussion</i>	15
8.3	<i>Förslag till fortsatt forskning</i>	17
	Referensförteckning	18
Bilaga 1		20

Sammanfattning

Det finns ett klart samband mellan komplex traumatisering och psykisk och fysik ohälsa. Många människor har stora problem med det dagliga livet och relationer. Förutom det personliga lidandet är effekterna av komplex traumatisering av stor samhällsekonomisk betydelse. Syftet med studien är att undersöka psykoterapeutisk behandling av traumatiserade patienter inom icke specialiserade enheter. Frågeställningarna i studien är: Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen? Vilka är terapeuters upplevelse av att arbeta med komplext traumatiserade individer? Får individer med diagnosen komplex PTSD den hjälp de behöver? Den metod som använts är en kvalitativ studie där sex legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning intervjuas. Resultatet av studien visade att effekterna av komplex traumatisering är omfattande och svåra att diagnostisera. Tillståndet har ofta utvecklats till kroniska besvär, t ex ångest och depression, somatiska besvär och personlighetsstörning. Det finns svårigheter och hinder för att traumatiserade patienter ska få adekvat hjälp och utifrån resultatet saknas det i dag både resurser och effektiva behandlingsmetoder. Kunskapen om trauma och dess effekter måste i ökad utsträckning uppmärksammas och prioriteras i tidigare skede inom vård- och behandling.

Nyckelord: Komplex trauma, komplex PTSD, Uppväxttrauma, Traumafokuserad behandling, EMDR

Keywords: Complex trauma, Complex PTSD, Childhood sexual an physical abuse, Trauma focused treatment, EMDR

1 Inledning

Man vet idag att det finns ett klart samband mellan komplex traumatisering och psykisk och fysisk ohälsa och flera studier visar vilka massiva effekter långvarig och upprepad traumatisering kan få. Många traumadrabbade har sämre fysisk och mental hälsa, drog och alkoholproblem. De har stora problem med det dagliga livet och relationer. Denna grupp har också en sämre utbildningsnivå och många hamnar utanför arbetsmarknaden (Felitti, 1998). Ju tidigare en människa utsätts för känslomässiga problem under utvecklingen, ju sämre är prognosen och effekten av behandlingen. Bedömning och behandling är ofta komplicerad för terapeuten. Den traumadrabbade uppvisar ett brett spektrum av symtom och riskerar att feldiagnostiseras som borderline störning eller psykos, och i samband med en krisreaktion kan det upptäckas att patienten lider av långt mer omfattande problem och symtom som mer liknar de vid PTSD. Det är inte ovanligt att den traumadrabbade har mött flera behandlare utan att ha fått eller kunnat tillgodogöra sig adekvat hjälp (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Förutom det personliga lidandet har effekterna av komplex traumatisering stor samhällsekonomisk betydelse och kravet på professionell psykiatrisk hjälp kommer sannolikt att öka i framtiden. Idag saknas både resurser och effektiva och evidensbaserade behandlingsmöjligheter (Michel, Berg Johannesson, Arnberg & Lundin, 2011).

1.1 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka psykoterapeutisk behandling av traumatiserade patienter inom icke specialiserade enheter.

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Trauma

Enligt Dyregrov (2010) kan ett psykiskt trauma definieras som *"en överväldigande och o-kontrollerbar händelse som innebär en extraordinär psykisk påfrestning för den som drabbas av händelsen. Vanligtvis sker detta hastigt och oväntat, men vissa händelser upprepar sig i mer eller mindre samma form (till exempel vid misshandel och sexuella övergrepp) utan att man kan förhindra det"*(s.10). Olika situationer som kan beskriva en traumatisk situation. Det kan röra sig om hot om våld, både i offentlig miljö, på institution och i familjen; fysiska och psykiska övergrepp mot barn; olyckor och katastrofer; plötsliga dödsfall och slutligen så kallade "nästan - olyckor" med bra utgång. Fysiska och psykiska övergrepp mot barn ger mer omfattande och fler typer av efterverkningar än andra våldshändelser eller en enda. Liotti (2006) menar att även anknytningsrelationen är viktig i förståelsen av trauman. Otrygg anknytning under barndomen utgör en riskfaktor för att utveckla vissa former av psykopatologi som vuxen. Wennerberg (2010) skriver, *"Om det känslomässiga bandet till anknytningspersonen tunnas ut eller klipps av förlorar barnet också sitt själv, möjligheten att organisera och strukturera sina erfarenheter och uppleva mening"*. Wennberg fortsätter längre ned på sidan, *"Det är därför som övergivenhet, separation och anknytnings förlust inte bara representerar en ökad utsatthet för fysiskt hot, utan också – och kanske först och främst – ett hot mot barnets psykologiska överlevnad"* (s. 256). I den föreliggande studien kommer begreppet "komplex traumatisering" att användas för att beskriva tillstånd i linje med diagnosen komplex PTSD.

2.2 Traumats efterverkningar

Människor som upplever traumatiska situationer behöver nödvändigtvis inte utveckla långvariga posttraumatiska problem. En bra livssituation, tillräckligt med resurser och en väl fungerande omgivning kan medföra att många individer klarar sig bra både under och efter traumatiska händelser. En del individer däremot, utvecklar PTSD- liknande problem och symptom (Dyregrov, 2010). Enligt Michel et al. (2011) kommer 60-80% att exponeras för potentiellt traumatiska händelser under sin livstid. Av dessa kommer 5-30% att riskera att drabbas av allvarligare posttraumatiska stressreaktioner som t ex depression, posttraumatiskt stressyndrom eller missbruk. Händelser som innehåller interpersonellt våld, t ex våldtäkter, rån och misshandel leder i större utsträckning till kroniska besvär jämfört med olyckor eller naturkatastrofer. Faktorer som påverkar utveckling av PTSD utgörs bl. a av: sårbarhet pga tidigare utsatthet; pågående parallell livsstress; lägre socioekonomisk status; personlighetsdrag av inåtvändhet, nervositet, passivitet, och osjälvständighet; lägre begåvning/ utbildning samt kvinnligt kön och låg ålder.

2.2.1 PTSD

För att diagnosen posttraumatisk stressyndrom ska kunna ställas måste vissa kriterier uppfyllas. Första kriteriet är att personen ska ha upplevt, bevittnat eller konfronterats med en händelse eller en serie händelse som innebär död, allvarlig skada (eller hot om skada) eller hot mot egen eller andras fysiska integritet. Personen ska ha reagerat med stark rädsla, hjälplöshet eller skräck. Andra kriteriet är att individen återupplever den aktuella situationen på nytt genom återkommande och påträngande bilder och känner starkt obehag inför situationer som påminner om den ursprungliga händelsen. Tredje kriteriet är olika undvikandereaktioner. Fjärde kriteriet omfattar symptom på överspändhet som t ex sömnproblem, irritation och överdriven vaksamhet. Tillståndet skall ha varat längre tid än en månad och medföra lidande och tydlig nedsatt funktionsförmåga (APA, 1994).

2.2.2 Komplex PTSD

Herman (1992) menar att diagnosen PTSD i sin ursprungliga form inte ger en tillräcklig beskrivning av symtombilden efter upprepade traumatiska händelser under uppväxten som t ex emotionellt missbruk och försummelse, sexuella övergrepp, fysisk misshandel och vittne till familjevåld. *"De bestående ångestkänslorna, fobierna och panikkänslorna hos överlevare är inte de samma som i vanliga ångeststörningar. Överlevares somatiska symptom är inte desamma som i vanliga psykosomatiska störningar. Depression är inte densamma som vanlig depression. Och nedbrytningen av deras identitet och relationsliv är inte detsamma som i vanlig personlighetsstörning"*(s.151). Vid upprepad traumatisering föreslås istället diagnoserna komplex PTSD och DESNOS, *Disorder of Extreme Stress, Not Other Specified*. Diagnoserna finns ännu inte som någon självständig diagnos i DSM IV. Båda diagnoserna motsvarar trauma typ II. Komplex PTSD och DESNOS uppstår vid långvarig traumatisering, som t ex att växa upp med övergrepp och omsorgssvikt eller långvarig misshandel och tortyr som vuxen. I kriterierna för diagnosen komplext PTSD och DESNOS ingår också otrygga anknytningsmönster. Komplex PTSD eller DESNOS visar sig genom flera olika symptom; problem med affektreglering, förändring av uppmärksamhet och grad av medvetande, förändringar i upplevelse av självet, förändring i upplevelse av förövaren, förändringar i relationer, somatisering och förändring i upplevelse av menings-

fullhet. För att ställa diagnosen krävs att patienten utöver tillstånd för komplex PTSD också uppfyller PTSD symtomen (Gerge, 2010). Symtombilden stämmer också mer överens med de symtom man finner under diagnosen instabil personlighetsstörning eller borderline personlighetsstörning (Courtois, 2004).

2.2.3 Dissociation

För att uthärda alltför smärtsamma känslor använder individen sig av kroppens försvarssystem. Förutom förnekande, bortträngning och undertryckande av känslor kan individen också använda sig av dissociation som försvar. Dissociation innebär att det automatiskt uppstår en intern avtrubbning, en barriär mellan känslor, tankar och beteende och kännetecknas av ett slags dagdrömmeri, en flykt in i fantasin. De individer som utsatts för upprepade övergrepp under barndomen kan utveckla dissociation som vanemässig reaktion när de utsätts för påfrestningar senare i livet (McWilliams, 2000). Dissociation är ett huvudmönster vid komplex traumatisering. Dissociation kan också definieras som bristande integrering eller association av information och erfarenheter på ett normalt sätt. Kognition kan därför upplevas utan affekter, affekter kan upplevas utan kognition, somatiska sensationer kan upplevas utan uppmärksamhet på dessa eller beteendemässiga upprepningar kan förekomma utan medveten uppmärksamhet (Dyregrov, 2010).

2.2.4 Att leva med komplex traumatisering

Individer som under långa perioder utsatts för upprepad misshandel kan senare bli relativt väl socialt integrerade. Många pendlar mellan att på nytt uppleva traumat och att vara avstängd ifrån det eller till och med vara ovetande om det och kan under långa perioder fungera bra. Olika psykobiologiska beteendesystem eller handlingssystem konstruerar den mänskliga personligheten och består av två kategorier. Den ena kategorin är inriktad på att hantera det vardagliga livet eller den till synes ”normala” personligheten, ANP, *the Apparently Normal part of the Personality*. Den andra kategorin, den känslomässiga delen i personligheten, EP, *the Emotional part of the Personality* är inriktad på att skydda individen mot akuta hot och utgår från försvarssystemet kamp, flykt och total underkastelse. I normala fall är dessa båda handlingssystem väl integrerade med varandra. Psykologiska trauman leder däremot till en klyvning eller splittring av personligheten och delarna organiseras i de båda olika handlingssystemen. Detta innebär att den ena delen av personligheten lever någorlunda normalt med inriktning på vardagssysslor, medan den andra delen personligheten, som är mer inriktad på emotioner, förblir fixerat i traumat och i försvarsbeteendet (van der Hart et al, 2006).

Många gånger kan den traumadrabbades beteende te sig obegripligt. Individens känslomässiga bindning, konsekvensen av växlingen mellan beroende och utsatthet mellan offer och förövare, stärker den traumadrabbades tvivel på att händelsen verkligen ägt rum och risken är stor att den drabbade återgår till situationen den försökt lämna. Dessutom har den traumadrabbade en benägenhet att söka sig till andra utsatta. Likaså ökar individens skuld-känslor och självförebåelse risken för nya övergrepp och misshandel (van der Kolk, 2002). Exponering av tidigare stimuli, behagliga eller obehagliga leder till tillväjning vilket också resulterar i att den traumadrabbade utsätter sig för liknande situationer om och om igen. I det s.k. upprepningstvånget gör individen omedvetna försök att återskapa och iscensätta nya

övergrepp med förhoppning om att få ett bättre slut på den ursprungliga upplevelsen. Beteendet gör att individen lätt återfaller i gamla mönster (Herman, 1992).

Traumatiska händelser förstör den traumadrabbades tro på både sig själv och andra, och den skam det inneburit att ha varit kränkt och förödmjukad ger en känsla av värdelöshet. Den traumadrabbade känner ofta en meningslöshet i livet och drar sig undan i isolering och ensamhet (Herman, 1992). Den traumadrabbade kan kräva nya och starkare yttre stimuli för att neutraliserar och lugna den vaksamhet och inre stress som den drabbade ständigt känner. Det kan t ex röra sig om olika beroendeframkallande medel, inklusive tvångsmässig återexponering av situationer som påminner om traumat (van der Hart et al., 2006). Herman (1992) menar att efterverkningarna av traumatiska händelser fortsätter att göra sig påminda under hela den traumadrabbades liv och att traumats upplösning aldrig är slutgiltigt. Herman skriver *"Problem som fått en tillfredsställande lösning vid ett stadium av tillfrisknandet kan återuppväckas när överlevaren når fram till nya milstolpar i sin utveckling"* (s. 279).

2.3 Behandling

Gerge (2010) skriver, *"Grunden i terapeutiskt arbete med människor med komplex PTSD är att hjälpa dem att göra det förflutna till förflutet så att trygghetskänsla kan skapas och den personliga autonomi återupprättas"* (s.90). Målsättningen med terapin ska vara att hjälpa patienten, trots sina erfarenheter att acceptera sig själv och leva sitt liv utan att plågas av de symtom som kännetecknar komplex PTSD.

2.3.1 Fasorienterad behandling

Det terapeutiska arbetet bör vara fasspecifikt. I den första fasen, stabiliseringsfasen, lägger terapeuten och patienten ramarna för det kommande arbetet. Det trygghetsskapande arbetet och det etablerade samarbetet med terapeuten hjälper patienten att på ett kontrollerat sätt få kontroll över sin inre värld. Under denna fas används olika kroppsligt förankrade metoder eller så kallade preverbala inslag för att hjälpa patienten att lugna och reglera känslor. T ex EMDR, mindfulness och olika former av hypnos. Metoderna måste vara tillräckligt enkla och inte väcka traumarelaterat material. Under den andra fasen exponeras traumat där patienten kommer i känslomässig kontakt med den ursprungliga händelsen. Patienten kommer inte längre att behöva lägga mental energi på att trycka undan minnen och impulser. Terapeutens följsamhet är nödvändig under den andra fasen Det är en process som böljar fram och tillbaka mellan stabilisering och exponering. Den tredje fasen syftar till att hjälpa patienten att återerövra och skapa en förmåga att vara här och nu och förstå att den traumatiska händelsen hör till det förflutna. Inslag av sorg och förlust är påtaglig under denna fas (Courtios, 2004; van der Hart et al, 2006; Herman, 1992).

2.3.2 EMDR

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing är en psykoterapeutisk metod för att behandla traumatiska minnen. Metoden skapades av den Francine Shapiro, psykolog och forskare vid Mental Research Institute i Palo Alto, USA. EMDR följer ett strukturerat behandlingsprotokoll. Patienten uppmanas att identifiera olika aspekter av det traumatiska minnet, bl.a. bilder, föreställningar och affekter. Patienten uppmanas därefter att fokusera på

den störande bilden, tankar och kroppsliga sensationer som är förknippade med minnet. Samtidigt för terapeuten sin hand framför patientens ansikte medan patienten följer rörelsen med ögonen. Efter 30 -40 sekunder avbryts stimuleringen och patienten får berätta om tankar, känslor, kroppsliga sensationer och minnen som aktiverats. Processen upprepas tills ångestnivån har reducerats maximalt. Metoden har utvecklats i första hand för behandling av PTSD och akut stressyndrom, men metoden kan användas även för behandling av andra störande traumatiska minnen. Vid komplex PTSD kan EMDR vara en del av behandlingen, där kanske merparten av behandlingstiden går ut på att psykologiskt stabilisera patienten innan traumabearbetningen kan komma tillstånd (Shapiro & Silk Forrest, 1998).

2.3.3 Psykologisk överföring och motöverföring

Patienter som lider av ett traumatiskt syndrom utvecklar en karaktäristisk form av överföring i den terapeutiska relationen. I överföringen utvecklar patienten starkt idealiserade förväntningar på terapeuten och tilldelar terapeuten rollen som den store hjälparen. Om terapeuten misslyckas med att leva upp till dessa förväntningar grips patienten av raseri vilket kan få terapeuten att känna sig hjälplöshet och otillräcklighet (van der Hart et al., 2006).

3 Tidigare forskning

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

3.1.1 ACE studien

ACE studien (The Adverce Childhood Experiences) är en av de största undersökningar som någonsin gjorts om sambandet mellan misshandel och hälsa och välbefinnande senare i livet. Studien gjordes i USA mellan åren 1995 och 1997 och omfattar 17 000 deltagare som lämnade detaljerade uppgifter om sina upplevelser av övergrepp, försummelse och dysfunktionella familjesystem under barndomen. 11 % rapporterade att de varit utsatta för återkommande och svår fysisk misshandel, 11 % rapporterade psykisk misshandel, 22 % sexuella övergrepp. 25 % rapporterade att de vuxit upp med alkohol och droger i familjen, 19 % med psykiskt sjuk eller deprimerad förälder, 12 % hade bevittnat att modern blev slagen, 22 % hade inte haft någon biologisk förälder närvarande. Studien visar att i USA är dessa erfarenheter viktiga riskfaktorer för de främsta orsakerna till sjukdom och död samt dålig livskvalitet (Felitti, 1998).

3.1.2 Neurobiologiska fynd

I en studie (Vermetten, Schmahl, Lidner, Loewenstein & Bremner, 2006) har man funnit att hippocampus volym var 19,2% mindre och amygdalas volym var 31,6% mindre hos patienter med dissociativ identitetsstörning, jämfört med friska försökspersoner. Stress har visat sig vara associerad med förändringar i strukturen av hippocampus som spelar en avgörande roll i inlärning, minne och stress reglering. Studien visar också ett samband mellan mindre hippocampus och amygdala och utvecklingen av borderline personlighetsstörning. Enligt studien kan genetiska faktorer också bidra till mindre volymer av hippocampus och amygdala, vilket ökar risken för utveckling av PTSD. van der Kolk (2002) har kunnat kon-

statera att aktiviteten i tal- och språkcentrat, undertrycks vid trauma och menar att traumatiserade människor således är mindre rustade för att tala om sina upplevelser. Han hävdar vidare att det troligen finns ett samband mellan störningar i tidig anknytningsfas och en predisposition för utvecklandet av allvarliga dissociativa störningar, vilket i sin tur ger en sämre förmåga att hantera stress.

3.1.3 Behandling

3.1.3.1 EMDR

EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, är numera en evidensbaserad och internationellt accepterad psykoterapeutisk metod för behandling av PTSD. I en studie (van der Kolk, Spinazzola, Blaustein, Hopper, Hopper, Korn & Simpson, 2007) jämfördes psykoterapeutisk behandling med EMDR, läkemedels behandling med Flouxetin (SSRI) och placebo-piller. I studien som pågick under åtta veckor deltog 88 patienter med diagnostiserad PTSD. Slumpmässigt tilldelades de de tre olika behandlingsformerna. En uppföljning gjordes efter sex månader. Resultatet visar att den psykoterapeutiska behandlingen var mer framgångsrik än läkemedelsbehandlingen för att uppnå varaktig minskning av symtom vid PTSD och depression. Resultatet visade inte någon skillnad mellan Flouxetin och placebo-behandlingen. Studien visade också att psykoterapeutisk behandling gav minskning av symtom i de fall där traumat debuterat i vuxen ålder. I de fall där traumat debuterat under barndomen gav resultatet av psykoterapeutisk behandling med EMDR inte samma goda resultat vilket enligt studien troligen kan förklaras med att åtta veckor är för kort behandlingstid.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

3.2.1 Fokusering

Fokusering utvecklades av E.T. Gendlin vid Chicago Universitet och användes redan på 60-talet vid Vietnamveteranernas rehabiliteringscentra och i självhjälpgrupper (Gerge, 2010). Fokusering är en form av inåtriktad kroppslig uppmärksamhet där individen lär sig att få direktkontakt med förnimmelser i kroppen utan att man har klart för sig vad det gäller. Genom att fokusera på ”magkänslan” kan man få tillgång till vad som egentligen bekymrar en. Tekniken består av sex steg: 1) Inriktning på ett bekymmer. 2) Uppmärksamhet på hur det känns. 3) Beskrivning av hur det känns. 4) Jämförelse mellan beskrivande ord och upplevd kroppskänsla. 5) Formulera lösning. 6) Tilltro till att man funnit en lösning (Gendlin & Olsen, 1970).

3.2.2 Behandling av barn och unga med diagnos dissociation

Diseth & Christie (2004) har gjort en översyn över de studier som publicerats om barn och unga med dissociativa symtom och behandling. Författarna fann att en stor andel av de barn och unga som söker sig till barn- och ungdomspsykiatrien med en dissociativ symtombild pga. upprepat trauma under uppväxten, aldrig eller sällan blir rätt diagnostiserade. Av studien framgår att för att hantera dissociativa störningar under barn och ungdomsåren, krävs en kombination av individualpsykoterapi, farmakologisk behandling och familjeterapi. KBT, EMDR, psykodynamisk psykoterapi och hypnosterapi, i ett integrerat förhållningssätt är de huvudsakliga beskrivna psykoterapeutiska metoderna. Liotti (2006) menar att psyko-terapi

av patologisk dissociation hos barn och unga bör vara en fasorienterad process med inriktning främst på att uppnå trygghet i anknytningssystemet och endast sekundärt på traumaarbete.

4 Frågeställningar

- Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?
- Vilka är terapeuters upplevelse av att arbeta med komplext traumatiserade individer?
- Får individer med diagnosen komplex PTSD den hjälp de behöver?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Alla sex intervjuade legitimerade psykoterapeuter arbetade inom enheter som behandlar vuxna patienter med olika psykologiska problem. Urvalet gjordes inte utifrån specialistkompetens inom ämnesområdet trauma, utan utifrån en mer allmän psykoterapeutisk erfarenhet. Av psykoterapeuterna var två kvinnor och fyra män i åldrarna 45 till 67 år. De hade mellan 3 och 25 års erfarenhet av att arbeta med psykoterapi. Tre av dem var psykologer i sin grundexamen och tre var socionomer. Tre arbetade på en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. En arbetade på ett rehabiliteringscenter och hade dessutom lång erfarenhet av arbete inom vuxenpsykiatri. Två arbetade på en privat psykoterapi-mottagning, varav en hade många års erfarenhet av arbete med bl.a. unga vuxna inom barn- och ungdomspsykiatri. Utöver sin grundutbildning var det endast en som hade traumautbildning. De övriga hade ingen eller ringa traumautbildning.

5.2 Undersökningsmetod

Studien utfördes med en kvalitativ ansats. Anledningen till valet av ansats var undersökningens syfte att beskriva psykoterapeutens egen erfarenhet och upplevelse av arbete med trauma. Den kvalitativa studien är särskilt lämplig om man vill studera erfarenheter och attityder hos undersökningsgruppens vardagssituation (Kvale, 1997). Den kvalitativa metoden har sin styrka i att den bidrar till en helhetsbild som möjliggör en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang, något som är svårt att uppnå med en kvantitativ ansats (Holme & Solvang, 1991).

5.3 Validitet

Frågan om validitet i den kvalitativa forskningen har länge diskuterats. Validitet handlar om att man verkligen undersöker det man har för avsikt att undersöka och handlar inte om att finna någon sanning utan mer en bekräftelse, en beskrivning av något man vill undersöka närmare (Kvale, 1997). Undersökningsintervjun riktade sig till legitimerade psykoterapeuter inom icke specialiserade enheter och beskriver psykoterapeuternas erfarenheter och upplevelser av att arbeta med trauma, vilket stärker resultatets validitet. Författarens subjektiva förförståelse och fördomar samt val av teori kan ha påverkat validiteten negativt.

5.4 Reliabilitet

Kvale (1997) skriver ”*Reliabilitet hänför sig till forskningsresultatets konsistens*” (s. 213). Detta innebär att mätningarna är tillförlitliga och korrekt gjorda och att studien kan upprepas med liknande resultat. Frågorna i intervjuguiden (bilaga 1) formulerades på ett sådant sätt att möjligheten att påverka svaren i en viss riktning reducerades. Intervjuerna spelades in på kassetband och skrevs sedan ut ordagrant. Författarens subjektiva förförståelse och val av teori kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet.

5.5 Datainsamlingsmetoder

Studien utgår ifrån författarens förförståelse och intresse för ämnesområdet trauma. Förutom teoristudier gjordes intervjuer utifrån en halvstrukturerad intervjuform där frågorna (bilaga 1) utgick ifrån studiens tre frågeställningar:

- Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?
- Vilka är terapeuternas upplevelse av att arbeta med komplext traumatiserade individer?
- Får individer med diagnosen komplex PTSD den hjälp de behöver?

5.6 Bearbetningsmetod

Kvale (1997) skriver om analysmetoden Meningskoncentrering: ”*Meningskoncentrering innebär att de meningar som intervjupersonerna uttryckt formulerades mer koncist. Långa uttalanden pressas samman i kortare uttalanden, i vilka den väsentliga innebörden av det som sagts omformuleras i några få ord. Koncentrering av meningen innebär således att större intervjutexter reduceras till kortare och koncisare formuleringar.*” I bearbetningens första steg lästes först alla intervjuer igenom för att ge en känsla av helhet. Sedan fastställdes meningsenheterna som de uttrycktes av informanten. Därefter formulerades, så enkelt som möjligt de teman som dominerade en meningsenhet. Under det fjärde steget ställdes frågor till meningsenheterna utifrån undersökningens specifika syfte; ”Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?”, ”Vad är terapeutens upplevelse av att arbeta med trauma?” och ”Får traumatiserade människor den hjälp de behöver?”. Slutligen, i det femte steget knöts hela intervjun samman i en deskriptiv utsaga.

5.7 Genomförande

Denna studie genomfördes under försommaren 2011. Författaren tog kontakt med arbetsledare för tre vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar, en privat psykoterapi-mottagning och ett rehabiliteringscenter. Arbetsledarna föreslog namn på legitimerade psykoterapeuter som i sin tur kontaktades per telefon med en muntlig inbjudan om möjligheten att delta i studien. Av sju kontaktade legitimerade psykoterapeuter valde sex att delta. Den sjunde terapeuten avstod på grund av kunskapsbrist i ämnet. Informanterna fick veta syftet med studien och att intervjun skulle spelas in på bandspelare för att sedan skrivas ut i läsbart skick. Tid och plats för intervju avtalades. Intervjuerna skedde på informanternas arbetsplats. Varje intervju var ca 45 minuter lång. Samtalen kunde ibland fara iväg åt olika riktningar, men återfördes hela tiden till intervjuguiden för att säkerställa att samtliga frågor avhandlades.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Väsentligt för studien har varit att följa informationskravet, samtyckeskravet och kravet på konfidentialitet (SFS 2003:460). Vid forskning där man studerar människor finns flera etiska överväganden som är viktiga att beakta. En av dem är respekten för den enskilda människan (Holme & Solvang, 1991). I studien har etiska överväganden gjorts genom att informanterna inför intervjun informerades om undersökningens syfte. Informanterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Vidare garanterades informanterna konfidentialitet, vilket innebär att personuppgifter och andra identifierade uppgifter inte är redovisade för att skydda respondenten. Konfidentialitet innebär också bandinspelningar och utskrifter i samband med intervjun kommer att förstöras efter avslutat arbete.

7 Resultat

7.1 Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?

7.1.1 Symtom och diagnos

Fyra informanter beskriver den psykiska och fysiska ohälsa människor lever med efter att ha utsatts för långvarig traumatisering.

Man 54: *Många söker för depression och ångest. Det kan vara ett ganska brett spektra av symtom. Vid barndomstrauma har de ofta ångest, depressionsdiagnoser och personlighetsstörnings diagnoser eller instabil personlighetsstörning. Det kan vara lite svårt att avgöra. En del kan ha PTSD som bi-diagnos.*

Kvinna 55: *Relationsproblem, lättare depressionsdiagnoser, värk, ökad sårbarhet. Samtidigt en svårighet att känna alla känslor; att aldrig känna sig riktigt glad eller ledsen. Att känna sig antrubbad samtidigt en överkänslighet och svårighet att värja sig mot händelser utanför, en upplevelse av att allt går "rakt in". Impulser av att göra sig själv illa.*

Kvinna 45: *De klassiska depressionsdiagnoserna ångest och depression. Många känner att de fastnat, kommer inte vidare i livet. Det finns liksom ingen rörelse. Har man fastnat i något är det troligen en personlighetsstörning, t ex borderline störning.*

Man 67: *Det kan i princip vara vad som helst inom det psykiatriska spektret. Det kan vara en smärtproblematik av olika slag. De har ofta en långvarig ohälsa.*

7.1.2 Individens livssituation

Tre informanter beskrev hur traumat påverkar individens livssituation.

Man 54: *Ett trauma kan påverka människor omfattande och det kan påverka partiellt. Det beror på hur komplext det är. När människor kommer hit till vuxenpsykiatri är de väldigt påverkade av psykiatriska*

och psykologiska handikapp. Ofta är det rätt så komplex problematik eftersom de burit på det under lång tid.

Kvinna 55: *Patientens svårighet har sin näring i traumat. Patienten återvänder hela tiden dit och blir handikappad av det. Traumat ligger där och hindrar på något vis. Man lever inte livet fullt ut. Eftersom traumat upprepar sig hamnar man lätt i samma situation om och om igen, t ex mobbing som gör att man hamnar utanför om och om igen. Inom BUP där jag bl.a. möter unga vuxna är de mycket mer störda och handikappade av det barndomstrauma de varit utsatta för.*

Kvinna 45: *Även om man klarar livet och vardagen bär man med sig svåra upplevelser hela livet. När allt det gamla man har inom sig väcks till liv senare i livet, kan livet komma i gungning mer än det kanske gör för andra. Ofta har de patienter jag möter massiva försvarsstrukturer. Patienten har utvecklat mönster för hur man hanterar svårigheter, t ex undvikandebeteende. Patienten hamnar i en passivitet. Det är också här som personlighetsstörning kommer in. Eller så har de en låg härbärgeringsförmåga, de är ofta lite "nerviga" och sköra. Det finns en ständigt närvarande ångest som gör det svårt för dem att tänka och gör att de inte kan använda sina resurser. Det är liksom stympade människor. De har svårt att få kontakt med sitt inre, mer avstängda och svåra att få igång en process med. De har svårt att skapa och fördjupa en relation. Antingen gör de sig oberoende eller så behöver de andra väldigt mycket. Ofta har de somatiska problem. Det är inte många av mina patienter som arbetar. De kanske har arbetat tidigare, andra har inte ens kommit ut på arbetsmarknaden. Traumat formar personligheten. Eftersom hjärnan påverkas av svåra upplevelser främst under barndomen, tror jag att bakom många bokstavsdiagnoser finns ett trauma.*

7.1.3 Att ta emot hjälp

Två av informanter menade att det kan finnas flera anledningar till att den traumadrabbade har svårt att ta emot eller använda sig av den behandling som finns.

Kvinna 55: *Det kan vara så att det länge varit ett normaltillstånd för patienten och att den inte vet eller tror att man kan göra något åt det. Jag tror också att visst trauma är så skamfyllt vilket hindrar individen från att söka hjälp.*

Man 52: *Ibland kanske patienten inte ens vågar komma, det blir för starkt att möta sig själv. Rädslan för vad som ska dyka upp blir en katastrof i fantasin. Också rädslan att bli övergiven är stor och det krävs mod för att knyta an.*

7.2 Terapeutens upplevelse av att arbeta med komplext traumatiserade individer

7.2.1 Att identifiera trauma

Tre informanter menade att det ibland kan vara svårt att identifiera traumat.

Man 54: *Svårigheten att arbeta med trauma är att det innehåller många individuella aspekter. Man kan inte se traumatiserade patienter som en enda grupp egentligen. Var och en måste få ett speciellt bemötande. Och när vi kommer till psykiatriska patienter med svår traumabakgrund har jag sett att det blir mer och mer viktigt att lära känna var och en ordentligt.*

Kvinna 55: *Det kan ibland vara svårt att veta vad som är vad. Det kan bakom en diagnos, t ex autism finna många olika orsaker.*

Man 67: *Ibland kan det vara svårt att definiera traumat, t ex när det finns mycket kroppslig problematik och värk.*

7.2.2 Re-traumatisering

Tre informanter uttryckte risken att re-traumatisera patienten.

Man 54: *Det är viktigt att inte re-traumatiserar patienten. Ett förarbete är viktigt där man förbereder både sig själv och patienten på hur och när man närmar sig traumat. Eftersom jag är en man kanske jag är lite mer försiktig när det gäller kvinnor och t ex våldtäkt.*

Kvinna 45: *Patienten kanske inte har förmåga, patienten har för låga resurser att hantera det som väcks när man kommer nära traumat. Material kan ackumulera nytt trauma och re-traumatisera patienten. Patienten kan då bli somatiskt sjuk eller få ångest som blir för svår att härbärgera.*

Man 52: *Beroende på hur jagstark patienten är, tål den olika mycket. Jag står för att arrangera situationer där vi möter rädslan i rätt dos. Inte för mycket, för då skrämmer vi livet ur patienten.*

7.2.3 Känsломässig kontakt med traumat

Fem av informanter menade att traditionell psykodynamisk psykoterapi, där samtalet är i fokus inte alltid är tillräckligt och återkom till behovet av någon form av teknik.

Man 54: *Jag har sett att det är svårt att arbeta med själva traumat med vanliga psykoterapeutiska behandlingar, man kommer till ett visst stadium, men sedan kommer man inte längre. Det visar lite grann hur låst man blir och hur man fastnar vid själva traumat.*

Kvinna 55: *Det är inte säkert att det bearbetas när man sitter och pratar utan det kan också bli värre. Risken är att man pratar sönder traumat, gör det för stort eller för litet. Att bara prata, som vi nu gör, och tittar varandra i ögonen blir för starkt. Traumat slår sönder. Med den traditionella psykoterapin blir det så svepande, olika sjuk här och där. Man kommer inte längre, utan patienten kan börja prata om något annat. Med EMDR och den bilaterala stimuleringen kan man fokusera och hålla fast längre. Sedan, i själva behandlingen går det lättare att sätta ord på den traumatiska upplevelsen, följa ett händelseförlopp där man kan vara med patienten hela vägen genom traumat.*

Kvinna 45: *En del pratar om otäcka saker utan att bli berörda av det. Försvaren är så massiva och dissociativa. Samtal är inte alltid den rätta vägen eftersom många patienter har svårt att relatera, att lita på mig som terapeut. De är ganska avstängda. Jag tänker att man behöver ett komplement till samtalet. Man behöver få kontakt med trauma. Det finns så mycket pseudoterapi där patienter pratar och pratar i årtal. Man behöver hjälpa till så att systemet kommer i rörelse. Saker och ting börjar först hända när man får kontakt med traumat.*

Man 52: *Att bara att prata på gammalt psykodynamiskt sätt går inte i med traumatiserade patienter.*

Man 67: *Det är också viktigt att länka samman kropp och själ annars blir det bara en tankeverksamhet.*

7.2.4 Psykologisk överföring och motöverföring

En informant lyfte fram risken att man som terapeut lätt blir indragen i och påverkad av patientens känsloliv.

Man 52: *Att inte ta över, att inte ta hand om alltihop åt patienten, utan ge patienten möjlighet att hitta sina egna resurser för att hantera situationen. Vi blir ibland för aktiva och lockas in i överföringen. Det är därför så viktigt att hela tiden vara vaksam på var man har sig själv.*

7.2.5 Att vara med patienten och patientens berättelse

Fyra informanter beskrev egna känslor som väcks i mötet med patientens trauma.

Man 64: *Det handlar mycket om att jag själv ska tåla att gå in i traumat med patienten. När jag ser tillbaka kan det ha varit så att jag själv inte tålt det, utan kanske undvikit vissa problem. Det kan också finnas de patienter som tar väldigt mycket energi av en och att man av den anledningen tvekar att gå in i ett sådant ärende. Det kan kännas svårt att arbeta med patienter som är komplext traumatiserade.*

Kvinna 45: *Det kan vara så att jag tvekar att gå in i ett ärende som kommer för nära min egen bakgrund. Jag tycker också att de patienter som väcker väldigt lite inom mig är svåra. Det är de patienter som har starka försvar, är avstängda och har svårt att relatera. Då händer det inte så mycket i rummet, det är inte så mycket som berör.*

Man 52: *Att arbeta med olika livskriser eller enstaka kriser kan vara svårt. Det skulle komma mig själv för nära. Man känner ju med patienten. Att möta människor med svår ångest är enklare för där är jag mer trygg och vet att mitt arbetssätt fungerar.*

Man 67: *Krigstrauma kan vara svårt att arbeta med. Berättelserna är ofta så bisarra att det är svårt att förstå vidden av traumat. Min förmåga att förstå räcker inte till, det väcker en stark avsky inom mig.*

7.3 Får individer med diagnosen komplex PTSD den hjälp de behöver?

7.3.1 Mörkertal

Fyra av informanter upplevde att behovet av traumabehandling är stort.

Kvinna 55: *Jag tror att behovet är stort och att det finns ett mörkertal på hur många som behöver hjälp. De flesta söker inte hjälp. De vet inte att det de varit med om är ett trauma och något som man kan få hjälp för. Eller så tänker de att det är något man får leva med.*

Kvinna 45: *Jag tror att det är väldigt vanligt, men jag är inte övertygad om att det är de svåraste, de som är trasigast som kommer hit. Det här med att be om hjälp... för en del är det ganska självklart. De har vuxit upp med socialtjänst och olika myndigheter. För andra är det helt främmande. Och man kan ju vara väldigt*

trasig men ändå klara sig bra i sambället. På ett plan, t ex arbete kan man fungera bra men i relationer fungerar man inte alls.

Man 52: *Jag tror att det finns de som faller emellan, mellan primärvård och psykiatri. Många som hamnar inom distriktsvården kommer ingenstans utan hamnar i medicinen. Ofta går det för långt innan de kommer hit. T ex ångestpatienter som har ett undvikande beteende som ger dem kontroll, kommer inte förrän det inte fungerar längre.*

Man 67: *Jag tror att behovet är större än vad som märks. Bakom många diagnoser finns trauman som aldrig blir beskrivna i t ex en arbetsförmåga bedömning.*

7.3.2 Prioritering

Fyra av informanter upplevde att traumabehandling generellt inom hälso- och sjukvården inte prioriteras.

Man 54: *Jag tror att behovet av traumabehandling är större än vad som kan erbjudas. Det behövs fler traumaterapeuter. Och man behöver också utveckla arbetet med olika traumametoder. Vi träffar patienter relativt sent i och med att psykiatrin är det sista ledet i den psykosociala eller psykoterapeutiska behandlingen. De vi träffar har gått lång väg och är därför ofta komplext traumatiserade av många faktorer. Man behöver arbeta mer på tidigare nivåer.*

Kvinna 45: *Man behöver satsa på att arbeta på tidigare stadier, t ex inom mödravården.*

Kvinna 55: *Människor får inte den hjälp de behöver. Vart ska man vända sig om man kommer på att man varit med om något hemskt för länge sen och nu vill bearbeta det? Till en privatmottagning. Men inte till vuxenpsykiatrin, där möts du bara av skattningsformulär osv. och säger du då att du jobbar och har familj, då är du inte tillräckligt dålig för att få hjälp där. Du får kanske en sjukskrivning för värk och nedstämdhet. Min upplevelse är också att ingen har frågat dem om traumat innan de kommer hit. Många tänker nog också, att det går över, "tiden läker alla sår", att man inte ska riva upp något igen osv. Inom barn- och ungdomspsykiatrin talar man hellre om neuropsykiatriska sjukdomar och t ex normbrytande beteende och lägger satsningarna på olika social färdighetsprogram. Att fokusera och satsa på trauma och traumabehandling tar längre tid och kostar pengar. De som är riktigt traumatiserade blir inte botade bara för att vi använder EMDR, utan det är mycket annat vi behöver arbeta med och under lång tid.*

Man 52: *Den här vägen mot att allt ska lösas med KBT måste förändras. Jag tänker också på uppdelningen mellan primärvård och psykiatri, det blir bara en massa pappersarbete och väntelistor. Jag tycker att det kan vara under samma tak där man får möjlighet att specialisera sig på olika problemområden. Och det är alldeles för många människor som fastnar i medicin.*

7.3.3 Kunskap

Fyra informanter menade att det saknas kunskap och att det finns en osäkerhet om trauma och traumabehandling.

Man 64: *Jag tror också att det finns en osäkerhet och att man inte vågar. Man vet inte hur man ska förhålla sig. Man symtombehandlar och skriver ut medicin. Det handlar om människosyn och en tro på att saker och ting förändras om man vågar se och arbeta med det.*

Kvinna 45: *Jag tror att det är ganska utbrett att man är osäker på vad man ska göra det gäller trauma och behandling. Jag tror t ex inte att man frågar om självmordstankar. Det handlar om någon slags integritet, att man vill hålla på gränserna och att man därför inte ställer frågan. Det finns också en risk att människor görs till offer. Man ser bara situationen utifrån den miljö individen levtt och lever i. Man glömmert att se individens resurser och förhållningssätt till vad den varit med om.*

Man 52: *Jag tror inte att det finns någon osäkerhet bland psykoterapeuter. Men läkare skrapar bara på ytan och skriver ut medicin. Man måste våga fråga patienten vad det handlar om. Här är det viktigt med handledning.*

Man 67: *Att de som möter människor med olika problem tar sig tid att fråga patienten om vad hon eller han varit med om. Utbildning i trauma och traumabehandling är viktigt.*

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka psykoterapeutiskt behandling av komplext traumatiserade patienter inom icke specialiserad verksamhet. Undersökningsgruppen bestod av sex legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter som arbetar inom vuxenpsykiatri och annan allmänpsykiatrisk verksamhet. Urvalet gjordes m.a.o. inte utifrån en specialist kompetens i traumabehandling. Utöver sina grundutbildningar hade endast en av informanterna utbildning i traumabehandling. Informanten var certifierad i EMDR. Övriga hade ingen eller ringa traumautbildning. Holme & Solvang (1991) påtalar att, till skillnad från en kvantitativ ansats, som mer inriktar sig på att göra generaliserbara systematiska och strukturerade observationer, syftar den kvalitativa metoden till att söka djupare förståelse och kunskap om det ämne man inriktar sig på. Författaren anser att valet av en kvalitativ ansats har möjliggjort en mer deskriptiv inriktning vilket bidragit till en ökad förståelse för psykoterapeuters högst subjektiva upplevelser av att arbeta med traumatiserade patienter inom icke specialiserade enheter.

I en kvalitativ studie finns en närhet mellan forskare och den intervjuade vilket kan utgöra ett problem. Fördomar hos intervjuaren, som subjektiva uppfattningar om den företeelse som ska undersökas, blir utgångspunkten och påverkar forskningsarbetet (Holme & Solvang, 1991). Innan undersökningen fanns hos författaren en föreställning som grundade sig på den egna erfarenheten av traumabehandling. Även om varje intervju följde intervjuguiden (bilaga 1), kan intervjuarens fördomar och förförståelse samt sättet att förhålla sig i intervjusituationen oavsiktligt haft inverkan på de svar informanterna har lämnat.

Informanterna gav i stort sett entydiga svar. Intervjuarens noggranna följsamhet av intervjuguiden kan i allt för hög grad ha styrt intervjuaren. Kvale (1997) menar att forskarens förhållningssätt och förmåga att ställa frågor påverkar utfallet och lyfter fram värdet av spontana,

rika och specifika svar från den intervjuade som ett viktigt kvalitetskriterium. Holme & Solvang (1991) menar att den kvalitativa forskningens fördelar är att också få fram det som *inte* är typsikt för det som ska undersökas och att problemställningen då kan belysas ur flera olika synvinklar. Strävan under intervjun behöver därför vara att låta intervjupersonerna få påverka samtalets utveckling. Ur detta perspektiv kan intervjuguiden ha använts alltför styrande och inte gett informanterna tillräcklig frihet att utforma och utveckla sina uppfattningar vilket hade gett en större bredd i svaren. Mot bakgrund av hur intervjuguiden använts kan undersökningens validitet ifrågasättas.

Informanterna gavs ingen skriftlig information inför deltagandet utan informerades muntligt om undersökningens generella syfte och upplägg, utan några detaljerade frågor ur intervjuguiden. I det informerade samtycket ingår att avgöra hur mycket information som ska ges, vilket kan vara en känslig balans mellan syftet med studien och undersökningens personernas intresse (Kvale 1997). Att informanterna inte gavs full information innebär att informanterna utan förberedelse gav subjektiva svar vilket kan anses stärka resultatets validitet.

8.2 Resultatdiskussion

8.2.1 Vad innebär effekterna av komplex traumatisering för individen?

Informanterna menar att komplex traumatisering påverkar individens hela livssituation och kan för många bli ett psykologiskt handikapp som är svårt att ta sig ur. Komplex traumatisering ger omfattande både psykiska och fysiska effekter. Ofta finns en samsjuklighet med depression, ångeststörningar, missbruk och symtom på somatiska besvär och bakom personlighets- störningar t ex borderline störning kan det finnas en traumarelaterad problematik.

Exponering för komplex traumatisering innebär en allvarlig anpassningsstörning och nedsatt social funktionsförmåga och utgör ett allvarligt hinder för t ex förmågan att tillgodogöra sig ny information, anpassa sig till nya förhållanden och inläring (van der Hart et al., 2006). Inom den neurobiologiska forskningen har man gjort fynd som förklarar en del av de svårigheter som uppkommer efter långvarig traumatisering. Förändringar i olika delar av hjärnan påverkar individens utvecklande av överkänslighet mot stress, betingning av rädsla, oförmåga till vila och återhämtning och svårighet att glömma minnen från traumat (Vermetten, et al., 2006). Man har även kunnat konstatera att en otrygg anknytning under tidig barndom har betydelse för den psykiska hälsan i vuxenlivet (Liotti, 2006). När den vuxne själv blir förälder använder individen sig av dessa tidiga otrygga anpassningsmönster vilket skapar förutsättning för upprepning av barndomens trauma. Barnet som också sett sina föräldrars hjälplöshet lär sig att det själv inte har kontroll över sitt liv. På så sätt kan obearbetad psykisk traumatisering följa individen genom hela livet och ge nya anknytningsskador i nästa generation (van der Kolk, 2002).

8.2.2 Terapeutens upplevelse av att arbeta med trauma

I resultatet framkommer några av de svårigheter som finns i arbetet med traumatiserade patienter. Bl.a. kan tillstånd av komplex traumatisering vara svåra att diagnostisera. Många av

de som kommer till psykiatrin har utvecklat kroniska tillstånd av PTSD. Bakom ett symptom eller en diagnos kan det också finnas andra orsaker, t ex neuropsykiatriska funktionshinder där symptomen kan likna de vid trauma. Omvänt finns det en risk att man vid diagnostisering av trauma enbart ser till patientens beskrivna symptom, t ex somatiska besvär, depression eller personlighetsstörning. Komplext traumatiserade patienter ältar och fastnar lätt i traumat och ofta stannar de i enbart en tankeverksamhet utan att det sker någon egentlig bearbetning. Många patienter har svårt att komma i känslomässig kontakt med sitt inre och andra patienter har inte förmåga att hantera de känslor som väcks och materialet kan då istället re-traumatisera patienten. Informanterna upplever att enbart samtal i behandlingen inte är tillräckligt och menar att någon form av teknik, t ex EMDR behövs som komplement till samtalet. Informanterna beskriver hur många patienter har svårt att gå in i en trygg och tillitsfull relation med terapeuten vilket försvårar behandlingen. En annan svårighet är att som terapeut lätt bli indragen i och påverkad av patientens känsloliv och risken är att man som terapeut blir för aktiv i försöken att vilja hjälpa patienten vilket ytterligare förstärker patientens offerroll.

Under senare år har det framkommit en rad vetenskapliga studier som utvärderat effekten av olika behandlingsmodeller för diagnosen komplex PTSD och man vet idag att exponeringsbaserad terapi ger det bästa resultatet vid komplex traumatisering. KBT-tekniker och EMDR är de metoder som hittills har evidensbaserats. Det gemensamma för dessa modeller är att de är fasspecifika och innehåller någon form av exponering av den traumatiska upplevelsen. Andra komponenter är inslaget av kunskap om trauma och dess effekter, ångeststabiliserande tekniker samt betoningen på återerövrandet och skapandet av förmågan att vara här och nu och förstå att den traumatiska händelsen hör till det förflutna (Courtios, 2004). Vid komplex traumatisering finns ofta en samsjuklighet vilket gör det svårt att diagnostisera rätt. Symtom som beskrivs kan t ex vara depression, ångest, missbruk och det mentala tillståndet uttrycks inte sällan som kroppsliga fenomen t ex smärta (Gerge, 2010).

Traumatiska minnen är icke-verbalt lagrade och ofta inte medvetna. Det behövs därför en teknik eller en metod som komplement till det terapeutiska samtalet som syftar till att både väcka och hårbärgera traumatiskt material. Processen för trygghetsskapande och att lära sig att ta hand om sig själv kan vara en komplicerad och tidskrävande uppgift. Ett vanligt misstag i behandlingen är att man hoppar över denna del i behandlingen eller för tidigt går in i ett utforskande och en exponering av traumat utan tillräcklig hänsyn till uppgiften att skapa trygghet och en god terapeutisk allians. Risken är då stor att patienten re-traumatiseras. I den terapeutiska överföringen utvecklar patienten förväntningar på att terapeuten ska lösa patientens problem. Det finns många välmenande behandlare som försöker hjälpa, utan hänsyn till att den traumadrabbade behöver återta sitt eget självbestämmande. Patienten måste själv vara den som verkställer sitt tillfrisknande. Ett annat misstag kan vara att man som terapeut undviker det traumatiska ämnet, eftersom traumat kan väcka terapeutens egen sårbarhet, känsla av obehag och hjälplöshet (Herman, 1992).

8.2.3 Får individer med erfarenhet av trauma den hjälp de behöver?

Informanterna pekar på några problemområden som kan vara hinder för att traumatiserade människor får den hjälp de behöver. Dels kan det finnas hinder hos den enskilde. Många traumatiserade människor söker inte ens hjälp för sina problem och orsakerna till detta kan vara flera. En del tror att problemen kommer att gå över av sig själv. För andra har det blivit ett normaltillstånd där han eller hon inte vet eller tror att svårigheterna är något man kan göra något åt. Många är också rädda för att möta sig själv och försöker undvika att bli påmind om det som hänt. Andra kan hindras av skamkänslor över sina traumatiska upplevelser eller också uppleva det som ett misslyckande att inte ha kunnat klara av påfrestningarna bättre. Informanterna tror att det finns ett mörkertal för hur stort behovet av traumabehandling egentligen är och menar att behovet troligen är större än den hjälp som kan erbjudas. Informanternas uppfattning är att traumabehandling inom hälso- och sjukvården inte prioriteras. De upplever också att det generellt finns en kunskapsbrist och en osäkerhet runt trauma och traumabehandling. Istället symtombehandlar man och skriver ut medicin eller sjukskriver. Patienter får hjälp relativt sent i vårdkedjan. Ofta har patienten burit på sina svårigheter under många år utan adekvat behandling vilket medfört att tillståndet förvärrats och utvecklats till kroniska besvär. Informanterna beskriver hur patienter i tidigare kontakter överhuvudtaget inte nämnt om sina traumatiska erfarenheter, eftersom ingen ställt frågan.

Posttraumatiska symtom är så ihållande och så omfattande att de kan vara svåra att diagnostisera. Många patienter har blivit feldiagnostiserade och har fått genomgå en rad misslyckade behandlingar innan de slutligen upptäckt det trauma de utsatts för. När individen väl söker hjälp inser ibland varken patienten eller terapeuten sambandet mellan symtomet och kroniskt trauma. Patienten kan ha sökt förklara sitt tillstånd med en defekt hos dem själva. (Herman, 1992). Individer som under lång tid utsatts för upprepad traumatisering fungerar mer eller mindre bra under olika perioder vilket också kan vara en anledning till att de får hjälp sent (van der Hart et al., 2006). Uppgiften att hjälpa patienten till tillfrisknande är både svår och tidskrävande. Behandlingen behöver anpassas individuellt utifrån den enskilde patientens förutsättningar och behov. Grunden för tillfrisknandet grundar sig på individens självbestämmande vilket är möjlig att återskapa i en terapeutisk relation över tid (Herman, 1992). Huvuddelen av befolkningen kommer att drabbas av traumatiska händelser under sin livstid varav en begränsad del kommer att drabbas av allvarigare posttraumatiska stressreaktioner. Avsaknaden av evidensbaserade behandlingsmöjligheter i flera delar av landet är en allvarlig brist och det behövs flera specialiserade mottagningar (Michel et al. (2011)

8.3 Förslag till fortsatt forskning

För att möjliggöra tidiga insatser behöver diagnosen komplex PTSD i större omfattning identifieras och uppmärksammas inom t ex socialtjänst, mödra- och barnhälsovård och övrig hälso- och sjukvård. Forskningen föreslås göra ytterligare studier om förekomsten av tillstånd av komplex traumatisering bland individer som i ett tidigt skede kommer i kontakt med vård och behandling och särskilt inriktas på att utveckla och integrera metoder som gör det möjligt att upptäcka utvecklingen av komplex traumatisering hos barn och unga. Den kliniska erfarenheten inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri måste i större

utsträckning kompletteras med kunskap om trauma och traumabehandling. Forskningen föreslås utveckla fler evidensbaserade behandlingsmetoder som på ett flexibelt sätt kan möta varje patients specifika behov.

Referensförteckning

American Psychiatric Association, APA. (1994). MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV. Danderyd: Pilgrim Press

Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and Treatment Psychotherapy: *Theory and research, practice, training*, 41,4, 412-425.

Dyregrov, A. (2010). *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur AB.

Felitti, V.J. (1998). The Relationship of Adult Health Status to Childhood Abuse and Household Dysfunction, *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Gendlin, E.T. & Olsen, L. (1970). The use of imagery in experiential focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7,4, 221-223.

Gerge, A. (2010). *Trauma. Psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Ludvika: Dualis förlag.

Herman, J.L. (1992). *Trauma och tillfrisknande*. Mölndal: PR-Offset AB.

Holme, I. M. & Solvang, B. (1991). *Forskningsmetodik - Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *J Trauma Dissociation*, 7,4, 55-73.

McWilliams, N., (2000). *Psykoanalytisk diagnostik. Finland: WS Bookwell*.

Michel, P.O., Bergh Johannesson, K., Arnberg, F. & Lundin, T. (2011). *Omvärldsbevakning. (Rapport 2011)*. Uppsala, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri.

SFS: 2003:460. *Om etikeprövning av forskning som avser människor*.
www.notisum.se/rnp/sls/20030460.htm

Shapiro, F., Silk Forrest, M. (1998). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. Basic Books

van der Kolk, B.A. (2002). Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience. *Psychoanal. Dial*, 12, 381-392.

van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein M.E., Hopper J.W., Hopper E.K., Korn D.L. & Simpson W.B. (2007). A Randomized Clinical Trial of eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine and Pill Placebo in Treatment Effects and Long-Term Maintenance. *J Clin Psychiatry* 68:1 January 2007.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self*. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York: W.W Norton.

Vermetten, E., Schmahl, C., Lidner, S., Loewenstein R.J., Bremner J.D. (2006). Hippocampal and amygdalar volymes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 163, 630-636.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer*. Om anknytning, trauma och dissociation. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1

Frågeguide

Personlig bakgrund

- 1 Arbetsplats
- 2 Vilken är din grundprofession
- 3 Hur länge har du arbetat som legitimerad psykoterapeut
- 4 Teoretisk inriktning
- 5 Ålder
- 6 Kön

Frågor om trauma

- 7 Hur vill du definiera trauma
- 8 Hur vanligt är det att du träffar traumapatienter
- 9 Hur har du sett att människors liv påverkas av trauma
- 10 Vilka är de vanligaste problem/symtom människor söker för
- 11 Vilka är de vanligaste diagnoserna som människor med erfarenhet av trauma får eller kommer med
- 12 Frågar du alla patienter om de varit med om övergrepp – fysiska, psykiska, sexuella

Frågor om behandling

- 13 Kan du beskriva vad traumabehandling är för dig. Vad är det viktigaste i traumabehandling
- 14 Har du fått utbildning i traumabehandling
- 15 Skulle du önska dig mer utbildning
- 16 Varför är det viktigt att arbeta med trauma
- 17 Vad finns det i traumat som gör det svårt att hjälpa
- 18 Om det finns ett trauma som från början inte är känt utan dyker upp längre fram, hur tar man hand om det
- 19 Är det viktigt att alltid arbeta med trauma eller kan det ibland vara så att trauma inte ska röras
- 20 Hur lång tid har du på dig att bedriva en traumabehandling
- 21 Vad tänker du om gruppbehandling jämfört med individuell behandling

Frågor om egen upplevelse av att arbeta med trauma

- 22 Vad upplever du är svårast i arbetet med trauma
- 23 Har din syn på traumabehandling förändrats över tid

24 Trauma kan se olika ut, t ex krigstrauma, våldtäkt, våld i nära relation och uppväxttrauma. Vilka områden tycker du är svåra att hantera och där du känner dig mer osäker

Vad har fått dig att bli intresserad av att arbeta med trauma

25 Hur trivs du med att arbeta med trauma (utveckla)

26 Hur upplever du att arbete med trauma prioriteras på din arbetsplats

27 Har det blivit enklare eller svårare för dig att arbeta med trauma över tid

28 Hur tycker du att arbete med trauma påverkar dig

29 Vilket stöd har du i arbetet med trauma

Generella frågor om trauma och behandling

30 Hur vanligt tror du det är att människor bär på trauma

31 Hur stort bedömer du att behovet av traumabehandling är i samhället

32 Upplever du att människor får den hjälp de behöver. Om inte, vad behövs

33 Finns det en generell osäkerhet runt arbete med trauma. Vad handlar det om

34 Vad tycker du behöver förändras i mötet med människor som bär på, eller som man av symtombilden kan antas bära på trauma