



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykiaterprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Våren 2013

Behandling av trauma och dissociation

Treatment of trauma and dissociation

Författare:

Anne-Christine Nordström

Innehållsförteckning

2	Teoretisk bakgrund	4
2.1	Psykisk trauma	4
2.2	Dissociation och Dissociativ identitetstörning	4
2.3	Anknytningsteorin	5
2.4	Överföring - motöverföring	5
2.5	Behandling	6
2.5.1	Anknytningsterapi	7
2.5.2	EMDR	8
3	Tidigare forskning	8
3.1	Empiriska vetenskapliga studier	9
4	Syfte – Frågeställning	11
5	Metod	11
5.1	Undersökingsdeltagare	11
5.2	Undersökningsmetod	11
5.3	Datainsamlingsmetoder	12
5.4	Bearbetningsmetoder	12
5.5	Genomförande	13
6	Forskningsetiska frågeställningar	13
7	Resultat	13
7.1	Bedömning	13
7.1.1	Traumatisering	13
7.1.2	Bedömningsverktyg	14
7.2	Behandling	14
7.2.1	Metod och Teori	14
7.2.2	Anknytning	15
7.2.3	Ramen	15
7.2.4	Fasspecifik behandling	15
7.2.4.1	Fas 1 - Stabilisering	16
7.2.4.2	Fas 2 - Bearbetning	17
7.2.4.3	Fas 3 – Integrering/avslutning	18
7.3	Terapeutrollen	19
7.3.1	Traumatisk överföring	19
7.3.2	Traumatisk motöverföring	20
7.3.3	Kroppsliga reaktioner	20
7.4	Egenvård	21
8	Diskussion	21
8.1	Metoddiskussion	21
8.2	Resultatdiskussion	22
8.3	Förslag till fortsatt forskning	26
	Referensförteckning	28
	Bilaga 1	31
	Bilaga 2	32

Sammanfattning/abstract

Inledning: Ett psykiskt trauma kan ibland medföra utveckling av dissociativa symtom. **Syfte:** Studien undersökte vad som varit betydelsefullt för psykoterapeuten i det psykoterapeutiska arbetet med patienter med trauma och dissociation. **Metod:** En kvalitativ studie valdes. Fem legitimerade psykoterapeuter intervjuades, alla med lång erfarenhet av traumaterapi och psykodynamisk terapi. **Resultat:** I denna studie menar informanterna att trauma och dissociation är ett underskattat forskningsområde och betonar vikten av diagnosen, enkel PTSD och dissociativa störningar. Informanterna beskriver sina erfarenheter och svårigheter av att arbeta med traumatiserade och dissocierade patienter. Den terapeutiska ramen står för trygghet och stabilitet men också gränssättning i det terapeutiska kontraktet. Informanterna indelar det psykoterapeutiska arbetet i 3 faser: Stabilisering, bearbetning och integrering. I terapeutrollen belyser Informanterna att det är särskilt viktigt med egenvård, kompetensutveckling, handledning och andra stödfunktioner vid arbete med patienter med trauma och dissociation. Informanterna beskriver hur de påverkas starkt känslomässigt och kroppsligt i sitt terapeutiska arbete. Traumatisering, överföring och motöverföring betonas som en viktig del som informationskälla för att kunna föra processen framåt vid traumabehandling. **Slutsatser:** Framgångsfaktorer vid traumabehandling är att blanda olika teorier och tekniker som anknytningsteori och terapier som i, EMDR, hypnos och symboldrama men även kroppsterapi som integreras med psykoterapi. Psykoterapeutens roll har stor betydelse för att föra fram arbetsprocessen. Kroppsliga och starka överföringar och motöverföringar sker i mötet med dessa patienter, de tar ofta med sig skräckupplevelser in i terapirummet som måste härbärgeras av psykoterapeuten.

Sökord: trauma, posttraumatisk stress, dissociation, behandling, psykoterapi, affektreglering,

Keywords: trauma, posttraumatic stress, dissociation, treatment, psychotherapy, emotion regulation

1 Inledning

En traumatisk händelse behöver inte leda till några psykiska svårigheter men kan ibland följas av depressiva symtom och ångest. En annan följd av traumat kan vara utvecklingen av dissociativa symtom som kan störa personens förmåga att bearbeta den traumatiska händelsen. Dissociationen fungerar som ett försvar mot överväldigande rädsla, smärta och hjälplöshet som personen upplever att traumat har förorsakat. De tidiga anknytningsrelationerna formar människans stresshanteringssystem och genom hela livet är närhet till andra människor det främsta sättet att hantera skrämmande upplevelser och att reglera rädslan. Upplevelser som att bevittna t ex fysiska trauman kan orsaka plötsligt märkbar förändring i sinnessillstånd, inklusive ångest och övergående dissociativa symtom.

Upprepade traumatiska händelser och barndomstrauma kan hos särskilt sårbara personer medföra utveckling av en rad olika dissociativa symtom som minnesförlust och personlighetsförändring. Kaplan och Sadock (2005) menar att den samsjuklighet som finns i samband med komplexa dissociativa störningar bidrar till att många av patienterna får följande diagnoser: affektiva störningar, psykoser, ångestsyndrom, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), personlighetsstörningar och kognitiva störningar. Behandling för dessa symtom innebär att stärka och stödja relationer för att minska psykisk smärta genom att integrera traumat till meningsfullhet och sammanhang. Traumatiserade personer upplever ofta utanförskap och inre tomrum. Vissa personer kan i samtal berätta eller rekonstruera traumatiska händelser som inträffat i barndomen medan andra har större svårigheter att minnas. Det förflutna går inte att ändra på, men konfrontationen med det förflutna kan ge läkning och emotionell insikt. I terapin blir det möjligt att tolka den traumatiska händelsen tillsammans med psykoterapeuten.

Insatser för traumaöverlevande måste anpassas till typ av trauma, den tid som har förflutit sedan traumat inträffade och typ av posttraumatiska symtom. Två komponenter som syftar till att hjälpa patienten - den intellektuella och den relationella - är tillämpliga för alla behandlingsmetoder (Herman 1992).

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Psykisk trauma

Inom traumaforskningen talar man om potentiellt traumatiserande händelser vilka delas in i de tre kategorierna opersonliga trauman, interpersonella trauman och anknytningstrauman. Opersonliga trauman omfattar olyckor och naturkatastrofer. Interpersonella trauman orsakas av andra människor som till exempel upplevelser av krig, misshandel, våldtäkt eller rån. Anknytningstrauman innebär trauman som inträffar i anknytningsrelationer (Allen, 2001). Risken för traumatisering ökar om traumat är utdraget över tid och om det orsakas av en annan människa. Risken är större ju närmare känslomässig relation offret har till förövaren, varför anknytningstrauman tenderar att få de allvarligaste följdverkningarna (Allen, 2001; Herman 1992).

Wennberg (2010) beskriver att anknytningstrauman kan ta formen av fysisk misshandel eller sexuella övergrepp, men de kan också bestå i betydligt subtilare hot mot självet psykologiska integritet som vid långtgående känslomässigt övergivande. Sexuella övergrepp och fysisk misshandel kan betecknas som händesetrauman (event traumas), för att särskilja dem från annan typ av relationell traumatisering som tar formen av utebliven känsloreglering vilket Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi (2006) har betecknat som *trauma of absence*, trauma genom frånvaro.

Effekterna av ett trauma kan utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, vilket enligt diagnossystemet DSM IV innebär att personen varit utsatt för en traumatisk händelse, att symtomen på att händelsen återupplevs, att personen har ett undvikande beteende och symtom på överspändhet. Störningen skall ha varat i mer än en månad och ha orsakat försämringar i viktiga avseenden (APA, 1994). Komplex traumatisering leder ofta till dissociation. Behandling av komplexa traumarelaterade tillstånd innebär att hjälpa patienterna att associera tidigare dissocierat material (Gerge, 2010 s 77).

2.2 Dissociation och Dissociativ identitetstörning

Dissociation är en betydande försvarsmekanism vid trauma och innebär att den normala konflikten mellan tankar, känslor, sensationer, beteenden och symbolvärden bryts. Delar av upplevelsen splittras och isoleras, separerat från varannat. En person kan te x ha minne från händelsen intakt intellektuellt medan känslomässiga innehållet är dissocierat. Det dissocierade materialet finns utanför ramen för vardagen och livsberättelsen. Vid diagnos DID, dissociated identity disorder (APA, 1994) formas deljag som lever inom personen. Dessa deljag har varierande grad medvetenhet sinsemellan och har olika kognitiva emotionella beteendemässiga och sensoriska upplevelser. En tredje form av dissociation är distans från kroppsliga upplevelser vid en traumatisk händelse, en så kallad ut ur kroppen upplevelse. Personen ser det som händer på distans, vanligtvis uppifrån,

och upplever ofta överklighetskänslor, tids - och rumsaspekter påverkas och personen känner sig desorienterad (van der Kolk, 1996). MC Williams (1994) menar att dissociation är en normal reaktion på trauma. Dissociativ amnesistörning utgörs av en eller flera episoder av oförmåga att minnas viktig personlig information, ofta av traumatisk och påfrestande natur. Störningen förekommer inte uteslutande vid dissociativ identitetstörning.

2.3 Anknytningsteorin

Bowlby (2010) har haft en betydande roll för utarbetande av teorin. Anknytningen har en avgörande roll. Fyra huvudmönster finns när det gäller anknytningsmönster, trygg, otrygg-ambivalent, otrygg-undvikande och desorganiserad – desorienterad anknytning. Trygg anknytning innebär att individen kan lita på att föräldern finns tillgänglig, är deltagande och hjälpsam vid svåra eller skrämmande situationer. Otrygg- ambivalent anknytning kan innebära att individen är osäker på om föräldern kommer att vara tillgänglig, deltagande eller hjälpsam vid behov. Osäkerhet medför en benägenhet för separationsångest, efterhängsenhet och rädsla för att utforska världen. Otrygg- undvikande anknytning innebär att individen inte räknar med ett hjälpsamt gensvar vid behov av omvårdnad utan tvärtom väntar sig att bli bortstött. Vid desorganiserad - desorienterad anknytning kan barnet närma sig föräldern med ryggen före, röra sig i cirklar fram till föräldern eller bara stå helt stilla. Enligt Gerge (2010 s 33) är desorganiserat anknytningsmönster starkt kopplat till utvecklande av patologisk dissociation. Ett inlärt undvikande förhållningssätt mot starka affekter samt fobiska reaktioner mot eget psykiskt material (de mentala processerna) utmärker människor med desorganiserad anknytning. Lyons Ruth (2001) beskriver hur försvar uppstår i relationen och inte inom barnet själv. Anknytningsteorin är en tvåpersonsteori om psykiska konflikter och försvar. Den betonar de copingbeteenden eller defensiva processer som är nödvändiga för att hantera rädsloreaktioner inom ramen för en viss uppsättning anknytningsrelationer.

2.4 Överföring - motöverföring

Det psykodynamiska begreppet överföring innebär att känslor och förhållningssätt som man har haft i tidigare relationer, vanligen gentemot föräldrar förs över på nya relationer, på psykoterapeuten som man får behandling av. Enligt objektrelationsteorin är det en vanlig upplevelse hos en person som går i psykoterapi att terapeuten förkroppsliga personens inre objektrelationer. Att medvetandegöra och bearbeta överföringen mellan patient och terapeut är en av de viktigaste och terapeutiskt mest verksamma uppgifterna i psykoterapi på psykodynamisk psykoanalytisk grund. Terapins uppgift är att förvandla upprepning till erinring. (www psykologiguide.nu).

Herman (2007) beskriver att patienter som lider av ett traumatiskt syndrom utvecklar en karakteristisk form av överföring i den terapeutiska relationen. Deras emotionella respons gentemot alla personer i auktoritetsställning har deformerats

av skräckupplevelser. Av den anledningen har den traumatiska överföringsreaktionen en intensiv liv eller döden karaktär som det inte finns någon motsvarighet till i vanliga terapeutiska erfarenheter. Psykoterapeutens omedvetna reaktioner mot sin patient kallas för motöverföring.

Motöverföring har uppkommit som motsats till begreppet överföring som gäller patientens tendens att reagera mot terapeuten på samma sätt som de reagerar mot personer som de har en konfliktfylld relation till. I dagens psykodynamiska terapi ser man motöverföringen som något centralt i kommunikationen och relationen mellan terapeuten och patienten. Denna relation rymmer mer av ömsesidighet och delad erfarenhet än vad man tidigare ville erkänna. Det uppstår en resonans i kommunikationen mellan psykoterapeuten och patientens omedvetna känslor, bilder och tankar. Motöverföring måste etableras om en analytisk process ska komma till stånd.

Trauman är smittsamma. Att höra patientens trauma och historia, kan väcka till liv personliga trauman som psykoterapeuten upplevt tidigare i sitt eget liv. Det kan leda till att psykoterapeuten upptäcker fantasibilder som har samband med patientens historia eller sina egna fantasier eller drömmar.

Herman (2007) beskriver att i rollen som vittne till katastrofer eller ogärningar blir terapeuten ibland emotionellt nedbruten och upplever i lägre grad, samma skräck, vrede, hopplöshet som patienten. Detta är känt som "traumatisk motöverföring eller "ställföreträdande traumatisering". Psykoterapeuten kan börja känna symtom på PTSD. Herman anser att det är viktigt med adekvat utbildning i teknikerna som te x EMDR och Hypnos samt handledning gärna även relevant vidareutbildning i psykotraumatologi för att effektivt kunna hjälpa patienter med komplex psykisk traumatisering. Det som beskrivs är att det är kraftfulla överföringsfenomen och kräver att man inte öppnar upp till mer ointegrerat material än patienten har möjlighet att hårbärgera på en medveten nivå vid en viss given tidpunkt. Det är väl belagt att den mest effektiva behandlingen av psykisk traumatiserade människor är adekvat psykoterapi (van der Kolk 2005; Gerge, 2010 sid 11).

2.5 Behandling

I traumabehandling bör en systematisk bedömning ingå av trauma och dissociation utifrån vedertagna instrument. Psykoterapeuten bör förstå att information om anknytningskador, traumatisering och dissociation inte alltid lämnas, särskilt inte i början av en terapeutisk kontakt eller inom ramen för en kortidsterapi. (Gerge, 2010). Klufft (1996) menar att behandling av traumatiska minnen hos patienter med DID tycks vara avgörande för återhämtningen. Dessa patienter är sårbara och riskerar utveckla kriser, självskadebeteende och suicidförsök. Att arbeta med dessa personer är ett ansträngande arbete och måste bedömas med hjälp av tillgängliga kriterier och verktyg. Patienter med DID bör inte avbryta sitt traumaarbete. Det är viktigt att gå noggrant tillväga vid

informationsinsamlandet och undvika suggestioner, både för att resultatet skall bli bra och för att minimera risken för falska övertygelser. Psykoterapeuten bör använda ett stegvis närmande i terapin, där medvetet material behandlas först tillsammans med ett varmt förhållningssätt för att kunna ge utrymme för känslouttryck. Herman (2007 s 196) menar att människor som lider av DID eller multipel personlighetsstörning kan utveckla dissociation.

Toleransfönster är ett begrepp från spädbarnsforskningen och betyder den nivå av aktivitet i en människas centrala nervsystem som krävs för att man ska vara vaken, vid medvetande och undersökande. Är aktivitetsgraden för låg blir medvetandet grumlat. Blir aktivitetsgraden för hög blir människan agiterad och anspänd, vilket ofta resulterar i att hon efter ett tag faller ner utanför sitt toleransfönster. I så fall kan inget lärande ske, och psykoterapi handlar rimligen om att aktivera nytt lärande. Det är av yttersta vikt att terapeuten initialt kan hjälpa patienter att mer och mer vara inom sina toleransfönster. Arbetet i fas II handlar om att ligga på toleransfönstrets ytterligheter, både uppåt och nedåt, för att integrera upplevelser som tidigare varit förpassade utanför integrerade minnen och medvetandets fält. Adekvat psykoterapi leder till att patienten mer och mer kan hålla sig inom sitt toleransfönster. Det är en process som böljar fram och tillbaka. Patienten behöver vara stabiliserad för att effektiv traumabehandling ska kunna genomföras. (Gerge, 2010 s 83).

2.5.1 Anknytningsterapi

Bowlby (2010) skriver om hur anknytningsteorin kan kopplas till psykoterapi vilket är ett viktigt kliniskt bidrag när det gäller ett relationellt perspektiv på psykoterapi. Det ger en fördjupad förståelse för att bedriva psykologisk behandling med utgångspunkt i anknytningens centrala roll. Psykoterapeuten har ansvar att erbjuda en trygg bas för utforskande av alternativa och mer adaptiva (anpassade) förhållningssätt i nära relationer. Terapeutens uppgift är att skapa förutsättningar för sin patient att utforska de föreställningsmodeller han har av sig själv, och sina anknytningsgestalter i syfte att ompröva och omstrukturera dem i ljuset av den nya förståelsen han tillägnat sig och de nya erfarenheter han får i den terapeutiska relationen. Det är viktigt att terapeuten ger sin patient förutsättningar för en trygg bas, för att utforska de olika smärtsamma och olyckliga aspekterna av sitt liv. Terapeuten behöver också göra det möjligt för patienten att inse att dennes bilder eller modeller av sig själv och andra kan härledas från smärtsamma upplevelser i det förflutna eller från vilseledande budskap från en utomstående eller från en förälder. Patienten känner sig fri att föreställa sig alternativ som bättre passar dennes nuvarande liv. Relationen till terapeuten skapar en ny upplevelse av trygghet, som i sin tur möjliggör utforskande och förändring av tidigare relationella mönster. Den psykoterapeutiska processen skapar en rörelse mot ökad närhet till andra och ökad självständighet mot andra. Van der Hart och medarbetare (2006) understryker att patienter som har drabbats av mer komplex relationell traumatisering först av allt behöver hjälp med att övervinna sin fobi för anknytning och anknytningsförlust. Arbetet att integrera traumatiska minnen och

dissocierade delar av personligheten kan inte påbörjas förrän en förenande stabiliseringsfas etablerats vilken syftar till att öka individens mentala energi och effektivitet.

2.5.2 EMDR

EMDR, "Eye Movement and Desensitization Reprocessing". Det är en psykoterapeutisk metod som utvecklades i USA av F Sharpio. EMDR behandlingen innebär att patienten får hjälp att minska sina besvär efter upplevelser från det förgångna som stör det dagliga livet. EMDR har också använts för att hjälpa människor att hantera ångest och panikkänslor och många andra tillstånd där starka känslor är förknippade med livsupplevelser. Efter att förberedelserna är klara så börjar bearbetningsfasen av behandlingen genom att använda ögonrörelser. En EMDR session tar mellan 60 - 90 minuter. Under denna del av behandlingen kommer terapeuten och patienten att sitta snett mittemot varandra. Terapeuten kommer att be patienten att ta fram den bild från händelsen som stör mest tillsammans med den negativa självbilden, känslorna och de fysiska sensationerna. Patienten kommer att uppmanas att hålla detta i minnet så bra man kan medan ögonen följer terapeutens fingrar, som förs fram och tillbaka. Efter en serie av 30 - 50 ögonrörelser kommer terapeuten att be patienten att stanna, vila ta ett djupt andetag och sedan att lägga märke till och kort beskriva vilka tankar, känslor eller bilder som kommer för patienten. Vanligtvis kommer terapeuten att be patienten att hålla fast vid dessa tankar, känslor eller bilder och fortsätta med en ny omgång av ögonrörelser. Patienten kommer att fortsätta processen med att röra ögonen, vila och tänka/känna efter flera gången under behandlingssessionen. Vanligtvis kommer patienten att uppleva en förändring i bilderna, känslorna eller sensationerna medan terapeuten fortsätter processen. Om patientens tankar, känslor, föreställning eller fysiska sensationer blir mindre störande kommer terapeuten att be patienten ta fram den positiva självuppfattningen och kommer därefter att använda EMDR för att hjälpa patienten att börja förknippa detta nya sätt att tänka om sig själv tillsammans med den ursprungliga störande bilden. Om obehaget fortsätter att vara högt även vid slutet av behandlingstimmen kommer terapeuten att hjälpa patienten att slappna av och förbereda patienten för det fortsatta arbetet vid nästa behandlingstillfälle. (EMDR-föreningens, hemsida).

3 Tidigare forskning

Flera databassökningar har gjorts via Ersta Sköndals bibliotek i databasen Psycinfo med olika sökordskombinationer: som mest 261 träffar (trauma och theory, trauma och methods, trauma och research, affektreglering – emotion - regulation, dissociation, psychotherapy). Har sedan kombinerat Trauma och PTSD med olika behandlingsalternativ. D v s både ämnesorden Trauma och PTSD förekommer i artikelbeskrivningen och några har även kombinerats med Trauma eller PTSD med olika behandlingsalternativ. 2007-2012. Det fanns endast ett fåtal empiriska vetenskapliga studier.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Psykodynamisk psykoterapi

I en metaanalys av Lechsenring F; Rabung S; Leibing E (2004) avseende psykodynamisk psykoterapi ingick sjutton högkvalitativa studier. Effektens storlek på kortsiktig psykodynamisk psykoterapi (STPP) jämfördes med utfallet av en kontrollgrupp och med annan form av psykoterapi. Urvalet var studier mellan 1970-2004. Resultatet visade att psykodynamisk psykoterapi gav tydliga och stora fördelar och resultatet var fortsatt goda vid uppföljningsbesök. Resultat för Psykodynamisk psykoterapi gav en genomsnittlig effektstorlek $d = 1,46$ och för KBT $d = 1,00$. Behandlingstiden för STPP var i genomsnitt 20,97 session, (SD, 10,90). En annan studie är Leichsenring & Leibing (2007) samt Abbas et al (2006). Analyserna bygger på delvis olika studier men leder till samma slutsatser. Psykodynamisk terapi ger goda resultat vid flera olika psykiatriska diagnoser och resultatet är i jämförelse på lika villkor lika bra som för andra etablerade psykoterapimetoder.

Sandell (2004) beskriver, de olika modellerna som är eniga om att psykoterapi är en effektiv typ av behandling. Metaanalys efter metaanalys har med en enastående konsistens uppskattat den så kallade effektstorleken till omkring $d=0,8$. Specifika effekter har däremot visat sig små eller mycket små. Effekten av gemensamma faktorer (common factors) har däremot visat sig betydande. Dit hör bland annat förväntningseffekter, den terapeutiska alliansen och terapeutens skolanknytning (allegiance). Variationen mellan behandlingsresultaten för olika terapeuter i samma terapiform är mer än sex gånger större än variationen mellan olika terapiformer.

Traumabehandling

Bradley, (2005) presenterar en flerdimensionell metaanalys avseende behandling av PTSD. I analysen ingår 26 randomiserade studier, publicerade 1980-2003, omfattande 44 olika behandlingar varav tretton exponeringsterapi, fem kognitiv beteendeterapi, nio kombinerade kognitiv beteendeterapi och exponering, tio EMDR och sju andra till exempel psykosociala behandlingar. Metaanalysen visar på att majoriteten av patienterna som behandlades för PTSD blev återställda eller förbättrade. Några av de mest effektiva behandlingarna var psykosociala behandlingar. Resultatet tyder på att psykoterapi och samtalsbehandling för PTSD leder till en stor initial förbättring. Effektstorlek ger en något mer nyanserad redogörelse för utfall och generaliserbarhet.

Gantt, L., & Tinnin, L.W, (2007) beskriver hur ett intensivt öppenvårdsbehandlingsprogram i USA utvecklades för att behandla patienter med posttraumatisk stress som remitterats från avlägsna områden där behandling inte var tillgänglig. Behandlingsmetoderna var i stor utsträckning, konstterapi, hypnos och videoterapi. Detta var en naturalistisk studie med före - och eftermätningar. Uppgifter redovisas om de första 72 patienter som fullföljde programmet. Resultat blev att 45 % av deltagarna uppfyllde kriterierna för tillfrisknande 44 %

förbättrades, 8 % var oförändrad och 3 % mådde sämre efter behandling. Alla grupper av patienter som gick i efterbehandling förbättrades och förbättringen var statistiskt signifikant. Kort intensiv traumaterapi i öppenvård verkar vara en genomförbar behandling för post-traumatiska störningar. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan olika diagnostiska kategorier i termer av förbättring eller tillfrisknande.

Bisson, J. & Andrew, M. (2007), redovisar en genomgång av 33 randomiserade studier om psykologisk behandling av PTSD. Deltagarna var vuxna med traumatiska stressymtom sedan tre månader eller mer. Behandlingarna var trauma kognitiv beteendeterapi/exponeringsterapi, (TFCBT), stresshantering (SM), andra behandlingar som understödjande behandling, icke – rådgivande, psykodynamisk terapi och hypnosterapi, grupp kognitiv beteendeterapi, (KBT), EMDR. Efter behandling bedömde kliniker PTSD symtom. Resultaten visar på att individuell (TCFB) trauma kognitiv beteendeterapi/ exponeringsterapi, EMDR, stresshantering och grupp trauma kognitiv beteendeterapi är effektiva vid behandling av PTSD. Trauma kognitiv beteendeterapi/exponeringsterapi och EMDR var överlägsna stresshantering vid behandling av PTSD vid uppföljning mellan 2 och 5 månader efter behandling. Trauma kognitiv beteendeterapi/exponeringsterapi, EMDR och stresshantering var mer effektiva än andra behandlingar.

En pilotstudie av Nilsson (2010) visar på hur hon använder Symboldrama, en psykoterapeutisk metod som använder bilder, för ungdomar med dissociativa symtom och PTSD symtom. Totalt deltog 15 ungdomar i studien som varit sexuellt eller fysiskt misshandlade. Alla ungdomar rapporteras lida av en hög grad av dissociativa symtom och andra symtom som ångest, depression, posttraumatisk stress och ilska efter deras trauman. Syftet med studien var att testa hypotesen att symboldrama psykoterapi förutom psykologiutbildning av icke felande förälder avsevärt skulle minska de rapporterade symtomen. Före och efter behandlingen svarade deltagarna på frågeformulär om den traumatiska händelsen och om traumasymtom. Poängen före och efter behandling jämfördes och resultaten visade att symtomen minskade och hade statistiskt signifikans.

Forskning om EMDR - metoden.

År 2001 gjordes en randomiserad och kontrollerad studie avseende EMDR - behandling av unga. I denna studie har 60 kvinnor(16-24 år) med traumatiska minnen inkluderats. Av de 60 kvinnorna var 18 tonåringar. Patienterna randomiserades antingen till två sessioner med EMDR eller till två sessioner med aktivt lyssnande. För samtliga patienter, oavsett behandling, uppmättes en signifikant förbättring mätt med ångest-, depressions- och självuppfattningsskalor. Gruppen som behandlades med EMDR uppvisade dock dubbelt så stor sammanvägd effekt jämfört med gruppen som genomgått aktivt lyssnande. Behandlingsresultaten var oberoende av ålder. Resultaten kvarstod vid en tre månaders uppföljning. Däremot anser SBU att ingen dokumentation finns angående metodens kostnadseffektivitet. Det är inte heller klarlagt vad

ögonrörelserna eller annan alternativ stimulering har för effekt under EMDR-behandlingen. (Alert-rapport, SBU, 2001).

4 Syfte – Frågeställning

Studiens syfte var att undersöka vad som var betydelsefullt för psykoterapeuten i det psykoterapeutiska arbetet med patienter med trauma och dissociation.

* Vad i det psykoterapeutiska arbetet med traumatiserade patienter är betydelsefullt för bearbetning av traumatisering och dissociativa symtom.

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Fem legitimerade psykoterapeuter ingick i studien, tre kvinnor och två män. En var under 50 år och fyra över 50 år. Grundutbildning var för två psykologexamen, en socionomexamen, en sjuksköterskeexamen och en vårdpedagog. Erfarenhet av arbete med psykoterapi sträckte sig från 10 år till 30 år. Samtliga informanter har lång erfarenhet av arbete med traumatisering och dissociation.

5.2 Undersökningsmetod

Denna studie hade en kvalitativ ansats, vilket ansågs mest lämpligt för att beskriva psykoterapeuternas subjektiva uppfattning om vad som varit betydelsefullt i det terapeutiska arbetet med traumapatienter. Enligt Kvale (1997) görs i kvalitativa studier slumpmässiga, strategiska urval där resultatet inte blir generaliserbart, men överförbart. Fenomenologisk beskrivning är att förstå sociala fenomen utifrån egna perspektiv. Fenomenologin intresserar sig för att klargöra både det som framträder och det sätt på vilket det framträder. Fenomenologin försöker komma fram till förutsättningslösa beskrivningar.

Validitet - reliabilitet

Enligt Langemar (2008) är validitet i kvalitativ metod som kvalitet, trovärdighet och meningsfullhet, vilket är detsamma som undersökningarnas vetenskapliga värde. Det är viktigt att en kvalitativ intervju verkligen är kvalitativ, det vill säga att den är anpassad till det kvalitativa arbetssättet. Det innebär att intervjuaren är medveten om vad hög validitet i en kvalitativ intervju innebär, och utnyttjar möjligheten att få uttömmande, varierad och nyanserad information av god kvalitet om mångfacetterade och subjektiva ämnen. I denna studie har det visat sig svårt att bedöma resultatets empiriska förankring. En god förankring i data innebär att man inte utesluter viktig information och inte lägger till sådant som faktiskt inte finns med i data. Målet har varit att uppnå de olika momenten i forskningsprocessen så bra som möjligt (inledning, genomförande och uppnå resultat, analys och slutsatser), försöka ha en öppen process och skapa meningsfullhet utifrån gällande krav på kvalitativ validitet. Förhållningssättet i en kvalitativ intervju är viktigare än hur konkret frågorna har ställts. Svårighet har

varit att hålla både närhet och distans, i arbetet. Undersökningens validitet och reliabilitet var bland annat att undersöka och besvara syfte och frågeställningarna med hjälp av intervjuguiden och målet var att ge ny värdefull kunskap.

Langemar (2008) betonar att förhållningssättet i den kvalitativa intervjun är lika viktig som hur de konkreta frågorna formuleras. Den förutbestämda strukturen fungerar som hjälp, för att ge möjlighet att ställa följdfrågor under intervjuens gång. Frågorna behöver inte heller ställas i samma ordning eller formuleras på exakt likadant sätt i intervju efter intervju, utan kan anpassas till hur intervjun utvecklar sig. I denna studie ställdes öppna frågor, intervjuguiden blev ett stöd, under intervjun. Studien bedöms vara reliabel.

5.3 Datainsamlingsmetoder

Halvstrukturerad intervju valdes som metod för datainsamling, för att kunna fånga personliga erfarenheter och upplevelser. En intervjuguide med ett antal frågor formulerades och utgjorde den huvudsakliga strukturen under intervjuerna (Bilaga 1). De viktigaste temana var traumaterapins verksamma delar samt psykoterapeuternas upplevelser i terapirummet och hur de påverkas av att arbeta med dessa patienter.

5.4 Bearbetningsmetoder

En fenomenologisk analys innebär att analysarbetet kan liknas vid "att lägga pussel". De olika pusselbitarna flyttas omkring tills en meningsfull helhetsbild träder fram (Langemar, 2008). Langemar beskriver en fenomenologisk analys och hänvisar till, Hayes, 2000. I denna studie avlyssnades intervjuerna flera gånger och transkriberades och sedan därefter lästes intervjuerna igen i sin helhet, tills materialet var välbekant. Många omprovningar gjordes för att sortera angränsande tematiska områden och rubriceras och för att få en slutlig helhetsstruktur, som sedan sorterades i olika enheter in i områden där de bäst hörde hemma. Informanternas livsvärld framträdde. Det blev möjligt att se saker utifrån deras perspektiv och olika teman framträdde. Delar av texten som kunde hänföras till respektive tema markerades. Materialet sorterades utifrån de olika temana. En strukturering genomfördes steg för steg genom att delar av intervjuerna som uppfattades ha liknande meningsinnehåll, sammanfördes till nya teman. Efter denna strukturering gjordes en sammanfattning av innehållet i de olika temana. I de fall där det fanns många citat med liknande innebörd valdes ett eller några citat ut för att kunna representera det meningsbärande i det aktuella temat. Citaten lästes igenom flera gånger. I samband med sammanfattningarna arbetades steg för steg nya namn eller meningar fram som senare blev underrubriker i resultatredovisningen. Parallellt med detta arbete lästes intervjuerna igenom på nytt i sin ursprungliga form för att undvika förskjutning av den ursprungliga innebörden i uttalandena samt för att kontrollera att ingenting av vikt hade glömts bort.

5.5 Genomförande

Denna studie genomfördes sommaren 2011 i Västra Sverige. Ett introduktionsbrev skickades ut via mail till nio legitimerade psykoterapeuter med lång erfarenhet av att arbeta med trauma och dissociationspatienter. Terapeuterna kontaktades efter att jag gjort en research på personer som arbetar med traumapatienter och via rekommendationer från andra psykoterapeuter. Mailet innehöll en förfrågan om deltagande i studien (bilaga 2). Tre psykoterapeuter tackade nej till förfrågan på grund av tidsbrist. Sex psykoterapeuter tackade ja till intervjun. Intervjuerna genomfördes på psykoterapeuternas behandlingsrum eller tjänsterum. Intervjuerna bandades och var 45 min - 1 tim långa. En intervju kom inte med på bandet på grund av tekniska problem. Endast fem intervjuer redovisas därför i resultatet.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Vetenskapsrådet (1999) beskriver deltagareetik och utgår från två grundaspekter, forskningskravet, vilket innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att forskning bedrivs som är till nytta för samhället och individskyddskravet, vilket innebär att forskning inte får medföra att individer utsätts för psykisk eller fysisk kränkning samt otillbörlig insyn i privatlivet. Det finns fyra huvudkrav gällande information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informationskravet innebär att deltagare så långt som möjligt skall informeras om undersökningens syfte, vad deltagandet innebär och hur resultatet kommer att gestalta sig. Samtycke vilket innebär att deltagaren i forskning ska ske frivilligt, både formellt och reellt, vilket kräver fullständig information om vad deltagande innebär. Konfidentialitet innebär att allt material behandlas konfidentiellt, att man inte får lämna ut information som kan användas för att identifiera deltagaren och att resultatet presenteras i avidentifierad form. Nyttjandekravet innebär att material som samlas in för forskning endast får användas för forskningsändamål och alltså inte i kommersiella syften om ej annat avtalas med deltagarna.

7 Resultat

Vid analys av materialet framkom fyra huvudteman: Bedömning, behandling, terapeutrollen och egenvård.

7.1 Bedömning

7.1.1 Traumatisering

Trauma och dissociation är ett underskattat forskningsområde enligt informanterna som betonar vikten av att lyfta fram diagnoserna enkel PTSD och dissociativ störning. Ett enkelt trauma kan utveckla sig till ett komplext PTSD och kan ge samsjuklighet om det inte behandlas med traumaterapi. Enbart farmakologisk behandling botar inte PTSD och risken ökar för återfall efter

avslutad medicinering. Informanterna lyfter fram effektiv behandling av PTSD som t ex EMDR, hypnos, exponering och Kognitiv beteendeterapi.

Kvinna 56 år: *Underskattat forskningsområde traumaupplevelser inom psykiatrin, Om man inte bearbetar ett enkelt PTSD kan det bli ett komplext PTSD men även samsjuklighet.*

Kvinna 42 år: *Betonar vikten av att lyfta fram diagnos dissociativ störning, PTSD och att det kan handla om ett enkelt trauma t ex våldtäkt men som kan bli ett komplext för att det kommer i djupa nivåer när man blir kränkt på ett sådant sätt.*

Det är också viktigt att ta ställning till om patienten har en affektiv störning, instabil personlighetsstörning, psykossjukdom eller en dissociativ störning för att kunna ge rätt behandling.

Kvinna 56 år: *Försöka sortera screena dissociationen och värdera hur den patologiska dissociationen är, för att inte gå på pumpen. Arbetsalliansen måste återerövas hela tiden och leva upp till förtroende, vilket man inte gör hela tiden, utan det går fram och tillbaka, anamnesen är viktig och en bedömning av hur skört neurotisk – psykotisk, eller ”jag stark” hur mycket dissociation glöms lätt bort.*

7.1.2 Bedömningsverktyg

Några av skattningsinstrumenten som används i det psykoterapeutiska arbetet är SIDES (strukturerad intervju för disorder of extreme stress), DES - skalan (Dissociation event scale), SDQ5, SL90 och någon använde en egen skattning för självkänsla eller de olika instrument som används som psykolog. De kliniska instrumenten används för att ta ställning till art och grad av traumarelaterad dissociation

Kvinna 42 år: *Använder olika instrument som psykolog DES, SDQ5.*

Kvinna (a) 56 år: *Använder många olika skattningsinstrument. I början och slutet bl a SL90,*

Kvinna (b) 56 år: *Använder en egen skattningsskala 1- 10 självkänsla och tillit. Mäts före och efter.*

7.2 Behandling

7.2.1 Metod och Teori

Flera Informanterna blandar olika teorier och metoder. De utgår från traumapatientens behov, detta i förhållande och beroende på vilket typ av trauma, anknytningstrauma eller om det finns ett eller flera trauma, dissociation och PTSD. Det är betydelsefullt att utgå från människans ursprungsberättelse för att kunna förstå patienten och få berättelsen att flöda, vilket tar olika lång tid. Metoder och teorier som informanterna använder är psykodynamisk teori och anknytningsteori, inlärningsteori, neuropsykobiologi, integrativ psykodynamisk teori.

Kvinna (a) 56 år: *Jag arbetar med Crafoord, Människan är en berättelse, förstå människan och då förstå berättelsen, sitter koncentrerad och låta berättelsen få flöda och det tar olika lång tid, förstå människans ursprungsberättelse.*

Kvinna (b) 56 år: *Blir olika teorier när man arbetar med komplex PTSD, anknnytningsteori är viktigt, inlärningsteorin, neuropsykobiologi, integrativ psykodynamisk teori flexar mellan systemteoretisk.*

7.2.2 Anknnytning

Betydelsen av att arbeta med traumat och dissociation beskrivs. I det kliniska arbetet är det viktigt att hela tiden pröva sin bedömning, anknnytningens mönster och vilken strukturnivå patienten har. Patienter med höggradig dissociation behöver ofta en lång terapi och för tidig insatt exponering kan patienten fara illa av.

Kvinna 56 år: *Anknnytningen ofta skadad, våga prata om trauma med traumatiska människor och tilliten kommer så småningom.*

Kvinna 42 år: *Det kan vara trauma, dold bakom en psykos, patienten vet inte om sina trauman och i vissa fall har brist på anknnytning.*

7.2.3 Ramen

Informanterna beskriver och lägger särskilt stor vikt vid att en patient med trauman och dissociation alltid ska ha samma plats och tid, 1 gång per vecka och ibland inom bearbetningsfasen 2 ggr/v när behov uppstår. Ramen står för trygghet och stabilitet, men också gränsen för det terapeutiska kontraktet.

Kvinna 56 år: *Ramen gäller både terapeut och patient för att skapa trygghet och tillit i terapiprocessen. Muntligt kontrakt, patienten är fri att sluta när den vill.*

Kvinna 42 år: *Lätt att tappa tid och rum med patienter som är traumatiserade och dissocierar men det därför särskilt viktigt att hålla tiden.*

Man 61 år: *Akut kris 2ggr/v tillhör inte vanligheten, ibland inför sommaruppehåll Lägga på måndag och fredag (på deras 1ggr/v)*

7.2.4 Fassettspecifik behandling

Informanterna beskriver att de arbetar utifrån en traumabehandling som är uppdelad i tre faser; stabilisering, bearbetning och integrering/avslutning. Terapi med människor med trauma och dissociativ problematik bör sträva mot ett integrerande hos patienten. Informanterna beskriver att deras uppgift är att hjälpa patienten att göra det förflutna till förflutet så trygghetskänsla kan skapas, den personliga autonomin återupprättas och patienten kan börja utforska sig själv i förhållande till andra människor. Målsättningen är att hjälpa patienten att

acceptera sig själv som människa som trots sina erfarenheter har rätt till ett liv efter traumat utan smärtor.

7.2.4.1 Fas 1 - Stabilisering

Det som utmärker arbetet i fas I är att patienten ska stabiliseras och i mötet skapa en bärande relation och god arbetsallians. Det är viktigt att det får ta tid när man arbetar med trauma och dissociationspatienter. Genom att få hjälp och stöd att utforska via en annan människa kan förmågan komma att börja reglera sig själv och därmed växa. Det är särskilt viktigt för patienter där anknytning kan ses som ett trauma, att börja känna trygghet och få tillit igen. Informanterna beskriver att en del patienter ofta frågar hur lång tid behandlingen brukar ta.

Framgångsfaktorer i traumabehandlingen är att bygga upp en relation och att det terapeutiska arbetet får ta tid. Försöka utforska tidpunkterna och sätta ord på den traumatiska upplevelsen och fylla i minsta detalj vad som hände och vem som gjorde vad, vem som bär ansvar för traumat. Det är viktigt som terapeut att skapa trygghet och att som terapeut kunna förmedla och visa att jag som terapeut klarar att höra vad du än säger. Informanterna använder olika metoder och tekniker beroende på trauma och dissociation. Informanterna får ofta hoppa mellan faserna stabilisering och bearbetning när något händer. De använder olika tekniker som exempel EMDR; hypnos och symboldrama/terapi och använder de olika i olika faser. Informanterna är öppna för andra tekniker som mindfulness och massage även om de inte utför det själva.

Kvinna 56 år: *Om man skall vänta på tillit får man vänta länge, Att istället utgå från trygghet för tilliten som får ta tid. Använder EMDR och Hypnos och symboldrama.*

Man 58 år: *Att det är viktigt att utforska, vilket trauma nu eller när det hände, försöka ringa in tidpunkterna, att sätta ord och återvänder till kronologiska ordningen, ibland händer det saker tappar tid och rum, fylla i te x minsta detalj, vad som hände, vem som gjorde, hur långt traumat omedvetet är inkapslat, flyktbeteende och undvikande beteende om det är längre trauma pratar vi om det vem som bär ansvaret för traumat. Är positiv till att man använde Mindfulness, massage eller andra terapiformer men utförde dem inte själv.*

Betydelsefulla faktorer i stabilisering kan diskuteras. Känsloutlevande i intoningen påtalas. En annan beskriver att intoningen är det som görs i tilliten och viktigt att vara en god lyssnerska. En informant menar att matcha/intoning är honörsord i hypnos - patienten känner sig förstådd, och visa respekt. I hypnosterapi så matchar man automatiskt. En informant beskriver att intoningen är att vara på samma våglängd och inte vara någon annan stans, ha fingertoppskänsla.

Kvinna 42 år: *Intoningen är a och o och är så klart min intuition, särskilt när man arbetar med patienter som är dissociativa. Då är intoningen avgörande, Kan vara olika hur man tolkar och hur öppen man är just den dagen, budskap skapar något, så är det, inslag och som rör sig i gränslandet.*

Man 58 år: *Det gäller alla patienter inte specifikt för traumapatienter, intoningen är att vara på samma våglängd och inte vara någon annanstans ha fingertoppskänsla, starkt överjag, som att lägga pussel 2000 bitar, det tar tid".*

Hypnos kan användas för behandling av traumatiserade patienter både i stabiliseringsarbetet och i bearbetningsfasen. Det kan vara guidade övningar i självhypnos eller att det sker i terapirummet tillsammans med psykoterapeuten. Fas I: är fokus på stabilisering för att skapa trygghet och få kroppsupplevelse

Man 61 år: *Kort beskrivning hypnos för mig en djup avslappnad övning, utan behöva skydda sig, låter det komma till sig, finns ett skydd och som man upplever även i en vanlig psykoterapi*

Kvinna 42 år: *Utforska te x kroppsliga...hypnos bra sätt att närma sig traumat*

7.2.4.2 Fas 2 - Bearbetning

Bearbetningsfasen kan se olika ut och tar olika lång tid beroende på traumat och dissociationen. Informanterna beskriver att ibland får man arbeta med traumat i korta sekvenser och hoppa fram och tillbaka i terapiprocessens och gå tillbaka till stabiliseringsfasen så att inte traumapatienten hamnar utanför sitt toleransfönster. Då kan ingen bearbetning och integrering ske. Det är också viktigt att patienten inte re traumatiseras.

Man 58 år: *Korta sekvenser, då och då, hoppa fram och tillbaka i terapiprocessen, associera hit och dit, använda kronologisk ordning, Älta och åter älta en viktig del i bearbetningen.*

Man 61 år: *Bearbetningsfasen kan se olika ut och klassiskt många patienter frågar hur lång tid kommer det att ta och denna fråga är svår att svara på vilka olika resurser att läka men minst ett halvår - 1 år i bästa fall beroende på vilka resultat. En annan viktig del är att vara tydlig kring deljag, ego, stateger och dissociation för att inte uppnå re traumatisering.*

Dissociation ger sig till känna i terapin och är en del av behandlingen. Det framkommer både som projektiv identifikation och genom undvikande på olika sätt. Det är viktigt att normalisera vad patienten har varit med om, sätta ord på detta och skapa förståelse.

Man 61 år: *Dissociation för mig är ett sätt distansera sig till obehagliga känslor för att de har både ett försvar och skydd, hinder för att kunna komma åt sorgen, Den jag stärkande biten är så viktig och att det görs i egen takt och hela tiden återkommer man hela tiden till punktet 1,2, 3 och det finns ingen genväg alla får hitta sin sorgprocess och sin bearbetning. Dissociationen gör sig till känna i terapin, genom projektiv identifikation tar man över patientens känslor. Jag kan känna mig avskärmad, avstängd, rädd, förvirrad, förstår ingenting sitter i en glasbubbla kortvarigt eller lite längre tid. Det tar lång tid att komma tillbaka till sig.*

Kvinna 56 år: *Undvikande i olika sammanhang, hur jag möter det, jag normaliserar vad patienten har varit med om, jag hjälper patienten att sätta ord och sätta funktionen i jaget. skapa större förståelse för sin egen reaktion, är en del av behandlingen.*

Att våga prata om traumat och känslan att åter få kontroll är en del i behandlingen. Sörjande och integrering kommer att under denna fas vara en central del för de som lider av komplex traumatisering och att få förståelse för alla delarna och en utveckling av "jaget".

Kvinna 56 år: *Att patienten åter få känslan av kontroll, "Får ta tid, ofta starka skydd (försvar), det är viktigt att våga prata om traumat,*

EMDR används för att befrämja bearbetning av trauma men endast vid enklare PTSD. Patienten behöver hjälp att bryta och upphöra med negativa tankemässiga mönster av sig själv och i bästa fall kunna börja reflektera. Även vändpunkter kan komma.

Kvinna 56 år: *Jag jobbar med EMDR och där kan patienten uppfatta en vändpunkt, patienten märker att undvikandet bryts och när patienten får till det och sin egen förmåga att berätta och upphöra med negativa tankemässiga mönster av sig själv. Patienten kommer i bästa fall börja reflektera, reparationsarbetet kan börja.*

Kvinna 42 år: *EMDR, har erfarenhet det är bra, men måste vara försiktig med patienter som är traumatiserad och inte grundstabila och bör inte vara komplexa, man arbetar med en EMDR bearbetning på en liten frekvens kan vara en liten bit av session och inte bara prat, utan även hypnos*

Hypnos kan användas för behandling av traumatiserade patienter både i stabiliseringsarbetet och i bearbetningsfasen. I fas II är fokus på bearbetning för att öka patientens förmåga att återkalla aspekter av en traumahändelse och kunna hantera den förhöjda ångesten. Det öppnar upp för experimenterande och för att få kontakt med olika delar.

Kvinna 42 år: *Hypnos är bra .. öppnar upp för experimenterade så är det i världen inte konstigt att man har olika delar, går in i sig självupplevelse och hur man använder, formulerar och pratar, kan jag öppna upp det som skall utforskas t ex kroppsliga, hypnos bra sätt att närma sig traumat*

7.2.4.3 Fas 3 – Integrering/avslutning

Informanterna beskriver för dem betydelsefulla framgångsfaktorer integrering och vändpunkter i sitt behandlingsarbete. Genom att få förståelse för alla delarna och skapa en mening och de får något positivt att förlika sig med. Arbetet inom fas III handlar fortfarande om en återgång till fas I och II arbete när ångesten och rädslan ökar eller när nya händelser och obearbetat material ger sig till känna och ett delvis ältande varvat med nyfikenhet. Det gäller att förlika sig med sitt trauma, integrera och läka djupgående existentiell sorg och smärta. Sörjande och

integration kommer under denna fas vara en viktig del för de som lider av komplex traumatisering. Det skapas vändpunkter.

Man 61 år: *Integrera och få förståelse för alla delarna. Känslor av sorg och skam, ilska och rädsla.*

Man 58 år: *Det brukar kännas nu är vi på väg, nu pratar vi om det på ett annat sätt som en erfarenhet som skapar egenskaper, en mening något positivt att förlåta sig med, nu känner man något annat efter ett ältande och ältande sorgearbete, i bearbetning och nu inte behöver säga mer.....*

Kvinna 42 år: *Det händer ofta, det är många vändpunkter det är aha-upplevelser. T ex: - när olika DID delar av ANP eller några EP ibland flera ANP, då kanske man har en del som kommer i början och visar det lilla barnet, beskyddaren och jävulen, min erfarenhet när man får dessa delar i patienten att börja samarbeta även om patienten är motvillig och rädd för detta, känner patienten aha-upplevelser och det är otroligt intressant.*

7.3 Terapeutrollen

Svårigheter finns att arbeta med trauma och dissociationspatienter, en del patienter har bara minnesfragment och en del är extremt sensitiva. I det terapeutiska arbetet sker ofta, i negativ överföring, men kan också vara positiv överföring, men även motsägelsefull komplex överföring.

Kvinna 56 år: *Är det svåraste man kan arbeta med. Sorg, aggression kraftiga överföringar när man arbetar med traumapatienter,*

Kvinna 42 år: *Patienten otroligt känsliga sensitiva kräver tydlighet.*

7.3.1 Traumatisk överföring

Traumatisk överföring speglar inte bara skräckupplevelse utan upplevelsen av hjälplöshet. Informanterna förmedlar att det är viktigt att lära sig att förstå de medfödda affekterna och hur de påverkar oss som människor och behandlare. Med komplext traumatiserade patienter med dissociation behöver affekten skam alltid benämnas och härbärgeras.

Kvinna 56 år: *Jag är container, gör allt talbart.*

Man 61 år: *Det som känns är rädsla en vanlig upplevelse och det är lätt att känna sig som förövare, torterare när man skall leda tillbaka till traumat, något som tar emot mycket terror, vidrigheter man möter. Det är fenomen hos offer en skam en fråga som ofta kommer, varför blev jag utsatt och vad kunde gjorts för att förhindra återkommande i våldstäcksoffer....klassiska incest offer....eller Polisen som aktiverar med frågor, te x hur var du klädd, sa du nej, var du lockad, som ger signaler att vara delaktiga.*

7.3.2 Traumatisk motöverföring

Omfattar hela spektra av terapeutens emotionella reaktioner på överlevaren och på själva den traumatiska händelsen. Motöverföringen visar sig genom olika symtom men kan också bidra med information till informanten/terapeuten. Att lyssna på de känslor som väcktes i mötet med patienten var något som ansågs väsentligt för att terapiprocessen skulle gå framåt. Det var en viktig informationskälla som kan ge terapeuten ledning i hur han/hon skulle gå vidare i den terapeutiska processen. Känslorna är ofta starka och man kan känna sig som förövare eller som patienten.Handledning eller andra stödsystem är därför viktigt.

Kvinna 56 år: *Fick stanna bilen på vägen hem, för jag trodde jag var sjuk, att komma hem vara fullständigt trött och vakna trött ha huvudvärk, att arbeta med svårt traumatiska, riskerar bli tyst som patienten i förhållande till kollegor och inte kunna berätta som patienten, få svårt med relationen till kollegor, känna sig lika ensam och udda i sin organisation som patienten gör i världen, särskilt i organisationer som inte ser Trauma och dissociationsbegreppet som man gör i kliniska forskningsvärlden*

Kvinna 42 år: *Känslor av äckel, ilska men även humor, glädje till att känna mig förkrossad.*

Informanterna ansåg att känslor i överföringen och motöverföringen mellan terapeut och patient har stor betydelse för att föra den terapeutiska processen framåt. Motöverföringsreaktioner är oundvikliga. Det är också oundvikligt att dessa reaktioner stör utvecklingen av en god arbetsrelation. Vissa skyddsåtgärder måste vidtas för att båda parter ska känna trygghet.

Kvinna 56 år: *Hela registret beroende på vilket trauma och kraftiga fysiska funktioner som att kräkas, ofta när man har haft flera likartade historier med speciella övergrepp, symboliskt måste göra av med fysiska reaktioner som rädsla äckel ilska är inte relevant, men även som ömbet idealiserar patienten hela registret det är svårt arbete.*

Man 58 år: *Olika känslor av trauma, skammen skuld, ilska och sorgen kommer ibland kan jag känna mig arg, kan känna mig argare än patienten då måste det bero på överföring, eftersom det inte handlar om mig, vet inte vad patienten känner kanske ge kroppsliga åkommor olika känslor alltid för trauma som måste bearbetas.*

7.3.3 Kroppsliga reaktioner

Informanterna vittnade om starka känslor och kroppsliga reaktioner när de arbetar med patienter med trauma och dissociation.

Kvinna (a) 56 år: *Jag som terapeuten är arg på deras vägnar, en så fin son som de har behandlats så dåligt, då kan jag känna ilska och aggression och det är inte jag som är arg, utan att det är hans ilska och nu har jag en ilska i magen och jag känner inte dina föräldrar men döljer inte det, jag är en container, gör allt talbart...*

Kvinna (b) 56 år: *Starka motöverföringar, trodde jag var sjuk, en reaktion när jag kom hem, var fullständigt trött och vakna trött, ha huvudvärk. Det har hänt att när jag haft flera patienter med te x övergrepp, fått stanna bilen och kräkas.*

Kvinna 42 år: *Det växlar men initialt är det ömbet i min motöverföring, min känsla är ömbet men har kunnat känna olika känslor, äckel inte så jätteuttalat men subtilt ilska ligger nära till hands, jag tror alla effekterna (Affektteorin) finns med. I tillitsbyggande och det håller man på med så länge, finns humor och glädje som är förlösande*

7.4 Egenvård

Behovet av egenvård betonas liksom att ha en lång sommarledighet. För att få balans i arbete och privatliv krävs egenvård. Det är viktigt att ha en stödgrupp/handledning där man kan göra sig av med det som kan kännas svårt i det terapeutiska arbetet när det gäller bland annat överföring och motöverföring, som man möter med traumatiserade patienter. Viktigt att inte boka för många patienter för tätt samma dag.

Man 58 år: *Behöver unna mig en lång semester på sommaren och egen vård.*

Kvinna 42 år: *Det påverkar mig mycket och jag är uttröttande, viktigt med egen vård. inte pressa in alla måsten, låter bra men inte så lätt, viktigt med goda kollegor och handledning. Aldrig för många kraftfulla patienter med komplexa PTSD - trauma på en och samma dag*

Kompetensutveckling och handledning påtalas också som en viktig del att utvecklas i sitt kliniska arbete och en kvalitetssäkring i sitt arbete, för att inte bli som patienten eller att riskera bli lika tyst som patienten i förhållande till kollegor. Lätt att känna sig ensam i organisationen.

Kvinna (a) 56 år: *Att arbeta med svårt traumatiska patienter innebär att riskera bli tyst som patienten i förhållande till kollegor och inte kunna berätta som patienten har svårt till kollegor, känner sig lika ensam och udda i sin organisation som patienten gör till världen. Lätt att känna sig ensam i organisationen.*

Kvinna (b) 56 år: *Handledning får jag strida för det är en kvalitetssäkring för att inte bli som patienten. Cheferna undrar hur länge skall vi behöva betala handledning för legitimerade psykoterapeuter?*

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Definitionen av kvalitativ metod är att det innefattar analysmetoder som är språkliga och som leder till ett resultat i form av en text av något slag (Langemar, 2008).

Utifrån frågeställningen valdes kvalitativ ansats och en fenomenologisk metod. Studien undersökte informanternas subjektiva tankar och känslor i sitt terapeutiska arbete med traumatiserade patienter. Författarens förförståelse för trauma och dissociation var ringa innan undersökningen gjordes. Validiteten är beroende av forskningsfrågan. Författaren bedömer att validiteten har varit god även om validiteten kanske hade varit annorlunda om urvalet varit större.

Intervjuerna fokuserades på vissa teman utifrån frågeställningar och syftet med studien. Under själva intervjusituationen var intervjuguiden ett stöd, ibland innebar det svårigheter att avbryta för att återgå till själva frågeställningen. Kvale (1997,121) menar: "Detta behöver inte vara en felkälla utan är ibland en styrkefaktor. Genom att låta informanterna uttrycka sig i dialog bevaras närheten till deras livsvärld och förutsättningarna för att de utvecklar sina tankar ökar". Intervjuguiden visade sig vara omfattande med många breda ämnesområden utan följdfrågor, vilket gjort att studien saknar en fördjupning. Några av informanterna hade svårt att förstå vissa frågor som till exempel vad som menas med intoning. Det visade sig att man använde andra begrepp som t ex matchning.

En av svårigheterna i analysarbetet var att få en sammanhängande helhet som gav svar på alla frågeställningarna. Språkets betydelse är en del av kulturen och vårt sätt att se på verkligheten. Eftersom kvalitativa analyser har betoning på det språkliga kommer individuella tolkningar av språket att påverka analysen.

Intervjuarbetet genomfördes innan Informanterna gick på semester. Tidsplanen följdes när det gäller förberedelsen, intervjuarbetet och transkribering. En intervju kom inte med på bandspelaren på grund av tekniska problem och har därför inte kunnat tas med i studien.

Etik, Vetenskapsrådets regler har följts. Etiska övervägande har återkommande aktualiserats genom hela studieprocessen.

8.2 Resultatdiskussion

Denna studie efterforskar vad som är betydelsefullt i det psykoterapeutiska arbetet med patienter med trauma och dissociation. Resultaten bygger på Informanternas svar från frågeguiden och hur de upplever sitt arbete av patienter med trauma och dissociation. I analysbearbetningen av intervjuerna utkristalliserades fyra huvudteman: Bedömning, behandling, terapeutrollen och egenvård.

Intresset för forskning av psykoterapi, anknytningsteori och traumabehandling har ökat under de senaste åren. PTSD bör och kan lyftas fram och betraktas som en folkhälsosjukdom. Diagnostisering och behandling bör uppmärksammas, många av de som utsätts för potentiellt traumatiserande upplevelser utvecklar inte PTSD. De psykologiska effekterna av händelser orsakade av avsiktlig våld eller terror påverkar människor mer än effekterna av oavsiktligt utlösta händelser eller naturkatastrofer. (Gerge 2010).

En av vetenskapliga studier i psykodynamisk terapi, en större metaanalys av Lechsenring & Leibing (2007) och Abbas (2006) visar på att psykodynamisk psykoterapi ger goda resultat vid flera olika psykiatriska diagnoser. En annan forskning av Bission & Andrew (2007) som redovisar ett antal randomiserade studier om psykologisk effektiv behandling av PTSD. Behandlingarna var olika terapiformer för trauma, kognitiv beteendeterapi och exponeringsterapi, EMDR, stresshantering

Informanterna menar att trauma och dissociation är ett underskattat forskningsområde och betonar att det är särskilt viktigt att lyfta fram diagnoserna enkel PTSD och dissociativ störning. Ett enkelt trauma kan utveckla sig till ett komplext PTSD och kan ge samsjuklighet om det inte behandlas med traumaterapi - psykoterapi. Vid komplex traumatisering finns ofta en samsjuklighet vilket gör att det är svårt att diagnosticera rätt. Symtom som beskrivs kan vara depression, ångest missbruk och det mentala tillståndet uttrycks inte sällan som kroppsliga fenomen i t ex smärta (Gerge, 2010).

En möjlig tolkning är att inom Hälso- och sjukvården prioriteras inte traumabehandling, det saknas kunskap och en osäkerhet runt trauma och traumabehandling. På vårdcentralen behandlar man symtomet och skriver ut farmakologisk medicin och sjukskriver patienten. Många av de som senare kommer till psykiatri har då utvecklat ett komplex tillstånd av PTSD. Senaste åren har man fokuserat på andra diagnoser som t ex depression, ASD (akut stress, disorder), somatiska besvär, ADHD och personlighetsstörning.

Författaren vill lyfta fram betydelsen av trauma, tidigare livsupplevelse, anknytningstrauma och tidigare obearbetade trauma. Denna forskning visar på att traumabehandling är ett underskattat område och att det finns ett fåtal empiriska vetenskapliga studier inom traumaforskningen.

Informanterna menar också att det är viktigt att ta ställning till om patienten har någon affektiv störning, psykossjukdom, instabil personlighetsstörning eller dissociativ störning för att kunna ge rätt behandling. En viktig del är att hela tiden pröva sin bedömning, anknytningsmönster och vilken strukturnivå patienten har, men också suicidrisk. Flera av informanterna beskriver att de använder skattningsskalor och andra instrument innan och under en behandling. Patienter med höggradig dissociation behöver ofta en längre terapi och för tidigt insatt exponering kan patienten fara illa av. Gerge (2010) beskriver att behandling av komplex traumarelaterade tillstånd innebär att hjälpa patienterna att associera tidigare dissocierat material. Psykodynamisk terapi handlar främst om den inre världen och mellanmänniska relationer. Bowlby (2010) har haft en betydande roll för utarbetande av anknytningsteorin. Tilliten är ofta skadad och traumapatienten har svårt att tala om det förgångna. De som har dålig anknytning, klarar sig ofta

sämre än de som har god anknytning. Enligt Gerge (2010) är desorganiserat anknytningsmönster starkt kopplat till utvecklande av patologisk dissociation.

Informanterna beskriver att många patienter ofta inte vet om sina trauman, de har svårt att minnas. Det kan även bero på förmåga att bearbeta och integrera stressframkallande upplevelser och tillgång till psykologiskt och socialt stöd. Ett av målen med traumabehandling är att eliminera eller minska påverkan av minnesbilder, mardrömmar och andra påträngande symtom.

Informanterna beskriver och lägger särskilt stor vikt vid att en patient med trauma och dissociation alltid ska ha samma plats och tid. Ramen står för trygghet och stabilitet men också för gränssättning och för det terapeutiska kontraktet. Samtliga Informanter menar att det är viktigt att som behandlare att skapa trygghet och att kunna förmedla och visa att jag som psykoterapeut klarar att lyssna vad du än säger. Informanter beskriver och indelar traumabehandlingen i tre faser; stabilisering, bearbetning och integrering/avslutning. Flera kliniker och forskare arbetar utifrån fasorienterad behandlingsätt. Tidigare forskning stödjer att traumabehandling kan uppdelas i 3 faser: stabiliserings-fasen, bearbetningsfasen och integrering/avslutningsfasen.

När det gäller behandlingsmetoder beskriver samtliga Informanter att de använder olika metoder och teorier och de utgår från traumapatientens behov, beroende på vilket typ av trauma och patologisk dissociation. Tidigare forskning visar på att kombinerade behandlingsmetoder kan ge en förbättring (Bradley 2005). Forskning av Bisson & Andrew (2007), där flera randomiserade studier av psykologisk behandling av PTSD, stödjer att man använder flera olika metoder och teorier för att uppnå effektiv behandling. Flera informanter använder EMDR vilket också ger goda behandlingsresultat och en evidensbaserad metod. En möjlig tolkning av resultatet i denna forskning är att det visar på att det inte gör någon skillnad på vilken metod man använder i traumabehandling utan den ger ändå en initial förbättring för patienten. Det krävs ofta en längre relation och psykoterapeutisk behandling, där behandlaren på ett strukturerat sätt och har ett klart syfte med när och varför man använder vissa metoder. Metoderna är de verktyg man har att tillgå i det terapeutiska arbetet. EMDR och trauma fokuserad KBT är också utmärkta metoder för att hjälpa patienter med enkel PTSD. Hypnos i det terapeutiska arbetet med höggradig dissociation behöver utvärderas via systematisk forskning. Det saknas enskild evidensbaserad metod för behandling av komplexa dissociativa störningar. Gerge (2010) menar att behandling av komplexa dissociativa störningar bör behandlas av utbildad trauma – psykoterapeut.

Psykoterapeuten har två roller, den ena är den professionella med gedigna teoretiska kunskaper och arbetslivserfarenhet, den andra är den personliga. Det är viktigt att hålla isär dessa olika roller i mötet och i relationen med patienter som lider av trauma och dissociation.

Informanterna betonar att arbeta med målgruppen traumapatienter - PTSD, dissociation, innebär att även psykoterapeuten brottas med liknande störningar i sin relation till patienten. Detta kräver enligt (Gerge, 2010) ofta en kompetens och en bärande förmåga för att klara den starka regression som kommer att utspela sig i rummet och i relationen. Informanterna beskriver att om och om igen få lyssna till historier om mänsklig grymhet rubbar oundvikligen psykoterapeutens grundläggande tro. Det kan leda till att psykoterapeuten underskattar sin egen kunskap och skicklighet och även tron på den psykoterapeutiska relationens verkan. I det terapeutiska arbetet sker ofta i negativ överföring men kan också vara positiv överföring, men även motsägelsefull komplex överföring.

Traumatisk överföring och affektreglering speglar inte bara genom skräckupplevelse utan upplevelsen av hjälplöshet. Informanterna förmedlar att det är viktigt att lära sig att förstå de medfödda affekterna och hur de påverkar oss som människor och behandlare. Informanterna menar också att med komplext traumatiserade patienter med dissociation behövs affekten, skam alltid benämnas och härbärgeras. Enligt (van de Hart et al 2006), är några viktiga psykodynamiska begrepp härbärgera, projektiva identifikation och att när tiden är mogen ge tillbaka det "avgiftade" till patienten, det tycks vara en rimlig tanke och en bra arbetsmodell. Det är också viktigt att utveckla kapaciteten att härbärgera och integrera de tendenser för splitting och fragmentering som med automatik är en del av terapi och handledningen av komplext PTSD och dissociativa störningar.

Motöverföringsreaktioner är oundvikliga. Det är oundvikligt att dessa reaktioner stör utvecklingen av en god arbetsrelation. Vissa skyddsåtgärder måste vidtas för att båda parter ska känna trygghet. Den traumatiska motöverföringen omfattar hela spektret av terapeutens emotionella reaktioner och på själva den traumatiska händelsen. Motöverföringen visar sig genom olika symtom vilket bidrar med information till Informanten/behandlaren. Flera Informanter såg det som en viktig informationskälla, hur man skall gå vidare i den terapeutiska processen. Känslor är ofta starka och ibland kunde man känna sig som förövare eller som patient. Överföringsfenomen har betydelse att föra den psykoterapeutiska processen framåt. Att engagera sig i det psykoterapeutiska arbetet medför vissa risker för behandlarens egen psykiska hälsa. Om inte psykoterapeutens negativa reaktioner förstås utan undertrycks, leder de också till störning i den terapeutiska förbindelsen med patienterna och till konflikter med yrkeskollegor.

I litteraturen hittar man olika begrepp som försöker beskriva denna påverkan och dess effekter. *Compassion fatigue*, *sekundär traumatisering*, *utbrändhet* och *ställföreträdande traumatisering* (eng *vicarious traumatization*) är några av de begreppen som används för att beskriva den negativa påverkan som kan uppstå som följd av arbete med svårt traumatiserade personer.

Det kan ses som de ”negativa effekterna av att bry sig om och ta hand om andra”. Empati är en psykoterapeuts största tillgång. Det krävs också att man kontinuerligt självutvärderar och övervakar sitt eget mående. Psykoterapeuten kan vara olika känsliga för ”ställföreträdande trauma” beroende på individuella egenskaper, egna livserfarenheter, trauma och möjlighet att hantera stress men också tillgång till individuella och professionella copingstrategier.

Det finns inte mycket forskning om hur man påverkas av att arbeta med patienter som har varit utsatt för tortyr. Det saknas forskning hur man tolkar och påverkas av att lyssna på samma berättelse.

Samtliga informanter vittnar om starka känslor och kroppsliga reaktioner när de arbetar med patienter med trauma och dissociation. Informanterna betonar att egenvård och att ha en lång sommarledighet är särskilt viktigt.Handledning eller andra stödsystem är därför viktiga för alla legitimerade psykoterapeuter och behandlare. I ett idealiskt stödsystem bör ingå ett tryggt, strukturerat och regelbundet forum för genomgång av dennes kliniska arbete. Det kan bestå av handledning eller en kollegial stödgrupp helst bådadera. Omgivningen måste tillåta både uttryck för känsloreaktioner och för tekniska eller intellektuella bekymmer i samband med patienter med trauma och dissociation. Viktigt att man kan göra sig av med det som kan kännas svårt i det terapeutiska arbetet när det gäller bland annat överföring och motöverföring som man möter med traumatiserade patienter.

Kompetensutveckling och handledning påtalas som en viktig del att utvecklas i sitt kliniska arbete och en kvalitetssäkring för behandlaren, patienten och arbetsledningen inom Hälso- och sjukvården.

I denna studie vill författaren lyfta fram betydelsen till att ha en bra handledning och kollegial stödgrupp när man arbetar med traumatiserade patienter. Den andra viktiga faktorn som har betydelse är egenvården. Flera informanter vittnar om att det är ett ansträngt och krävande arbete att behandla dessa svåra patienter. Risken för psykisk ohälsa för egen del som behandlare är annars stor. Detta får ses som en relevant vägledning i det fortsatta arbetet som psykoterapeut och traumabehandlare.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Vi har ännu inte klara besked om vilken psykoterapiform som är bäst för en given patient. Att vissa generella inslag i psykoterapin är mycket verkningsfulla står klart, men ännu ger forskarna oss inte några starka argument för att specifika interventioner har specifika effekter. Skillnader mellan psykoterapeuter spelar stor roll för utfallet, men vi vet ännu mycket litet om vilka egenskaper hos terapeuten som är till fördel eller till nackdel. Kazdin (2005) skriver att den kanske mest försummade frågan inom psykoterapiforskningen är vilken mekanism i vilken behandling som leder till förändring. Klart är att olika psykoterapiers specifika

effekter är ett område som behöver utforskas och utvecklas mycket mer. Ett annat förslag till fortsatt forskning att göra en fördjupad studie och kartläggning av psykoterapeuternas hälsa och stress, se om det skiljer sig åt beroende på vilka patientgrupp de arbetar med.

Referensförteckning

- Abbas, A.A., Hanrock, J T Henderson. J. Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychoherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.: Art no CDOO4687.
- Allen J.G.(2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester. John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mentaldisorder (4 th ed.)* Washington, D.C.: Author.
- Bissons .J & Andrew M. (2007). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Psychological Medicine. Cardiff University.
<http://www.thecochranelibrary.com>
- Bokförlaget Prisma, (1987). *Prismas främmande ord*, Stockholm Nordisk förlag
- Bowlby. J . (2010) En trygg bas, kliniska tillämpningar av anknytningsteorin. Andra utgåvan. Stockholm: Natur och kultur
- Bradley, Rebelaj;Greene, Jamellee; russ, Eric; Lissa;westen, Drew. (2005). Multidimensional Meta analysis of Pschytherapy for PTSD *The American Journal of psychiatry* 162.2, 214-27.
- Gantt, L., & Tinnin, L. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69-80.
- Gerge, A. (2010). *Psykoaterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*, Ludvika; Dualis AB
- Gerge, A (2010). *Psykoaterapi vid dissociativa störningar*, Stockholm; ScandBook
- Hayes, N. (2002). *Doing Psychological, research*. Buchingham open Universitet. Press.
- Herman.J. (1992) *Trauma and recovery: The aftermath of violence- from domestic abuse to plitical terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J.L. (2007). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborgs psykoterapiinstitut. Estland: Munken Print.
- Kazdin A.(2005) *Treatment outcomes, common factors and continued neglect of mechanisms of change*. *Clinical Psychology:Science and Practice*. 2005;12;184-8.

- Kluft, R. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative Identity disorder. *American Journal of Psychiatry* 153 (7 Suppl). 103-110.
- Kvale, S. (1997), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund Studentlitteratur.
- Lagerman, P (2008). Kvalitativ forskningsmetodik i psykologi – *att låta en värld öppna sig*, Stockholm, Liber
- Lichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Lichsenring, F., Leibing, E. (2007) . Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence *Psychology and Psychotherapy*, 80, 217-228.
- Lyons-Ruth, K. (2001). The two-person construction of defenses. Disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *Newsletter of the Division on Psychoanalytic Psychology of the American Psychological Association*, Winter
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R. & Bianchi, I (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29:63-86.
- Mc Williams, N. (1994):. *Psykoanalytiska Diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Nilsson, D. (2010). Symbol drama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptom pilot study, *Journal of Trauma & Dissociation* 11. 3 : 308-321.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P (2005) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* , 8 Edition, Lippincott, Williams Wilkins; Philadelphia
- Sandell, R. *Teknik eller relation?* Medicin och samhälle Nr 15-16 2004 volym 101
- Sandell, R., Lazar, A., Grant J., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J. Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class (LC) analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy*. In press.
- 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.

van der Kolk, B Weisaeth, L. & van der Hart, O (1996). History of trauma in psychiatry. I:B. Van der Kolk, A. ; McFarlane & L.Weisaeth (red). Traumatic stress. *The effect of overwhelming experiences on mind, body and society*. New York; The Guildform Press

van der Kolk, B. A., & Courtois C.A (2005). Editorial Comments: Complex devolopmental trauma. *Journal of Tramatic Stress*, 18, 385-388.

Vetenskapsrådet (1999). *Forskningsetniska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Wennberg. T. (2010). *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur och kultur.

Internet hemsidor:

www.emdr.se Från EMDR: A Closer Look - Video Manual Jon G Allen, Mchael W. Keller och David A Console. Guilford Press 1999. Svensk översättning: Kerstin Berg Johannesson. 1999.)

www.psykologiguiden.se

www.SBU.se Från SBU, (2001) Alertrådets sammanfattning (samverkan mellan SBU, Läke medelsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet) och bedömning av kunskapsläget. Den bygger på en rapport som utarbetats vid SBU i samarbete med Kerstin Bergh Johannesson, leg psyk, Specialist i klinisk psykologi, Kunskapscentrum för Traumatisk Stress, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Rapporten har granskats av Mats Fredriksson, professor, Institutionen för tillämpad psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.

Internet adresser:

Självskattningsinstrument kan laddas ner från Ellert Nijenhuis hemsida.
<http://enijenjus.nt>

T.E.C Traumatic Experimences Checklist,

S.DQ,-5 Somatic Dissociaton Questionarie

Bilaga 1

Intervjuguide	Datum	Plats
Intervju utförd av	Informantkod	
Kön	Ålder	

Vilken utbildning har du?

Hur lång erfarenhet som psykoterapeut - specialområde inom psykoterapi?

Utgångspunkt/Fokus: Vad i det psykoterapeutiska arbetet är väsentligt för bearbetning av trauma -

***Vad upplever du är betydelsefullt vid traumaterapi?**

* Vilken teori / metoder använder Du när du arbetar med dissociation - traumapatienter

* Vad är viktigast för dig i mötet med dessa patienter?

(anamnes- kartläggning, stabilisering fas 1, tillit trygghet, stabilisering, fas 2 bearbetning- utforska, sörja, fas 3 integrering av trauma, återupprättande social samhörighet)

* Vilken betydelse har intoning och känsloupplevelserna i ditt terapeutiska arbete?

* Vilka känslor överföringar - brukar du komma i kontakt med när du arbetar med trauma - dissociation?

På vilket sätt utnyttjar/bearbetar du det "verkliga" materialet" (traumat) som har varit betydelsefullt - blir vändpunkt?

***Hur påverkas Du som psykoterapeuten av att arbeta med patienter med trauma och dissociation.**

* Hur gör sig dissociationen sig till känna i terapin för dig?

* Kan du beskriva en motöverföringar av traumatiserad dissociation patient som har påverkat dig mycket?

* Känner du av några symtom när du arbetar med målgruppen?

* Kroppsliga - Symtom / mående - före och under behandlingen ?

Brukar du ha handledning när du arbetar med traumatiserade - DID patienter?

Instrument - andra tekniker

Använder du några instrument - självskattning? te x DID, SCID, DSM Hur ofta isåfall

Använder du hypnos, EMDR; kroppskännedom, mindfulness, bilder eller någon annan teknik?

Bilaga 2

E-POST MAIL/BREV

Till Leg psykoterapeut

Vill du bidra med din unika kunskap och erfarenhet om trauma och Behandling genom att delta som intervjuperson?

Jag heter Anne-Christine Nordström och går en legitimationsgrundande påbyggnadsutbildning i psykoterapi i regi av St Lukas i Göteborg. Under utbildningen kommer jag att göra ett uppsatsarbete med krav på forskningsmässigt utförande, till vilket jag nu söker efter lämpliga informanter (intervjupersoner). Har en tjänst som arbetsförmedlare inom Arbetsförmedlingen.

Jag har ett intresse av traumabehandling och utifrån detta vill jag

*Undersöka betydelsen av psykoterapi processen vid bearbetning av, trauma -dissociation.

*Hur påverkas jag som psykoterapeut av att arbeta med patienter med trauma och dissociation.

Till uppsatsarbetet söker jag kontakt med ca 6 informanter för att göra en individuell intervju om ca 45- 1 timma, helst under perioden maj - juni 2011.

Intervjuerna spelas in på ljudband. Ipone. Raderas efter bearbetning.

/Anne-Christine Nordström