

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Psykoterapeuters erfarenhet av att behandla  
posttraumatiskt stressyndrom med  
kognitiv beteendeterapi**

Heléne Højner  
Kristina Hellström Brengesjö

Examensarbete 15 poäng  
Psykoterapeutprogrammet  
Vårterminen 2017

Handledare: Billy Larsson  
Examinator: Malin Broberg

# Psykoterapeuters erfarenhet av att behandla posttraumatiskt stressyndrom med kognitiv beteendeterapi

Heléne Højner och Kristina Hellström Brengesjö

**Sammanfattning:** Studiens syfte var att undersöka psykoterapeuters erfarenheter av att behandla posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, med kognitiv beteendeterapi, KBT. Åtta psykoterapeuter intervjuades och svaren analyserades tematiskt. Fem teman arbetades fram: 1) kunskap, 2) att kunskapen landar i psykoterapeuten så att han eller hon förmår förmedla tro, hopp och mod om en fungerande behandling 3) ge gott om tid 4) patientens trygghet och tillit, samt 5) exponeringarna. Kunskapsutbytet och tilliten tar tid. De ansågs som bärande krafter vid den traumafokuserade exponeringen. Dessa faktorer är förmodligen viktiga att beakta vid spridandet av framtida möjligheter att framgångsrikt behandla patienter för PTSD.

Vi som skrivit detta arbete är Heléne Højner, som är specialistsjuksköterska i psykiatri, grundutbildad i KBT och arbetar på privat mottagning och Kristina Hellström Brengesjö, som är socionom, grundutbildad i KBT och arbetar på en landstingsdriven vårdcentral. Vår förförståelse om PTSD bestod av föreläsningar på både grundutbildningen i KBT och nuvarande utbildning, av en del litteratur samt erfarenhet av egna patienter. Under en längre tid hade vi noterat att grundutbildade samtalsterapeuter i KBT drog sig för att ta sig an patienter med PTSD på grund av egen osäkerhet, vilket var likadant för oss. Ett antagande var därför att patienter med PTSD- problematik inte fick den hjälp som de behövde. Detta väckte tanken att använda examensarbetet för att närma oss vad som var det egentliga problemet. Vår förhoppning är att denna uppsats ska kunna minska behandlares osäkerhet och samtidigt kunna bidra till att höja kvalitén på behandlingen för denna patientgrupp.

## Definition av PTSD

PTSD karaktäriseras framför allt av återkommande, ofrivilliga, plågsamma minnesbilder och flashbacks av det traumatiska som en person har upplevt. Ett trauma kan ha uppstått då personen befunnit sig i en allvarlig situation där dennes liv varit i fara vid ett eller flera upprepade tillfällen. Personen kan också ha bevittnat att någon annan person allvarligt skadat sig eller förolyckats. Det kan även ha handlat om någon form av kränkning av sin egen person som till exempel vid misshandel, rån, våldtäkt, tortyr, krigshändelser eller naturkatastrof som då bidragit till en intensiv rädsla för sitt eget liv eller en upplevelse av stor hjälplöshet. Karaktäriserande för PTSD är att personen har återupplevanden som är kopplade till den traumatiska händelsen. Även dissociativa reaktioner kan uppstå vilket innebär att personen återupplever den traumatiska händelsen på nytt och vid dessa situationer kan personen vid extrema fall helt tappa kontakten med nuet (American Psychiatric Association, 2013). Personer som drabbats av PTSD försöker att undvika situationer, tankar, känslor eller

aktiviteter som är förknippat med traumat och kan på så vis förlora intresset för vardagsaktiviteter och att umgås med andra människor. Det är mycket vanligt att den som är drabbad av PTSD upplever koncentrationssvårigheter, känslolöshet, överdrivna reaktioner så kallade arousalsymtom, minnesförlust samt förvrängda bilder och föreställningar om sig själv (Egidius, 2005). Detta medför ett signifikant lidande som sänker patientens funktionsförmåga på flera av livets viktiga områden.

## Prevalens

I en normalpopulation beräknas prevalensen för PTSD vara cirka 2 %. När man tittar på hela grupper som varit utsatta för något trauma såsom vid krig eller naturkatastrofer så ligger prevalensen på cirka 20-30 %. I USA har studier visat att 60 % av befolkningen någon gång i livet varit med om något traumatiskt. Dock utvecklar endast ett fåtal av dessa PTSD. Kvinnor löper större risk (10 %) än män (5 %) att drabbas av PTSD (Foa, Hembree & Rothbaum, 2013). I en studie som utfördes i Sverige visade det sig att livstidsfrekvensen av PTSD var 5,6 % och även här visade det sig att kvinnor drabbades nästan dubbelt så ofta (7,4 %) jämfört med män (3,6 %) (Frans, Rimmö & Åberg, 2005). Det som visat sig ligga till grund för störst risk att drabbas av PTSD och som anses vara en av de vanligaste orsakerna till PTSD är om man blir utsatt för våldtäkt och sexuella övergrepp. Risken att utveckla PTSD efter dessa övergrepp ligger på cirka 70 %. Risken att drabbas av PTSD då det handlar om livshotande sjukdomar såsom cancer och hjärtinfarkt gällande sig själv eller hos en nära anhörig tenderar utgöra mellan 5-20 %. Vad beträffar människovållande katastrofer såsom krig och terrorattacker samt flyg och färjekatastrofer ligger prevalensen på 30-60 % att drabbas av PTSD de närmaste åren (Galea, Nandi & Vlahov, 2005).

## Presentation av olika behandlingsmanualer för PTSD

För att läsaren inte ska bli förvirrad över en mängd olika förkortningar som förekommer i uppsatsen kommer här en lista på sådana, vad de står för, och upphovsman knuten till några av manualerna. Efter listan ges förklaringar i innebörden bakom några förkortningar som kan vara värt att lite närmare beskriva.

Förkortning	Står för...	Upphovsman
CFT	Compassion Focus Therapy	
CPT	Cognitive Process Therapy	
CT	Cognitive Therapy	Clark och Ehler
DBT	Dialectical Behavior Therapy	Linehan
NT	Narrativ Therapy	
IPT	Interpersonal PsychoTherapy	
PE	Prolonged Exposure	Foa
PITT	Psykodynamisk Imaginär Trauma Terapi	
STAIR/NST	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation / Narrative Story Telling	

TF-KBT	Trauma Focused KBT	
--------	--------------------	--

**Den narrativa terapin** är en generell terapimetod fokuserad på att patienten ska skapa en sammanhängande berättelse.

**Manualen STAIR/NST** kom till som en följd av World Trade Center den 11 september 2001. New York hade vid den tiden en PTSD-mottagning med ett forskarteam som blev förvånade över att PE endast klarade 60 % av de som sökte hjälp. Då man undersökte orsaken fann man att resterande 40 % hade flera trauman från barndomen, men inga strategier för att reglera sina känslor. Man tog då hjälp av både Linehan och Foa och skapade denna två-fas manual. Under den första fasen får patienten färdigheter med några moduler från DBT, framförallt känsloreglering och hur man skapar och upprätthåller konstruktiva relationer. I den andra fasen arbetar man mer traumafokuserat med narrativ terapi där Foas hotspots utgör grunden. Med denna manual klarade man alla patienter. Manualen finns beskriven av Cloitre, Cohen och Koenen (2006).

**Compassion Focus Therapy** syftar i huvudsak till att hjälpa patienten att vara medkännande med sig själv.

**Schematerapi** är ytterligare en terapiform som nämns nedan. Det är en transdiagnostisk terapi som med den traditionell KBT som grund integrerar starka influenser från gestaltterapi och anknytningsteorin. Terapin har utformats för att ta itu med patientens livslånga problematiska teman vilket bland annat innebär bearbetning av patientens historia och symtom. (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

**Övriga manualer** Eftersom övriga manualer förmodas vara välkända av psykoterapeuter i KBT ges här därför inga ytterligare beskrivningar av dessa.

## Aktuella forskningsläget

**Tidigare forskningsstudier med samma syfte som vi** Vid sökning på databaserna Cochrane Library, PsycINFO och PubMed kunde vi inte hitta en enda studie med samma syfte som vi haft. Det närmaste vi kom kring psykoterapeuters erfarenhet av att behandla patienter för PTSD var att Levitt, Malta, Martin, Davis och Cloitre (2007) kom fram till att man kan få bra resultat genom att på ett flexibelt sätt följa behandlingsprinciperna från en manual och göra anpassningar efter varje individs behov, och att man inte måste följa manualen på ett rigid sätt. Vidare konstaterade Woody, Anderson och D'Souza (2015) att kliniker blir mer effektiva ju mer träning de får. Det verkade med andra ord som om vi var de första som studerade vad psykoterapeuter har för erfarenhet av att behandla patienter för PTSD.

**Behandlingsmanualer som har evidens och intressanta forskningsfynd** Vi försökte även hitta studie som kunde visa det aktuella forskningsläget kring vilka manualer som vunnit evidens vid behandling för PTSD utifrån ett bredare perspektiv än bara till KBT. Det var dock svårare än vad vi först trodde och vi fick ägna mycken tid för detta sökande. Medan vi letade om evidensläget förstod vi att forskningen med tiden gjort en del intressanta fynd vilka vi här delger. Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo och Rothbaum (2009) beskrev att det fanns ett tjugotal olika psykologiska interventioner vid behandling för PTSD. Genom att dessa kan

kombineras på olika sätt så uppstår en myriad av främväxande behandlingar men ingen av dem hade då "tillräckligt med evidens för att dra slutsatser om deras effektivitet". Några intressanta noteringar från deras studie var bland annat att modern teknologi verkade mest lovande såsom internetbaserade interventioner och liknande. Patienter med krigsupplevelser tycktes ha störst nytta av detta. Vidare nämndes imaginär exponering som lovande för patienter med mardrömmar, men hade ifrågasatt effekt för andra symtom. Ytterligare en intressant notering var att DBT verkade lovande för kvinnor som vuxit upp med upprepade övergrepp, men att dess generaliserbarhet ansågs vara oklar.

Författarna Ehlers, Bisson, Clark, Creamer, Pilling, Richards, Schnurr, et al. (2009) kom i sin studie fram till att ytterligare och fördjupad forskning behövs för att finna ut vad som kan vara den verksamma mekanismen som bidrar till den terapeutiska förändringen. I avvaktan därpå rekommenderade författarna att kliniker använder TF-behandling som första alternativ vid behandling av PTSD" (Ehlers, et al., 2009). Wampold, Imel, Laska, Benish, Miller, Flückiger, Del Re, et al. (2010) drog slutsatsen att TF-behandling verkade ha bättre effektivitet än andra behandlingar men att det fortfarande fanns lite evidens som gav stöd för detta. Året där på drog även Otte (2011) samma slutsats.

En studie av Kilem, Kröger, Sarmadi, och Kosfelder, (2012) syftade till att gradera förbättringarna i flera symtomkluster som är vanligt förekommande vid PTSD och jämföra TF-KBT, EMDR och PITT med varandra. Resultatet visade att de terapeuter som använde TF-KBT eller EMDR...

"... graderade patientens förbättringar högre i alla symtom kluster än [de] som använde trauma processande interventioner av PITT." (Kilem, et al., 2012)

Slutsatsen blev att det är "i linje med de vägleda rekommendationerna för behandling vid PTSD" (Kilem, et al., 2012). Även Bisson, Roberts, Andrew, Cooper och Lewis (2013) fann att TF-KBT och EMDR hade högre evidens jämfört med övrig KBT, men att TF-KBT, EMDR och vanlig KBT ansågs vara mer effektiva än andra terapier. Markowitz, Petkova, Neria, Van Meter, Zhao, Hembree, Lovell, et al. (2015) gjorde en studie där de jämförde IPT, PE och avslappningsterapi. De fann bland annat att patienter med depression hade större benägenhet än icke deprimerade patienter att hoppa av PE. Vidare visade sig att IPT och PE gav förbättrad livskvalité och bättre social funktion jämfört med avslappningsterapi. För patienter med samsjuklighet PTSD och depression fann man att IPT gav bättre resultat än PE. Kaczurkin och Foa, (2015) drog i sin studie slutsatsen att behandlingen för PTSD inte blir mer effektiv om man kombinerar PE med CPT.

En intressant upptäckt i studie av Mørkved, Hartmann, Aarsheim, Holen, Milde, Bomyea, Thorp (2016) fann att NT fungerar mer effektivt vid behandling av komplex traumatisering som man kan se hos asylsökande och flyktingar före PE.

Den artikel som tydligast kunde beskriva det senaste evidensläget var Cusack, Jonas, Forneris, Wines, Sonis, Middleton, Feltner, et al. (2016) studie. De kom fram till att de manualer som fick störst evidens gällande effektivitet var exponeringsterapier såsom PE, CT, CPT, och KBT. Måttlig evidens fick blandade terapier såsom EMDR, och NT fick låg till måttlig evidens.

## **Syfte**

Vi ville med vår uppsats ta reda på vad legitimerade psykoterapeuter utifrån sina erfarenheter upplevde var viktigt för en framgångsrik behandling vid PTSD med KBT.

## **Metod**

### **Undersökningsdesign**

Forskningsmetoden som användes var kvalitativ metod med tematiska analyser. Kvalitativ metod valdes för att fånga in psykoterapeuternas egna berättelser om sina erfarenheter av att behandla personer som drabbats av PTSD med kognitiv beteendeterapi. Denna analys är att rekommendera då man är i fas att lära sig kvalitativ metod då en strukturerad procedur följs i olika steg (Langemar, 2008).

### **Deltagare**

Insamlandet av material skedde genom semistrukturerade intervjuer med åtta legitimerade psykoterapeuter, alla med KBT inriktning. Urvalskriteriet var att psykoterapeuten skulle ha erfarenhet kring behandling av personer med PTSD. Av de åtta intervjupersonerna var sju kvinnor och en man. Intervjupersonerna hade olika slags grundutbildning, två var psykiater, en var socialpedagog, en beteendevetare, en socionom och tre var psykologer. Fem av de intervjuade hade även handledarutbildning. De intervjuade arbetade inom privat verksamhet eller inom regionens specialistpsykiatri och var verksamma i södra Sverige. Intervjupersonerna kommer fortsättningsvis att benämnas psykoterapeuter i studien.

### **Instrument**

Intervjufrågorna var så öppna som möjligt men med vårt syfte som sitt fokus. Frågorna berörde behandlingsupplägg, bedömningssamtal, manualer, exponering, hinder samt vad som betytt mest för psykoterapeuten i sin professionella utveckling. En avslutande fråga inbjöd till att fritt komplettera med något som psykoterapeuten ansåg viktig men som vi av någon anledning inte hade berört.

Vid intervjuerna användes en semistrukturerad frågemall. Bakgrundsfrågor ställdes kring grundprofession, antal år i yrket som legitimerad psykoterapeut och inom vilken verksamhet de arbetade då intervjuerna gjordes samt i vilken omfattning de arbetat med PTSD. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon.

### **Tillvägagångssätt**

Psykoterapeuterna som intervjuades hittade vi genom personliga kontakter som i sin tur gav oss tips på andra namn. De kontaktades per telefon, via mail eller vid personligt möte med en förfrågan om deltagande i intervjun. Den information psykoterapeuterna fick innan intervjun var kortfattad och berörde endast vad intervjun skulle handla om. Psykoterapeuterna informerades om att intervjun skulle vara semistrukturerad och beräknades pågå cirka en timma men önskvärt var om de kunde sätta av en och en halv timma. Information gavs om att intervjuerna spelades in via mobiltelefon. En samtyckesblankett signerades av både intervjuare och psykoterapeut. I denna framgick att deltagandet var frivilligt och att man när som helst under studiens genomförande kunde avstå från att delta samt att allt material skulle behandlas konfidentiellt. Alla intervjuer gjordes mellan januari och juli 2016. Två av intervjuerna gjordes på en av intervjuarens arbetsplats, en genomfördes på ett lugnt café och fem gjordes på psykoterapeuternas arbetsplats varav en över telefon. Vi gjorde den första intervjun tillsammans. Därefter delade vi upp de andra intervjuerna oss emellan utifrån vad som var mest praktiskt.

## **Databearbetning/dataanalys**

Transkribering gjordes snarast möjligt efter genomförd intervju. Vi läste noggrant igenom intervjuerna och kodade dem tillsammans. De nyckelord och meningar som bedömdes viktiga för att besvara syftet färglades i olika kulörer för att på ett tydligare och mer överskådligt sätt visa vilka teman som dominerade och vilka som på något sätt hörde ihop. Då vi satte igång att skriva upptäckte vi nya saker som medförde att vi fick givande dialoger oss emellan. Arbetsprocessen har därefter bestått av ett ständigt växlande mellan skrivande och reflekterande diskussioner. Efter mycket bearbetning på detta sätt kom vi fram till våra fem teman. Vid databearbetning användes Langemars beskrivning av kvalitativ tematisk analys (2008). Kvalitativ tematisk analys innebär att man strukturerar data i olika steg utifrån färdiga frågeställningar som mer eller mindre är avgränsade och konkreta. Verktöget för detta har i denna uppsats varit vår intervjuguide.

## **Resultat**

Efter lång process med mycket bearbetning av materialet blev resultatet slutligen fem teman med 22 underteman.

### Tabell 1

#### Teman

##### 1. Kunskap – grunden för behandlingen

##### 1.1 Diagnoskriterier – och hur psykoterapeuterna förhåller sig till det

- 1.2 Manual – den psykoterapeuten själv tror på
- 1.3 Bedömningsamtalet – början på kunskapsutbytet
- 1.4 Behandlingens syfte, innehåll, innebörd och tempo
- 1.5 Livslinjen
- 1.6 Kartläggning
- 1.7 Vikten av att inte göra misstag
- 1.8 Psykoedukation – underlätta hanteringen av känslorna
- 1.9 Kunskap om att behandla för PTSD – ett högaktuellt och stort samhällsbehov

## 2. Kunskapen behöver landa i psykoterapeuten – för att kunna förmedla tro, hopp och mod

- 2.1 Kunskap – förmedla tro och hopp om en fungerande behandling
- 2.2 Psykoterapeutens personliga egenskaper – förmedla tron på sig själv som behandlare
- 2.3 Psykoterapeutens förhållningssätt – förmedla modet om att det faktiskt är möjligt
- 2.4 Psykoterapeutens hinder – eller bristande förmåga eller tro på förändring?
- 2.5Handledning – förankrad kunskap och egen reflektion

## 3 Ge gott om tid – och skapa goda förutsättningar för behandlingen

- 3.1 Tid – att använda den väl
- 3.2 Avhopp – bristande tro på förändring – eller...?
- 3.3 Dissociation – en särskild utmaning
- 3.4 Tolk – dialog som möjliggör behandling

## 4. Patientens trygghet – tillit som bär för att våga möta det värsta

## 5. Exponeringarna - många vägar till framgångsrik förändring

- 5.1 Exponering
- 5.2 Inställning till imaginär exponering
- 5.3 Hotspots
- 5.4 När patientens tro leder till framgångsrik förändring och nya mål

## **1. Kunskap – grunden för behandlingen**

Samtliga psykoterapeuterna inledde med att understryka vikten av att behandlaren först och främst utrustat sig själv med gedigen kunskap. De beskrev sedan vad kunskapen kunde bestå av, vilket redogörs för i nedanstående underteman.

**1.1 Diagnoskriterier – och hur psykoterapeuterna förhåller sig till det** Trots att vi inte hade någon fråga kring diagnosbegreppet PTSD så inledde samtliga psykoterapeuter redan vid vår första fråga med att kommentera just själva diagnosen. Någon ville skilja på begreppen livskris, trauman respektive PTSD och beskrev en tydlig skillnad i innebörd mellan dessa begrepp. Många människor kommer någon gång i sitt liv gå igenom någon form av trauma, till exempelvis en trafikolycka, ett rån eller någon naturkatastrof, men det behöver inte innebära att det med automatik utvecklas till PTSD. Någon annan psykoterapeut menade att trauma-händelsen kan ha blivit en slags inlärning som sedan blivit grund för att patienten



utvecklat någon form av psykisk ohälsa, till exempelvis social fobi eller generaliserad ångestproblematik, men det behöver inte leda till PTSD. På sätt och vis skulle man kunna anse att patienten blivit traumatiserad även om han eller hon inte lever upp till diagnoskriterierna för PTSD. En del av psykoterapeuterna menade att patienten kan behöva behandling för sitt trauma trots att de inte levde upp till diagnoskriterierna för PTSD, men å andra sidan fanns det andra psykoterapeuter som menade att det inte finns anledning till att ge behandling för PTSD om patienten inte uppfyller diagnoskriterierna. En av dessa psykoterapeuter lyfte fram en intressant aspekt genom att betona att patienten inte bara behöver ha flashbacks och mardrömmar utan behöver också ha ett "signifikant lidande i vardagen" annars finns det ingen diagnos att behandla. Enligt DSM-IV definierades PTSD som en ångestdiagnos, medan DSM-5 numera beskriver PTSD som en stressdiagnos. Detta stämmer väl med psykoterapeuternas erfarenheter av att det inte bara behöver handla om ångest eller rädsla utan kan vara aktuellt för vilken aversiv emotion som helst eller i någon form av kombination eller allihop. Skam var den emotion som nämnades mest problematisk vid PTSD.

*"När patienten läser diagnoskriterierna så känner man igen sig eller också känner man inte igen sig."*

*"PTSD är att gå fel i den naturliga läkningen vi har som människor. Hur kan vi utsätta varandra för det vi gör?"*

**1.2 Manual – den psykoterapeuten själv tror på** Alla psykoterapeuterna använde sig av flera olika manualer. Flera växlade man mellan olika manualer och då tycktes man följa manualen mer eller mindre troget. De flesta psykoterapeuter blandade dock flera olika manualer, följde dem inte troget, utan tycktes snarare styras av var patienten befann sig i processen. Vi mötte flera sätt att kombinera olika manualer. De manualer som psykoterapeuterna oftast utgick ifrån var PE, CT, samt NT. Det narrativa arbetssättet nämnades bland annat av psykoterapeut som arbetade med CT. Någon psykoterapeut använde inte någon manual utan snarare en slags kombination av PE och NT. Det som också förekom var EMDR liksom schematerapin. Någon av psykoterapeuterna tyckte att PTSD-behandlingen blev mer komplett med CFT. Någon annan använde sig både av explicit skrivande och imagery rescripting. Ytterligare någon hade funnit det hjälpsamt att låna en teknik från den psykodynamiska terapin, som heter egostate i vilken patienten får hjälp att använda sina styrkor i sårbara situationer. Psykoterapeuten använde den tekniken för att hjälpa patienten att skilja på vad som hände då och patientens nuvarande liv. Ytterligare någon psykoterapeut hade med årens lopp utvecklat egna hjälpsamma metoder. Flera psykoterapeuter tog upp att de hade erfarenhet av att det var stora skillnader på att behandla patienter som upplevt en enstaka traumatisk händelse jämfört med de som kom med upprepad och komplex svårighetsgrad på PTSD. De psykoterapeuter som särskilt framhöll komplex PTSD-problematik lyfte snarare fram manualen STAIR/NST.

*"För att en PTSD behandling ska bli framgångsrik krävs att teorin är valid och grundar till det man ska hantera."*

*“Det viktigaste är att ha en stark tro på det man gör, för börjar man själv bli tveksam så kommer det att spegla av sig både till patienten men också i vad man gör. [ ... ] Ju mindre man vet så kommer man per definition att göra mer fel, och då innebär det också att vara rädd för...”*

*”För att föra behandlingen framåt är det mycket mer hjälpsamt att tänka att det aldrig är patienten det är fel på utan snarare att det beror på psykoterapeuten. Istället för att tänka att 'patienten var inte motiverad' så kanske det snarare handlar om psykoterapeuten som behöver hitta ett annat sätt att arbeta på.”*

**1.3 Bedömningssamtalet – början på kunskapsutbytet** För att få en bra behandling vid PTSD menade nästan alla psykoterapeuterna att det var viktigt att börja med att lyssna empatiskt på det patienten har med sig utan att värdera. Någon psykoterapeut underströk att...

*“...det är patienten som avgör om det är ett trauma och inte jag som psykoterapeut.”*

Flera psykoterapeuter menade att det viktigaste för att göra framgångsrik behandling var att diagnosticera rätt. Bedömningssamtalet bör därför innehålla skattningsformulär som avser PTSD samt en diagnostisk intervju för att få bekräftat att det verkligen är PTSD med differentiering från andra psykiska sjukdomar. Några psykoterapeuter ansåg det viktigt att ge patienten tillräckligt bra information om diagnoskriterierna, och särskilt om traumat hänt för länge sedan och införlivats i personen själv. Några psykoterapeuter hade erfarenhet av att PTSD kan finnas gömt bakom en depression som det blivit svårt att nå framgång med.

*“Det finns patienter som inte söker hjälp kanske på grund av[...]eller av okunskap om att det går att behandla, utan man tänker att 'det är något fel på mig', att det inte går att göra något åt, och 'jag får lära mig att leva med det'.”*

**1.4 Behandlingens syfte, innehåll, innebörd och tempo** Flera av psykoterapeuterna hävdade att behandlingen går ut på att patienten förstår vad som hänt, kan sätta ihop det till en sammanhängande historia och att man emotionellt skapat en ny berättelse över det som hänt så att traumat inte längre påverkar vardagen.

*“Jag ger aldrig några löften om att man kommer kunna glömma eller att alla bekymmer går över, utan snarare om syftet att kunna leva ett liv som är så fritt som möjligt.”*

Psykoterapeuterna tyckte det var viktigt att ge patienten bra information om vad behandlingen innehåller. Någon underströk vikten av att förmedla en stark tro på att behandlingen faktiskt gör skillnad. En annan psykoterapeut menade att hemuppgifterna var viktiga för patienten att göra för att komma vidare i terapin. Vidare var det flera psykoterapeuter som sa att det är viktigt att man är tydlig och ärlig med att behandlingen är krävande och någon psykoterapeut framhöll att patienten redan har ett förfärligt lidande och därför vill bli av med det.

*“Så länge minnena är fragment och det inte finns en sammanhängande historia så kan patienten inte gå vidare. Om patienten inte förstår vad som hänt så kan det ju hända när som helst igen, och då går människor omkring och är rädda. Och kan jag inte våga närma mig det som hände därför att det känns så smärtsamt så kan jag aldrig knyta ihop historien.”*

Någon psykoterapeut tog också upp skillnaden mellan psykoterapeutisk behandling och rättsväsendets logik, liksom vikten av att hålla kvar fokus på det terapeutiska arbetet.

*“Juridiskt sett kan det mycket väl vara så att det brott patienten varit utsatt för inte går att finna bevis för som håller vid en rättegång i en domstol, men det kan dock fortfarande vara en våldtäkt.”*

Någon av psykoterapeuterna tog upp vikten av att prata med patienten om att själv välja att aktivt delta i behandlingen, och att psykoterapeuten inte bara kan sätta igång behandlingen. Flera psykoterapeuter menade att det är särskilt viktigt att tidigt informera patienten om dennes möjlighet att styra, stanna och påverka i vilken takt allt görs. Några formulerade det som att patienten behöver vara mogen för det som ska göras.

*“Patienten ska känna sig trygg så att han eller hon kan säga stopp eller nu blir det för jobbigt.”*

**1.5 Livslinjen** Flera psykoterapeuter tyckte det var hjälpsamt att inledningsvis använda livslinjen för att få kort och övergripande information om hur patientens liv har sett ut och hur patienten har fungerat i skola, arbete, vardagen, i relationer, om eventuella traumatiska händelser, och få någorlunda beskrivning kring vad dessa bestod av. Livslinjen ger samtidigt information om patientens styrkor och sårbarheter. En intressant aspekt som några psykoterapeuter lyfte fram i det sammanhanget var att fråga patienten hur han eller hon själv tolkar det som hänt, vilka innebörder saker och ting har för patienten, då detta kan ge god information om patientens grundantaganden och scheman. Många psykoterapeuter menade att det är viktigt att patienten lär sig att skilja på då och nu samt i vilken kontext patienten befann sig i.

*“Det är för mycket begärt av en 7-åring att köpa en lägenhet och flytta hemifrån, inte ens om man hade pengar!! Barn är i beroendeställning och har behov av skydd, närhet och bekräftelse. [...] Jag försöker hjälpa människor att sätta dem i en kontext och göra övningar på detta, som syftar till att patienten inte dömer sig själv.”*

**1.6 Kartläggning** Många psykoterapeuter menade att det viktigaste var att göra en noggrann kartläggning kring hur patienten fungerar i sin vardag, till exempel vad patienten har för stöd, förutsättningar och ekonomisk situation. Några psykoterapeuter menade att om patienten inte har en fungerande vardag här och nu är det lämpligt att först lägga energi på att få ordning på den annars finns det ingen energi över för behandlingen kring PTSDn.

Psykoterapeuterna underströk vidare att då det gäller PTSD är det viktigt att fråga patienten om skam, skuld samt beakta att patienten kan känna sig rädd för att söka hjälp och vara orolig för att terapeuten inte ska förstå. Vad som särskilt betonades av flera psykoterapeuter var vikten av att bedöma patientens lidande och i vilken grad det styr vardagen. Resonemanget var att ju mer lidande, desto högre motivation vilket bedömdes viktigt eftersom behandlingen är rejält tuff och krävande. Andra viktiga förutsättningar för att kunna genomföra behandlingen är att patienten klarar av att göra hemuppgifter. Att ha nödvändiga förutsättningar kan handla om...

*“... att inte missbruka droger under behandlingen, eller att det händer andra saker som att flytta, byta jobb, eller har svårt att komma till samtalen eller annat. Om patienten lever i pågående fara och/eller i fortsatt traumatiserande miljö är det viktigt att först få hjälp att ta sig ur den akut farliga situationen.”*

*“Det är viktigt att patienten har stöd av åtminstone någon utanför terapin”*

*“Trots att man vet att man behöver hjälp och vet att det finns hjälp så är det många som inte vågar eller kan.”*

*“Skammen är av sin natur sådan att den inte själv berättar.”*

**1.7 Vikten av att inte göra misstag** Flera psykoterapeuter menade att det var viktigt att inte bagatellisera det patienten varit med om utan förhålla sig neutral till patientens berättelse. Vidare var det viktigt att under bedömningsamtalet inte dra förhastade slutsatser utan lägga ner mycket tid på att göra en väldigt noga kartläggning eftersom den lägger grunden för själva behandlingsupplägget. Någon menade att patienten aldrig får övertalas till att börja i terapi utan ska alltid få valmöjlighet och tid att etablera en god relation. Detta kan medföra att man behöver vänta med målformuleringen för behandlingen. Någon underströk vikten av att redan i bedömningsamtalet börja differentiera, det vill säga skilja på personen och det som hänt, och till och med att skilja på personen och personens beteende. I det sammanhanget nämndes även två saker som är viktigt att *inte* göra. Det ena var att aldrig ställa frågan “varför” eftersom man då skuldbelägger patienten. Det andra är att man som psykoterapeut...

*“...aldrig säger något nedsättande om den person som utsatt patienten för sexuellt övergrepp. Patienten kan fortfarande älska sin pappa även om hon hatar vissa saker som han gjort.”*

**1.8 Psykoedukation – underlätta hanteringen av känslorna** För att få bra behandlingsresultat vid exponeringen underströk nästan alla psykoterapeuterna vikten av ordentlig förberedelse i form av relevant psykoedukation för patienten. Det som nämndes som särskilt viktigt att beakta var flera saker. Psykoterapeuterna var eniga om att patienten kan vara rädd för att berätta om sitt trauma vilket kan bli ett hinder för att söka hjälp och engagera sig i behandlingen. Dock hade flera psykoterapeuter erfarenhet av att många patienter kämpade med skammen som ett resultat av traumat och att det var ett av de största hindrena för att människor söker behandling för PTSD. Någon förklarade att det ligger i skammens natur att den

leder till att patienten håller tyst och inte säger någonting, därför är det viktigt att fråga patienten om skam. Någon psykoterapeut belyste evidensläget kring skillnaden mellan ångest och skam vid PTSD:

*“Det finns allt mer stöd för att Foas teori hjälper vid ren och skär rädsla, men man kan göra skada om det till exempel är för mycket skam.”*

Någon psykoterapeut menade att alla de fyra starka emotionerna rädsla, skam, skuld och ilska kan vara ett hinder för patienten, medan flera av psykoterapeuterna menade att skuld ofta är ett vanligt förekommande hinder för patienten. Någon annan psykoterapeut menade att...

*“...det kan vara vilken aversiv emotion som helst eller allihop samtidigt.”*

Flera psykoterapeuter tog upp vikten av att ge bra information om olika färdigheter i känsloreglering som till exempel tillämpad avspänning och mindfulness. Vidare ansågs det viktigt att uppmärksamma att patienten undviker och ge patienten psykoedukation kring det, med syfte att normalisera patientens beteende, och också faktiskt att differentiera på person och beteende.

*“Det är mycket känsloslåda. [...] Det vi egentligen gör är att vi börjar sätta ord på det som de redan kämpar med.”*

*“Om jag lärt det [beteendet] från då jag var riktigt liten behöver jag förstå vad det gör med en människa, hur hon ser på sig, för att på något vis kunna hjälpa till att ge ett annat perspektiv... det vill säga en stor kunskap om PTSD och dess följdverkningar.”*

### **1.9 Kunskap om att behandla för PTSD – ett högaktuellt och stort samhällsbehov**

Våra intervjuer avslutades med frågan kring om psykoterapeuten ville tillägga något. Då framkom det som håller på att hända med alla flyktingar som kommer till Sverige och Europa. En tredjedel av psykoterapeuterna menade på att vi alla kan förmoda att flyktingarna fått uppleva flera olika sorters trauman och kan behöva professionell behandling. De menade att även om flyktingarnas framtid är oviss, och det kan dessutom ta lång tid innan de får en trygg tillvaro i Sverige, så kan man alltid ge dem så mycket hjälp som möjligt, men att man inte bör gå in i själva traumat om man inte vet att man har tillräckligt med tid. Några psykoterapeuter kände sig bekymrade över den bristfälliga kunskap som tycks finnas hos alla de som tar hand om människor som har problem med PTSD.

*“Hade de som arbetar på flyktingboendet haft lite mer kunskap hade det där mordet aldrig behövt ske.”*

## **2. Kunskapen behöver landa i psykoterapeuten - för att kunna förmedla tro, hopp, och mod**

Samtliga psykoterapeuter betonade vikten av att kunskapen förankras i en som person. Det var dock lite olika på vilket sätt de menade att detta kunde ske. Utifrån deras svar arbetade vi fram följande underrubriker.

**2. 1 Psykoterapeutens kunskap – förmedla tron och hoppet om en fungerande behandling** Flera psykoterapeuter tyckte det betydde mycket att de har en stor kunskap om PTSD, men de flesta nämnde att mötet med patienterna varit det som lärt dem mest. Flera psykoterapeuter hävdade att terapeutens egen kunskap är det viktigaste för att behandlingen ska bli framgångsrik. Den utgör en grund och nödvändig förutsättning för hela behandlingen och korrelerar till psykoterapeutens rädsla. De som hade fått en fördjupad utbildning i någon speciell traumafokuserad manual/metod menade att det har avgjort sättet de idag arbetar på. Flera psykoterapeuter menade att man lär genom att göra det mer, hålla sig uppdaterad med senaste forskningen och att fortsätta läsa. Någon psykoterapeut hade inte men önskade få vidareutbildning i PE. En annan psykoterapeut ville lära sig mer om komplex traumatisering. En tredje psykoterapeut såg behov av ökad kunskap kring skamproblematik eftersom den kan få en avgörande betydelse för hur psykoterapeuter bäst kan bemöta patienter som bär på skam.

*“Jag vill göra reklam för PTSD behandling, för jag tycker att är man legitimerad psykoterapeut och kan gå den här begränsade utbildningen i EMDR eller gå och lära sig PE eller någon av de andra KBT-baserade metoderna så har man en väldigt stor nytta av det. Det är så otroligt handikappande, hindrande och besvärande lidande för människor och man ska inte vara rädd för att arbeta med PTSD för patienterna får nytta av det. Jag anser att man blir mer komplett i sin behandlar-roll om man kan behandla PTSD .”*

**2.2 Psykoterapeutens personliga egenskaper – förmedla tron på sig själv som behandlare** Som tidigare nämnts var det flera psykoterapeuter som framhöll vikten av att vara empatisk och respektfull. Andra egenskaper som också lyftes fram var att vara transparent, personlig, våga vara i och testa ny saker, flexibel, envis och uthållig, men också att man ser till att själv vara i gott skick och arbeta med sin egen sårbarhet. Någon psykoterapeut menade att man till och med kan vara genuint ärlig, till exempel genom att tillstå att exponeringen är jobbig, och då modulerar man samtidigt att ärligheten inte behöver innebära att man undviker det jobbiga.

*“För att en PTSD behandling ska bli framgångsrik krävs att psykoterapeuten förmår förmedla hopp, mod och trygghet om att behandlingen faktiskt gör skillnad.”*

*”Rädd kan man ju inte hjälpa att man är. Jag måste ha koll på mina egna undvikande och mina egna reaktioner. Man kan till och med säga 'Jag tycker det är obehagligt, men det är ok ändå. Fast jag tycker det är obehagligt så vill jag att vi tittar på det, för jag vet att det inte är farligt!' Att det är obehagligt är ju inte samma sak som att det ska undvikas och att det är farligt.”*

**2.3 Psykoterapeutens förhållningssätt – förmedla modet om att det faktiskt är möjligt** Innan behandlingen inleds bör man fundera på om man har den kapacitet som krävs för att behandla patienten eller om det är mer lämpligt att hänvisa patienten till någon annan. En annan psykoterapeut formulerade det lite annorlunda och menade att det är viktigt att själv ha en stark tro på det man gör annars går det inte att bedriva någon fungerande behandling, samt att ha förmåga att i handling modulera för patienten det man tror på.

Flera psykoterapeuter menade att det är viktigt att man som psykoterapeut hittar ett förhållningssätt till patientens trauma, så att man kan hantera sin egen rädsla och kan vara beredd att lyssna på patienten. Vidare bör man som terapeut se till att man fokuserar på det man ska behandla och till exempel skilja på vad som händer i en eventuellt juridiskt parallellt gående process.

*”Jag tröstar mig med att det här har hänt med patienten, men patienten är i trygghet nu.”*

*”Jag brukar alltid tänka att det värsta redan har hänt. Nu håller vi på att reparera så att framtiden ska bli bättre än historien.”*

**2.4 Psykoterapeutens hinder – eller bristande förmåga eller tro på förändring?** På frågan om psykoterapeuten kan ha några hinder så tog många psykoterapeuter upp de förväntade svaren om både det obehagliga att utsätta patienten för det som den undvikit under lång tid, och om den egna rädslan att ta del av det som patienten gått igenom. När det gällde det förstnämnda så dök en intressant aspekt fram som en av psykoterapeuterna med bestämdhet hävdade var att;

*”Behandlingen tillför inte något som patienten inte redan lider av. Följverkningarna av PTSDn innebär ju att patienten redan lider av flashbacks, mardrömmar och försöker undvika allt som påminner om de hemska minnen vilket medfört att mycken energi går åt för att försöka trycka undan alla minnena. Behandlingen medför snarare det motsatta: att möta allt det hemska och bearbeta det, vilket efteråt brukar leda till en stor lättnad. Behandlingen skulle därför kunna sägas tillföra en lättnad för patienten.”*

Vad gällde psykoterapeuternas egen rädsla fick vi många tankvärda men dock tämligen förväntade svar. Sammanfattningsvis handlade svaren om att behandlaren själv behöver klara av att hantera starka känslor samt ha förmåga att vara både flexibel och uthållig. Det som kanske betonades mest var dock vikten av att tänka på vad vi modulerar inför patienten, för det kan bidra till att bygga den tillit som krävs för att patienten ska våga exponera sig.

*”Jag som terapeut behöver förmedla hoppet, mod och trygghet att det går, och visa ett annat sätt att hantera det som varit”.*

*”För att våga behöver vi öka kunskapsnivån.”*

*“Man kan alltid börja om så länge man inte tappar alliansen med patienten!”*

**2.5Handledning – förankrad kunskap och egen reflektion** Många psykoterapeuter önskade få mer handledning av någon som har erfarenhet kring PTSD, och någon önskade sig det i den manual som vederbörande redan arbetade med. Någon uttryckte att det är särskilt hjälpsamt att få spela in videofilm på ett samtal och få feedback på den i handledningen.

*“Jag tänker att all vår utveckling som psykoterapeuter handlar om egen reflektion, kombinerat med vårt arbete och att läsa teorin men också att se till att tänka hur det här landar i mig. Jag tänker att det är viktigt för alla oss terapeuter.”*

### **3. Ge gott om tid – och skapa goda förutsättningar för behandlingen**

**3.1 Tid – att använda den väl** Samtliga psykoterapeuter menade att det var viktigt att ge mycket gott om tid för kartläggning, rational för behandlingen, och psykoedukation då detta möjliggör främjande av god arbetsallians. Många av psykoterapeuterna menade att det är viktigt att tänka på att dels avsätta tid för dubbelsessioner samt att inte ha för många PTSD-patienter åt gången för att hushålla med psykoterapeutens eget välmående.

*“Man behöver ge gott om tid...[..]...jag lägger ofta dessa sessioner sist [på dagen].”*

*“Jag ser till att själv ha förutsättningar, till exempel att inte ta en sådan patient sist på veckan, att ha stunder för reflektion, handledning, vila. Det kan ju hända att de förutsättningarna inte finns och då måste man ju skapa sig det utrymme.”*

**3.2 Avhopp – bristande tro på förändring – eller..?** När vi frågade om det fanns några hinder från patientens sida så började alla psykoterapeuterna räkna upp vanliga så kallade patienthinder, som till exempel bristande motivation, att patienten ältar eller blivit så helt uppslukad av traumat att det inte går att få någon form av diffusion. Flera psykoterapeuter pekade på nödvändigheten att till patienten förklara sambanden mellan patientens beteende och PTSD, och att ta itu med eventuella terapistörande beteenden. Det största hindret uppgav flera psykoterapeuter var att patienten hoppar av. En psykoterapeut närmade sig den frågeställningen med ett annorlunda perspektiv som väckte eftertanke och som vi utvecklar vidare i diskussionsdelen.

*“... fast frågan är om det är ett hinder hos patienten eller om det inte är ett terapeuthinder. Det kanske snarare hänger ihop med hur du som psykoterapeut har lyckats förmedla en tyngd på att behandlingen kommer göra skillnad, har validerat patienten, och så vidare.”*

Detta perspektiv gav en annan psykoterapeut en än mer allvarlig och tänkvärd innebörd.



*“Om patienten hoppar av kan det bli svårt för honom eller henne att våga söka hjälp igen.”*

**3.3 Dissociation – en särskild utmaning** Några psykoterapeuter som menade att dissociation är ett hinder för behandlingen av PTSD. Det fanns också motsatt uppfattning som hävdade att forskningen visar att det går att behandla för PTSD trots dissociation. Det viktiga är att ge patienten psykoedukation om dissociation, och därefter ge verktyg för hur han eller hon kan göra istället.

*“Personer som har mycket skam utifrån sitt trauma är också väldigt dissociativa. De kan vara så dissociativa att de varken kan skriva eller prata om det.”*

**3.4 Tolk – dialog som möjliggör behandling** Ytterligare en aspekt som lyftes fram från några av psykoterapeuterna var inställningen till att arbeta med tolk.

*“Viktigt att inte undvika att gå in i behandlingen bara för att folk inte kan språket, utan om bara övriga förutsättningar finns så får man arbeta med tolk.”*

*“Jag var först lite tveksam. Sen har jag pratat med kollegor som jobbar på olika traumaenheter och förstått att man måste ju göra det ibland. Det är förstås bäst att prata direkt.”*

#### **4. Patientens trygghet – tillit som bär för att våga möta det värsta**

*“Det allra viktigaste är att patienten är trygg. Att den känner att det är en bra allians och att den känner sig trygg i relationen till terapeuten”.*

Samtliga psykoterapeuter menade att det fanns flera saker som kunde bidra till trygghet mellan patienten och psykoterapeuten, såsom att lyssna på patienten, visa empatisk förståelse och validera patienten, ge gott om tid för noggrann kartläggning vid bedömnings-samtalet och en god psykoedukation.

*“att ha bra allians så att personen vågar utsätta sig för den känslomässiga exponeringen för traumat”*

#### **5. Exponeringarna – många vägar till framgångsrik förändring**

**5.1 Exponering** Psykoterapeuterna beskrev hur rädda patienterna oftast är innan själva exponeringen. Några psykoterapeuter försökte i dessa sammanhang att hjälpa patienten att förstå skillnaden mellan då och nu samt där och här. Psykoterapeuterna beskrev också den lättnad patienten många gånger upplevde efteråt och hur förvånade de blev över att minnas saker som de tidigare inte tänkt på. Några psykoterapeuter menade att PTSD ibland också handlar om tvångstankar och tvångshandlingar. Utmaningen kan därför bestå i att vara kvar i

dess tvångstankar, inte låta dem styra till tvångshandlingar, utan bara stå ut tills dess problemet klingat av. Någon nämnde att det ibland kan vara så att patienten har flera trauman och vikten av att ta sig igenom alla dessa. Någon annan nämnde vikten av att inte undvika de rätta orden, att till exempel säga våldtäkt eftersom det faktiskt var en våldtäkt.

*”Här får du en stesolid!’ Då är vi med och modulerar ett undvikandebeteende.[..]  
Om vi börjar agera som om det skulle vara farligt så blir det svårt för dem att få  
tillit att faktiskt göra det.”*

**5.2 Inställning till imaginär exponering** Nästan alla psykoterapeuter använde sig av imaginär exponering. Några tyckte det var en nödvändighet och dessutom ett tryggt sätt att närma sig patientens trauma, medan en annan förklarade att man kan använda imaginär exponering på lite olika sätt. Ytterligare någon var noga med att poängtera att vederbörande använde det i kombination med CT. En av psykoterapeuterna tillade att det var viktigt att börja med exponering in vivo innan man gör den imaginära exponeringen, medan en annan var av motsatt uppfattning. Det var endast en psykoterapeut som inte använde imaginär exponering. Nästan alla psykoterapeuter tyckte det var viktigt att ge psykoedukation om exponering in vivo respektive begreppet imaginär exponering samt att repetera många gånger eftersom en del patienter kan ha svårt för att förstå hur man gör. Några psykoterapeuter pekade på betydelsen av att patienten själv får upptäcka att det går att styra sin uppmärksamhet.

*”När det gäller PTSD så är ju patienten rädd för sina minnesbilder. Det är ju egentligen ingen skillnad mot att jobba med en fobi, eller ett tvång eller en ångestproblematik. PTSD är ju en ångestproblematik som handlar om att minnena är så skrämmande så att man hamnat i ett beteende som så att säga vidmakthåller problem och besvär. Man försöker att inte tänka på minnesbilder, försöker undvika platser som påminner, man grubblar, ja olika typer.”*

*”Vissa människor är ovana, och då får man öva lite. Andra tycker det är jättebra och fantastiskt att man plötsligt kan styra själv...det man tänker på!”*

**5.3 Hotspots** Någon psykoterapeut underströk vikten av att ge patienten psykoedukation om vad hotspots är, att det är det som patienten upplever som värst och som patienten på grund av alla de känslor detta väcker inte vill närma sig. Flera psykoterapeuter menade att utmaningen var att hitta rätt hotspots samt stanna kvar där och se vad som händer. För att hitta rätt hotspots var det någon som brukade fråga patienten...

*“... ‘Hur mycket av det du minns har du berättat nu?’. Om patienten då svarar 90% så vet jag att hotspotsen finns i de resterande 10% för annars hade patienten inte undvikit att berätta om just det.”*

I det sammanhanget nämndes även vikten av att stanna tillräckligt länge i hotspotsen. Ibland kan man dock upptäcka att patienten inte är mogen eller att man gått för fort fram, och då tipsade en psykoterapeut om möjligheten att backa och bli mer sokratisk.

*”Viktigt identifiera rätt målminne, att patienten får fram den minnesbilden och de komponenterna och aspekterna i den minnesbilden”*

*”Man kan göra allting annat, och mycket annat måste och behöver man göra, men man måste vid en PTSD-behandling till traumat.”*

*”Våga stå ut med de känslorna, våga återuppleva känslorna, samt skilja på traumat då och nuet.”*

*”[Viktigt] att stanna tillräckligt länge i och jobba i den situation som var så man inte går flyktigt förbi det.”*

**5.4 När patientens tro leder till framgångsrik förändring och nya mål** Någon psykoterapeut menade att patientens förändring kommer av att patienten förstår vad som hänt och kan sätta ihop det till en historia. Ytterligare någon beskrev det som att man märker att patientens förändrats när traumat inte längre stör i vardagen för då förmår patienten att sätta upp nya mål i livet.

*”Behandlingen har blivit framgångsrik då patienten skapat en emotionellt ny berättelse över det som hänt.”*

Några psykoterapeuter nämnde även att det för en del patienter kan handla om hur de ska förhålla sig till att de faktiskt inte minns.

*”Vi kan använda tiden till vad du ska göra och hur du ska acceptera att du faktiskt inte minns.”*

## **Diskussion**

**Resultatet** Vår spontana upptäckt då vi precis hade genomfört våra intervjuer var att vi direkt och tydligt såg någon form av korrelation mellan kunskap om PTSD, erfarenhet av att behandla patienter för PTSD och antal patienter. Vår gissning och tidiga tolkning blev att ju mer kunskap psykoterapeuten hade desto tryggare blev psykoterapeuten själv vilket medförde en större förmåga att behandla fler patienter. Vi ägnade mycket energi och arbete på hur vi skulle tolka resultatet, och det arbetet hade förmodligen kunnat underlättas om vi hade hittat någon forskning liknande vår. Under arbetets gång fick vi hjälpa varandra att hålla isär vad intervjupersonerna sa och vad vi själva hade för föreställningar och idéer, så att inte det sistnämnda också blev psykoterapeuternas svar. Nedan diskuterar vi resultatet av våra teman ett i sänder.

### **1.Kunskap**

**Diagnoskriterierna** Det var intressant att så många av psykoterapeuterna pratade om PTSD som om det är en ångestdiagnos, vilket ju DSM-IV definierade det som, fastän PTSD i gällande DSM-5 snarare beskrivs som en stress-diagnos. Vidare var det intressant att trots att man förhöll sig så olika till diagnoskriterierna så verkade samtliga psykoterapeuter tycka det vara angeläget att gå igenom diagnoskriterierna med patienten.

**Manualer** Vår notering från forskningsartikel av Cukor med flera (2009) om att det finns en myriad av olika behandlingsupplägg som håller på att växa fram tyckte vi stämde väl överens med vad vi fann i våra intervjuer. Psykoterapeuterna använde olika manualer, kanske utifrån vad man själv tror är effektivt vid behandling av PTSD, eller så använde man en manual som man redan kunde. Vad gäller manualer så förvånade det oss hur olika PTSD-behandlingarna kunde se ut, men också att NT var dubbelt så utbredd som EMDR. Vi hade uppfattningen att det var tvärtom. Vårt resultat kan dock endast ses som ett stickprov och behöver självfallet inte gälla generellt. Det blev tydligt vid våra intervjuer med psykoterapeuterna att de upplevde det betydelsefullt att de hade fått fördjupade kunskaper i en specifik manual vilket gav dem trygghet i att använda just den i sitt behandlingsarbete. Trots dessa kunskaper framkom önskemål att gå kurs som lär ut andra manualer. Vår reflektion kring detta blev att det läggs ett stort ansvar på den enskilda psykoterapeuten att ständigt hålla sig uppdaterad och söka fördjupningskurser i ämnet. Dessutom kanske det är så att vi behöver bättre metoder som möter patienternas olika svårigheter såsom skam, dissociation, och att förhindra avhopp.

**Bedömningssamtalet** Förmodligen är det bara en liten del av alla de som lider av PTSD som söker hjälp. Det kanske kan bero på patientens okunskap om att det är en problematik som går att behandla, men kanske också kan bero på att starka känslor väcks vid tanken att söka hjälp. När man äntligen tagit mod till sig att söka hjälp bär man förmodligen på ett litet hopp. Vad vi förstår utifrån våra intervjuer är det viktigt att hålla liv i detta hopp genom att psykoterapeuten i bedömningssamtalet validerar patienten. Med andra ord kan man ta tillvara på patientens hjälpsökande hopp och bygga upp ett förtroende och en relation mellan patient och psykoterapeut under tiden som man gör bedömningssamtalet.

**Vad behandlingen innebär** Samtidigt kan patientens hopp växa ytterligare då psykoterapeuten delger sina kunskaper om PTSD i form av psykoedukation om vanliga symtom samt information om vad behandlingen kommer att innebära.

**Livslinjen och kartläggning** Det verkade som att psykoterapeuterna såg lite olika på att hantera depressionen först och/eller patientens förmåga att ha energi över för PTSD-behandlingen. Några nämnde att patienten kan söka för depression och att PTSDn fanns gömd så att säga bakom depressionen. Ytterligare några ansåg att vardagen behöver fungera först innan man påbörjar PTSD-behandlingen, och att det även behöver finnas energi för att kunna göra hemuppgifter under PTSD-behandlingen. Vi noterade samtidigt att det fanns de av psykoterapeuterna som menade att det var först efter flera exponeringar som man märkte att patienten fick energi till en fungerande vardag. Även om psykoterapeuterna verkade ha gjort lite olika under bedömningssamtalet, någon nämnde livslinjen och andra gjorde det inte, så verkade samtliga psykoterapeuter ge mycket gott om tid för denna del. Vi uppfattade det som att bedömningssamtalet är en början på kunskapsutbytet och samtidigt en början på byggandet av tilliten med den ömsesidiga relationen, och att detta är så oerhört betydelsefullt varför en naturlig följd blir att det får ta den tid det tar.

**Vikten av att inte göra misstag** Dock är det viktigt att psykoterapeuten under bedömningsamtalet inte bagatelliserar eller dömer patienten för vad han eller hon varit med om, genom att till exempelvis ställa frågan varför. Orsaken till detta är att patienten redan är mycket dömande mot sig själv med starka känslor av skuld och skam.

**Psykoedukation kring känslor** Vi tyckte det var intressant att olika aversiva emotioner kan ligga till grund för PTSD, och tror att många psykoterapeuter är mer vana att tänka om PTSD på det sättet. Snarare väckte det till eftertanke att det tycks finnas en diskrepans mellan den generellt etablerade uppfattningen om PTSD som en ångestproblematik och det som många psykoterapeuter tog upp att det också kan handla om skam. Någon psykoterapeut lyfte fram att skam är ett viktigt område av flera skäl, bland annat för att skam kan leda till att man inte söker hjälp, inte berättar, och att terapeuten inte har kunskap och metoder till att bemöta patient med skam. Ytterligare en aspekt som också var värt att uppmärksamma var att någon av psykoterapeuterna redan i bedömningsamtalet började arbetet med att differentiera patienten från traumat, och till och med differentierade mellan patienten och patientens beteende.

**Samhällsbehov** Även om flyktingfrågan inte var direkt knuten till vårt syfte så kändes det ändå relevant att inkludera den i vårt arbete eftersom frågan är högaktuell i vårt samhälle. Situationen påvisar att det finns ett brådskande behov av kunskap hos dem som tar hand om dessa människor, i första hand för att undvika ytterligare trauman, men framför allt för att ge människor som möjligtvis lider av PTSD behandling så att de kan gå vidare i livet. Det är välkänt att barn mår bra om mamma och pappa mår bra, och barnens uppväxt går inte i repris varför de behöver få hjälp genom att andra vuxna tar hand om deras föräldrar och ger dem behandling.

Vi tyckte det var intressant då aspekten lyftes fram att PTSD egentligen är ungefär som att behandla en panikattack eller en fobi, men att skillnaden här är att patienten är rädd för sina egna minnesbilder. Vår reflektion blev då att flertalet av grundutbildade samtals-terapeuter är duktiga på att behandla panikångest och fobi. Därför uppkom frågan vad grundutbildade samtals-terapeuter respektive psykoterapeuter kan behöva för ytterligare kunskap för att kunna behandla patienter med PTSD.

## **2.Kunskapen behöver landa i psykoterapeuten**

**Kunskap** Grunden för en framgångsrik behandling av PTSD tycks vara att psykoterapeuten har en gedigen kunskap kring PTSD, dess följdverkningar respektive behandling, samt förmår att förmedla tron på förändring till patienten.

**Egenskaper, förhållningssätt och hinder** Vi uppfattade att våra deltagare försökte förmedla att psykoterapeutens kunskap om PTSD behöver bli så fördjupt förankrade i psykoterapeuten som person att det påverkar förmågan att förmedla hopp, tro och mod till en behandling som faktiskt gör skillnad.

**Handledning** Även om flera av psykoterapeuterna verkade ha både gedigen kunskap och erfarenhet av att behandla patienter för PTSD så fanns tydliga önskemål om vidareutveckling i form av handledning.

### **3. Ge gott om tid - och skapa goda förutsättningar för behandlingen**

**Att ge gott om tid** Så som vi förstod psykoterapeuterna är det viktigt att se till att man har gott om tid när man behandlar patienter som har PTSD. Det möjliggör att kunna göra en noggrann kartläggning, byta kunskaper mellan patient och psykoterapeut, bygga ömsesidig tillit i arbetsalliansen, samt förbereda och stärka patientens mod för att gå in i hotspotsen och bearbeta de känslor som där väcks.

**Avhopp** En psykoterapeut lyfte fram att avhopp kan bero på att psykoterapeuten har bristande kunskaper, och därför inte tillräckligt kan förmedla tron på att behandlingen kommer göra skillnad och inte har kunskap kring hjälpsamma metoder. Vår reflektion blev under arbetets gång att det förmodligen inte bara gäller avhopp utan även andra särskilda utmaningar vid PTSD.

**Dissociation** Ytterligare ett exempel på den otydlighet som verkar finnas om hur behandling av PTSD ska bedrivas var de motsägande uppfattningar som framkom om dissociation, där några menade att dissociation var ett hinder för behandlingen, medan en annan psykoterapeut hävdade att forskningen visar att det går att behandla för PTSD trots dissociation. Den senare underströk att man då behöver ge patienten psykoedukation om vad dissociation är och känsloreglerande strategier för att hantera det, vilket beskrivs bland annat i två-fas manualen STAIR/NST.

**Tolk** Frågan om tolk tillhörde inte våra ursprungliga frågor, men då flera psykoterapeuter spontant tog upp den aktuella samhällsfrågan kring de många flyktingar som sökte asyl, så väcktes även denna fråga på ett naturligt sätt. Det var positivt att höra att det går att överkomma det motstånd som psykoterapeuterna själva kan uppleva mot att arbeta med tolk, och att det går att bedriva psykoterapi trots att man inte kan prata direkt med varandra.

### **4. Patientens trygghet och tillit**

Den tillitsfulla arbetsalliansen mellan patient och psykoterapeut verkar få en avgörande betydelse vid den senare delen av behandlingen.

### **5. Exponeringarna**

**Inställning till imaginär exponering** Även här verkade psykoterapeuterna anse att det var viktigt att vika tid till att förklara vad imaginär exponering är, hur man gör och kanske till och med träna på något känsloneutralt. Det var lite intressant att man kan arbeta med verktyget på lite olika sätt. Det förvånade dock något att det fanns någon psykoterapeut som inte arbetade med imaginär exponering, medan de andra uttryckte det som en nödvändighet för att lyckas med behandlingen. Om frågan var ställd som ett ja eller nej så skulle den kvantitativa metoden kunna ge svar på hur representativt det är bland KBT-psykoterapeuter att inte använda imaginär exponering.

**Exponering** Det förvånade att någon psykoterapeut med bestämdhet menade att man alltid börjar med in vivo exponeringar först, medan någon annan psykoterapeut hävdade det motsatta. Vår tolkning blev att det kanske snarare berodde på hur psykoterapeuten själv hanterar dessa exponeringar och finner vara mest effektivt, dvs deras olika terapeutiska stilar.

**Hotspots** Det var tydligt att det fanns en stor överensstämmelse om att det är viktigt att stanna kvar vid hotspotsen till dess att patienten skapat en ny emotionell berättelse kring sitt traumatiska minne.

**När patientens tro leder till framgångsrik förändring och nya mål** Vi tolkade psykoterapeuterna som att en viktig röd tråd för hela behandlingen är att ha gedigen kunskap kring teori och manual, samt ha metoder för de särskilda utmaningar som kan vara vanliga vid behandling av PTSD. Vidare att denna kunskap behöver integreras i psykoterapeuten så att denna kan förmedla tro, hopp och mod på att behandlingen kommer göra skillnad.

## Etiska frågeställningar

**Felkällor** Det kan inte uteslutas att vårt syfte skulle kunna ha genomförts som en kvantitativ studie med många fler deltagare, där frågorna hade brutits ned till både betydligt fler samt med specifika och färdiga svarsalternativ. Ett sådant resultat hade varit intressant att ta del. De fem teman som arbetades fram noterades ha fokus betydligt mer på yttre faktorer där psykoterapeuten som person spelar en avgörande roll. Då detta blev tydligt för oss väcktes frågan huruvida intervjupersonernas svar påverkats av det faktum att flera av dem även har handledarbehörighet. Möjligen kan detta också ha utgjort en felkälla, även fastän deras bidrag väcker eftertanke. Vad gäller så att säga inre faktorer, oftast betecknat som behandlingsfaktorer, så kan kort nämnas att vi särskilt noterade att det var så många av psykoterapeuterna som lyfte fram skammen. Vidare verkade man på olika sätt och kanske även i olika ordning ta itu med både sorgen/depressionen eller PTSD-behandlingen, skammen, motivationen, förhindra avhopp, dissociationen, respektive in vivo eller imaginär exponering. Även dessa frågor hade kunnat frågas mer om. Vår bedömning var dock att om vi skulle ha tagit hänsyn till allt detta så hade det krävt helt andra förutsättningar än vad vi hade till vårt förfogande. Vi valde att begränsa oss till det som vi antog var genomförbart. Vår studie hade förmodligen en felkälla i antalet deltagare.

**Deltagare** När vi hade formulerat våra frågeställningar började vi leta efter intervju-personer. Det var tämligen enkelt att hitta legitimerade psykoterapeuter med KBT utbildning, men det var många som avstod då de menade att de inte hade tillräckligt med erfarenhet av att behandla patienter med PTSD. Av denna anledning fick vi leta rätt mycket. Det hade kanske kunnat komma fram ytterligare aspekter ifall vi hade intervjuat fler psykoterapeuter, men vår upplevelse blev att vi efter åtta intervjuer hade nått en mättnad.

Redan innan vi började kände vi till att grundutbildade samtalsterapeuter i KBT drog sig för att behandla denna patientgrupp, men det var lite förvånande att det även verkade som att psykoterapeuter drog sig för att ta sig an denna patientgrupp. Utifrån detta väcktes frågan över hur det då blir för patienterna när de ska finna den hjälp de behöver. Vi förmodar att det finns ett stort behov av fler psykoterapeuter med KBT och som har erfarenhet av att behandla personer med PTSD problematik.

## **Metoddiskussion**

**Val av undersökningsmetod** I ett mycket tidigt skede av vårt samarbete övervägde vi vilken typ av undersökningsmetod som kunde vara mest lämplig. Vi fastnade relativt snabbt vid den kvalitativa metoden eftersom vi tänkte att ju öppnare frågor vi kunde ställa desto mindre skulle förhoppningsvis vi styra intervjupersonerna i deras svar. Av liknande anledning antog vi att kvantitativ studie skulle begränsa intervjupersonernas svar till redan färdiga alternativ. Den kvalitativa metoden hade ytterligare fördelen med möjlighet till fördjupning, även om kvantitativ studie med stor sannolikhet hade bidragit till fler deltagare.

**Forskningsläget** En mycket stor svårighet med vårt arbete har varit att vi inte hittade någon tidigare forskningsstudie med samma syfte som oss. Vi har därför inte kunnat jämföra vårt resultat med någon annans.

## **Kliniska implikationer**

Så långt som forskningen hitintills framskridit, så som vi förstått det, så har man ännu inte kommit fram till vad som är den verksamma mekanismen i behandling av PTSD. Vidare finns det en fortsatt osäkerhet kring vilka manualer som har evidens, men forskarna tycks vara samstämmiga om att rekommendera att kliniker i sitt första val vid behandling av PTSD använder någon form av traumafokuserad manual. Vi fann en forskningsartikel som visade att det fanns en myriad av framväxande manualer, vilket stämde väl överens med vårt resultat bland våra intervjupersoner som tycktes blanda manualer utifrån vad man själv hade kunskap om och tro på.

Eftersom flera av våra intervjupersoner hade erfarenhet av att PTSD kan bero på skam eller andra emotioner, så vore det önskvärt och vårt förslag till vidare forskning att söka finna ut vilka specifika metoder och tekniker som är mest effektiva för att bemöta andra emotioner än enbart ångest. Med andra ord antar vi att det inte finns så mycket forskning vad gäller skam. Vi antar vidare att det ännu inte finns forskning som besvarar frågorna kring hur och i vilken ordning man i behandlingen tar itu med både sorgen/depressionen eller PTSD-behandlingen, skammen, motivationen, förhindra avhopp, dissociationen, respektive in vivo eller imaginär exponering. Om det gör det så visar denna studie på att den kunskapen behöver spridas eftersom våra intervjupersoner verkade hantera detta på olika sätt.

Det hade varit intressant att ta del av resultatet från fler kvalitativa studier med fler antal deltagare och med liknande syfte och frågeställningar som vi haft i vår uppsats. Förhoppningsvis kan vår studie inspirera andra att studera vidare. Genom att forskningen tar tillvara på den mängd av erfarenhet som finns i den kliniska vardagen, och sprida den vidare, tror vi att den som lider av PTSD lättare kan hitta behandling som är framgångsrik.

## **Konklusion**



Vi ville med vår uppsats ta reda på vad legitimerade psykoterapeuter utifrån sina erfarenheter upplevde vara viktigt för en framgångsrik behandling vid PTSD. Under tiden vi har skrivit och arbetat med uppsatsen har fem viktiga teman vaskats fram. Det verkade som att för våra intervjuade psykoterapeuter är vägen till en framgångsrik PTSD-behandling 1) kunskap, 2) att kunskapen landar i psykoterapeuten så att han eller hon förmår förmedla tro, hopp och mod om en fungerande behandling 3) ge gott om tid 4) patientens trygghet och tillit, samt 5). exponeringarna. Kunskapsutbytet och tilliten tar tid. De ansågs som bärande krafter vid den traumafokuserade exponeringen.

Det är vår förhoppning att kunskapen om framgångsrik behandling vid PTSD sprids till så många psykoterapeuter som möjligt, för behoven av professionell psykoterapi byggd på evidens tycks öka markant.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Bisson, J.I., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12. Art. No: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K.C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse*. New York: The Guilford Press.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B.O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29, 715-726.
- Egidius, H. (2005). *Natur och Kulturs Psykologilexikon*. Norge. Natur och Kultur.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D.M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P.P., Turner, S., & Yule, W. (2009). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269-276.
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (4), 291-299.
- Foa, E.B., Hambree, E.A., Rothbaum, B.O. (2013). *Emotionell bearbetning vid PTSD. Terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91.
- Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B.N. (2015). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Kaczurkin, A.N., & Foa, E.B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues CLIN Neurosci*, 17, 337-346.

- Kliem, S., Kröger, C., Sarmadi, N.B., & Kosfelder, J. (2012). A re-analysis of a survey of licensed psychotherapists with psychotraumatological experience. *Zeitschrift für klinische psychologie und psychotherapie: Forschung und praxis*, 41.1, 30-37.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig* (1:a upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Levitt, J.T., Malta, L.S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419-1433.
- Markowitz, J.C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P.E., Zhao, Y., Hembree, K.L., Lovell, K., Biyanova, T., & Marshall, R.D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal for Psychiatry*, 5, 430-440.
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L.M., Holen, D., Milde, A.M., Bomyea, J., & Thorp, S.R. (2016). A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure. *Clinical Psychology Review*, 34, 453-467.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues CLIN Neurosci*, 13: 413-421.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E., Laska, K.M., Benish, S., Miller, S.D., Flückinger, C., Del Re, A.C., Baardseth, T.P., & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30, 923-933.
- Wedin, L., & Sandell, R. (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder - en introduktion* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Woody, J.D., Anderson, D.K., & D'Souza, H.J. (2015). Dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy with community practitioners: Focus on self-efficacy. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12:3, 323-335, DOI: 10.1080/15433714.2014.950128
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.