

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Vad kroppsbaserad behandling
vid PTSD kan innebära,
och möjliga lärdomar för psykologer**

Amanda Bastås

Examensarbete 30 Hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Vårterminen 2019

Handledare: Mats Eklöf

Vad kroppsbaserad behandling vid PTSD kan innebära, och möjliga lärdomar för psykologer

Amanda Bastås

Sammanfattning. Upptäckter i neurovetenskaplig forskning ger vetenskaplig underbyggnad till kroppsinriktade interventioner för PTSD. Eftersom psykologprogrammet i stort saknar utbildning om hur kroppen kan användas i behandling av PTSD syftar denna intervjustudie att undersöka hur fysioterapeuter inom fältet psykiatrisk fysioterapi arbetar och tänker kring sin behandling av PTSD, med särskilt fokus på vad psykologer kan lära sig av detta. Åtta fysioterapeuter intervjuades. I materialet framkom fem huvudteman: hur konsekvenser av trauma visar sig i patientarbetet, exempel på arbets sätt i behandling och varför de arbetar så, betydelsen av behandlarens förmåga att hantera sin egen kropp vid känslöpåslag, vem som får fysioterapeutisk behandling vid PTSD, samt tankar om samarbete med andra professioner. I diskussionen kopplas materialet till kliniska implikationer för psykologers arbete.

Traumatisering kan definieras som eftereffekterna av en extremt påfrestande händelse eller situation som varken kan undflys eller hanteras med individens tillgängliga resurser (Kolk, 1996). Trauma med avgränsad psykisk traumatisering som exempelvis en bilolycka eller en misshandel kan spontanläka. Svårare typer av trauman karaktäriseras av att de varit upprepade och/eller långvariga, och självläker sällan (Gerge, 2016). Trauma har kopplats till inte bara psykiska effekter, utan även kroppsliga (Kienle et al., 2017).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en diagnos som samlar de symtom som kan uppkomma efter en traumatisk upplevelse som man själv eller någon nära person upplevt. Enligt den amerikanska diagnosmanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5:e upplaga [DSM-5] karaktäriseras diagnosen av återupplevanden av traumat (i form av mardrömmar, flashbacks och oroliga tankar), undvikande av stimuli kopplat till traumat, samt negativa förändringar i tankar och humör (American Psychiatric Association, 2013). Ett annat vanligt symptom är hyperarousal, vilket betyder att känna sig lättskrämd, spänd i kroppen, nervös och/eller arg (American Psychiatric Association, 2013). Hyperarousal visar sig ofta också i form av sömnproblem och koncentrations svårigheter (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013). För att uppfylla kriterier för PTSD enligt DSM-5 ska symtomen innebära signifikant lidande eller nedsättning i personens vardagliga liv och ha funnits i mer än en månad. Det finns en subtyp till PTSD i DSM-5, som heter *PTSD med dissociativa symtom* (American Psychiatric Association, 2013). Subtypen innebär att symtomen utöver att möta nyss nämnda kriterier orsakar individen upplevelser av depersonalisering eller derealisation, vilket betyder erfarenheter av att känna sig avskild från egna mentala processer och/eller kropp, eller upplevelser av att omvärlden är orealistisk och förvrängd (American Psychiatric Association, 2013).

Således kan PTSD för vissa innebära dissociativ problematik, som enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definieras som avbrott och/eller diskontinuitet

av den normala, subjektiva integrationen av beteende, minne, identitet, medvetenhet, känslor, uppfattning, kroppsrepresentation och motorisk styrning. Idag är en teori som kallas *strukturell dissociation* en vanlig teoretisk utgångspunkt för att förstå dissociation, vilken menar att dissociation är en neurologisk flyktmekanism som vi människor har en genetisk predisposition för (van der Hart, van Dijke, van Son & Steele, 2001). Mekanismen menar man aktiveras då en person utsätts för upplevelser som övergår dennes integrativa kapacitet, det vill säga förmåga att symbolisera, smälta och sätta samman händelsen i ett vidare meningsgörande och känslomässigt sammanhang (van der Hart et al., 2001; Gerge, 2016). Delar av personligheten som är kopplade till traumatiska händelser menar man vid dissociation har skurits av som ett omedvetet sätt att försvara sig från smärtsamma upplevelser (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005)

Dissociation kan visa sig både mentalt och kroppsligt (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Det som kallas psykoform dissociation avser den mentala delen och är oftast den som avses med begreppet dissociation. Det handlar om redan nämnda störda kognitiva och emotionella processer som kan visa sig i depersonalisering och derealisation (Kienle et al., 2017). Somatoform dissociation beskriver fenomenets kroppsliga del (Kienle et al., 2017). Denna form är mindre känd, men uppfattas vara vanlig av nutida forskare (Nilsson et al., 2015; van der Hart et al., 2001). Den kroppsliga dissociationen menas kunna visa sig på en skala från minskad upp till total förlust av sensorisk perception, exempelvis i form av bortfall av känsel i olika kroppsdelar, och/eller förlust av motorisk kontroll, och/eller ofrivillig sensorisk perception som smärta (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Trauma har alltså kopplats till inte bara psykiska effekter, utan även kroppsliga. Därmed kan kroppsinriktade behandlingsformer vara relevanta, dels i sig själva men även i kombination med psykologiska behandlingar. På grund av detta är det av betydelse att psykologer har kännedom om kroppsinriktade traumabehandlingar och erfarenheter som sådana behandlare kan förmedla.

Bakomliggande psykofysiologiska mekanismer

Vi människor har nedärvda psykofysiologiska responser för att kunna överleva potentiellt farliga situationer. Vårt autonoma nervsystem är uppdelat i två delar, en del med aktiverande effekt, kallad det *sympatiska nervsystemet*, och en del med lugnande effekt, kallad det *parasympatiska nervsystemet*. Till skillnad från tidigare förståelse har senare års forskning visat att båda delarna av det autonoma nervsystemet är aktiva vid starka stresspåslag (Porges, 2001, 2009). Dessa två krafter menas arbeta dynamiskt och delvis parallellt. De skapar automatiska försvarsreaktioner i kroppen som slås på och anpassar sig utifrån vår aktuella förmåga att hantera de stressfyllda erfarenheter vi upplever (Kolk, 2006). Olika försvarsreaktioner har visat sig ha olika kopplingar och konsekvenser i vår hjärna och kropp beroende på dess syfte. När vi känner oss trygga och lugna är vårt nervsystem inriktat på social interaktion. När vi inte känner oss trygga slås överlevnadsreaktionerna på, som kan beskrivas i fem positioner på en skala med stigande stress och rädsla (min svenska översättning): Frysning/beredskap, flykt, kamp, frysning/rädsla, och kollaps. Av dessa fem kan flykt och kamp kallas för aktiverande positioner och resterande tre för immobiliserande (Baldwin, 2013).

Reaktionen kallad kollaps, som tidigare varit mindre känd, är ett tillstånd som inträffar då vårt sympatiska nervsystems försök har misslyckats och vi fortfarande inte kunnat fly, då utmaningen har överstigit vår förmåga att hantera den. I detta fall tappar aktiveringen över från det sympatiska till det parasympatiska nervsystemet i kroppen (Baldwin, 2013). Därmed tar kroppen till sitt sista försvar genom att gå in i ett ”spela död-läge”. I denna position nedregleras kraftigt både puls och amygdala, som är hjärnans känslocentra och som under de tidigare stadierna av stress varit överaktivt (Porges, 2007). Kroppen tappar då sin tidigare spänning och blir i stället slapp. Vissa forskare menar att detta traumaorsakade kollapstillstånd kan vara bakgrunden till senare tendenser av dissociativ problematik. Detta pekats bland annat på utifrån upptäckten att diagnosen ”PTSD med dissociativa symtom” tycks vara kopplad till underaktivitet i amygdala till skillnad från PTSD utan dissociation där amygdala är överaktiv (Nicholson et al., 2017).

Utifrån denna evolutionära teori om överlevnadsreaktioner går att se att PTSD symtomvässigt kan visa sig både som hög kroppslig anspänning och brist på densamma, så kallad underspänning. Vid obearbetat trauma kan en specifik position av de fem överinläras och generaliseras till en bredd av situationer i en människas liv (Baldwin, 2013; Kolk, 2006). Exempelvis kan en person i sådana fall bära ett konstant påslag av kroppslig, alert beredskap som kan upplevas som nervositet och ångest, eller ha starka tendenser till dissociation. Forskare menar att överlevnadsstrategierna då dysreglerats, och hindrar personen från att agera på ett anpassat och flexibelt sätt (Baldwin, 2013; Kolk, 2006).

Behandlingsmodeller för PTSD

Dessa bakomliggande mekanismer om fysiologiska aktiveringar vid trauma har relevans för PTSD-behandling. För att bli av med symtom menar dessa forskare att insiktsterapi inte är nog, utan att kroppen behöver omprogrammera automatiska fysiska responser som traumat resulterat i (Kolk, 2006, 2015). Begreppet ”bottom up-process” används för att beskriva den balanserande process som sker i det autonoma nervsystemet då man avsiktligt använder kroppsbaseradeövningar för att stärka och aktivera delar av det parasympatiska nervsystemet, som har till uppgift att lugna ned kroppen och rikta in den på social interaktion (Kolk, 2015; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Genom medveten uppmärksamhet på inre sensationer menas patienten stärka en del av det parasympatiska nervsystemet som kallas vagusnerven, som forskning sett används vid denna typ av övningar (Kolk, 2006; Porges, 2001). Att stärka vagusnerven menar man bland annat leder till att det sympatiska nervsystemets övertag över kroppen, i form av konstanta stresspåslag, minskar. Porges (2001, 2007, 2009) beskriver dessa processer extensivt i det som kallas polyvagalteorin. Denna forskning visar att delar av det parasympatiska nervsystemet är underaktiva hos PTSD-patienter. Utöver att lugna kroppen har dessa underaktiva delar som redan nämnts i uppgift att också ställa in människan på social interaktion, genom att exempelvis integrera sensorisk stimuli och kommunicera erfarenheter i ord, (Kolk, 2006).

Implikationer av dessa forskningsfynd menas vara att effektiv behandling för PTSD bör bestå av att lära sig att tolerera känslor och sensationer genom att öka förmåga för interoception (medvetenhet om kroppens inre förnimmelser och tillstånd), samt att

kroppsligt lära sig att hantera arousal (fysiologiskt stresspåslag) (Kolk, 2006). I praktiken handlar det om att använda övningar som har avsikt att rikta personens fokus till olika former av sensationer i kroppen (Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015; Grabbe & Miller-Karas, 2017). Bland annat studeras effekter av yoga och meditation för PTSD-symtom (Rhodes, 2016; van der Kolk et al., 2014).

På detta sätt har man alltså upptäckt att PTSD-symtom kan regleras ”nerifrån och upp” genom övningar med kroppsligt fokus, i stället för behandlingar där samtal är det primära verktyget, så kallade ”top down-processer” (Grabbe & Miller-Karas, 2017; Kolk, 2014; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Idag finns en växande mängd forskning som med hjälp av dessa mekanismer pekar på att kroppen kan ha en viktig plats i behandling av PTSD (Kolk, 2006, 2014; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Forskningen rör sig både om teoretiska resonemang med implikationer för behandling, och behandlingsstudier där metoder utvärderas kvalitativt (Grabbe, Miller-Karas, 2018; Stårup Madssen, Carlsson, Nordbrandt & Jensen, 2015).

De sätt som finns att behandla PTSD idag går att dela in i psykologiska, biomedicinska och fysioterapeutiska modeller. Socialstyrelsen (2019) rekommenderar i nuläget psykofarmaka och traumainriktad kognitiv beteendeterapi (KBT) vid PTSD för vuxna.

Farmakologisk behandling är en vanlig behandlingsmetod för PTSD trots oklarheter kring dess effektivitet (Hoskins et al., 2015). Metaanalyser visar att viss typ av psykofarmaka, SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors), har en liten positiv påverkan på PTSD-symtom. Andra forskare menar att medicin för sömnproblematik är relevant, då den också tycks verka på PTSD-symtom generellt (Lipinska, 2016). För de flesta andra typer av psykofarmaka finns det dock begränsat underlag för effektivitet vid PTSD. Forskningen kan ännu inte beskriva exakt vilka mekanismer man påverkar med de biokemiska preparaten, trots att vissa preparat är inriktade specifikt för problem med mar- drömmar och andra för att sänka PTSD-symtom generellt (Lipinska, 2016). Vissa internationella rekommendationer menar att psykofarmaka helst inte ska användas förrän psykologisk traumafokuserad behandling först prövats (Cooper, Metcalf & Phelps, 2014; Hoskins et al., 2015). Andra menar att patienter kan vara behjälpta av medicinering då den kan möjliggöra annan behandling som exempelvis psykoterapi (Gerge, 2016).

Metaanalyser visar att flera typer av psykologiska behandlingar är effektiva för vuxna med PTSD (Bisson et al., 2013; Cusack et al., 2016). Mest stöd ges exponeringsbaserade behandlingar inom KBT som Prolonged exposure (PE), och Traumafokuserad KBT (TF-KBT) (Cusack et al., 2016). Dessa modeller adresserar patientens traumarelaterade uppfattningar, minnen, och känslor genom att försöka att ändra tänkesätt och beteende (Gallegos, 2017). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) har i forskning också visat sig få visst stöd (Cusack et al., 2016). I EMDR strävar man efter att bjuda in traumarelaterade bilder, uppfattningar, och kroppsliga sensationer i medvetandet samtidigt som terapeuten guidar patientens ögonrörelser från sida till sida (Bisson et al., 2013). Nya och mer positiva sidor av traumaminnen menas då kunna identifieras. Syftet är att dessa ska byta plats med de smärtsamma och laddade minnen som hittills skapat problematiska symtom (Bisson et al., 2013).

De gemensamma faktorerna och det som anses vara verksamma element i dessa psykologiska terapier är att de är strategier som: möjliggör för patienten att konfrontera traumatiska minnen, hanterar patientens undvikanden kopplade till traumat, i längden

sänker patientens generella spänning och stresspåslag (Cooper, Metcalf & Phelps, 2014). Något som bland annat Bisson et al. (2013) pekar på i en metaanalys är att psykoterapeutiska behandlingar trots uppvisad effektivitet i forskning har betydande problem med behandlingsavhopp (Bisson et al., 2013; Kolk, 2014). I detta sammanhang nämns exponeringsfokuserade KBT-behandlingar specifikt (Bisson et al., 2013). Ett annat problem för psykoterapeutiska behandlingar för PTSD som uppenbarats är att patienter trots meningsfull symtomförbättring ofta lider av kvarvarande symtom som övergår tröskelvärden för PTSD-diagnos (Kearney & Simpson, 2015; Gallegos, 2017).

Det finns också kroppsbaserade behandlingsmodeller för PTSD. Kvalitativa studier pekar på att dessa signifikant kan minska PTSD-symtom (Stårup Madsen et al., 2015; Price et al., 2017). De studier som genomförts på denna typ av behandlingar är dock få och begränsade, men modellerna stärks i sin vetenskapliga underbyggnad genom nämnda teorier om botten up-processer som bekräftar behandlingarnas verkningsmekanismer (Grabbe & Miller-Karas, 2018, Kolk, 2006, 2014; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Fokus i dessa terapier är inte narrativet om den traumatiska händelsen, utan i stället upplevelsen av kroppens reaktioner här och nu. Gemensamt för de kroppsliga terapierna är att de till stor del baseras på det som på svenska kallas medveten närvaro eller mindfulness, med ett tydligt kroppsligt fokus. I denna uppsats används begreppen medveten närvaro och mindfulness synonymt, med betydelsen uppmärksam närvaro i stunden, om inte annat anges.

I de kroppsbaserade behandlingarna avser man att undvika direkt och intensivt återupplevande av den traumatiska händelsen, och i stället närma sig de laddade minnena indirekt och gradvis (Grabbe & Miller-Karas, 2017). Övningarna avser att möjliggöra korrigerande interoceptiva upplevelser som fysiskt motsäger patientens tidigare erfarenheter av överväldigande känslor och hjälplöshet kopplade till kroppen (Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Exempel på behandlingsmodeller av denna somatiska typ är Somatic experiencing, Feldenkrais, Trauma resiliency model och Basal kroppskänedom (Kolk, 2006; Payne et al, 2015; Grabb & Miller-Karas, 2017). I denna studie används begreppen kroppsbehandling, kroppsbaserad behandling, kroppsbaserad terapi och fysioterapeutisk behandling synonymt.

I Sverige utövar fysioterapeuter inom psykiatrisk behandling framförallt metoden Basal kroppskänedom (BK), som har rötter i den kinesiska rörelsekonsten Tai Chi. På svenska institutet för basal kroppskänedom (Institutet för basal kroppskänedom [IBK], n.d.) beskrivs metoden som en helhetsorienterad och diagnosöverskridande behandlingsmetod med kroppen som utgångspunkt. Rörelserna beskrivs syfta till att ta fram det mest optimala, grundläggande och funktionella sättet att använda kroppen på. Behandlaren bedömer patienten utifrån dennes rörelsemönster, och terapeut och patient beskrivs arbeta med enkla rörelser som är menade att leda till bättre kroppslig balans och stabilitet. Att släppa ner kroppstyngden till golvet menas ge tillgång till en bättre hållning som är en viktig del i att bli mer kroppsligt stabil och förankrad. Dessa kallas för grundande och stabiliserande övningar. Psykologiskt menar man att BK kan innebära en ökad närvaro och kontakt med den egna kroppen, vilket ger möjlighet till bättre kontakt med behov och känslor. Detta beskrivs förbättra förmågan att värna sina gränser, relatera till andra, samt att hantera smärta och ångest. Med begreppet *kroppslig reglering* menas förmågan att i kroppen kunna identifiera och genom kroppen hantera fysiologiska och emotionella reaktioner som uppkommer (IBK, n.d.).

En del av den här uppsatsens syfte var att undersöka fysioterapeuters arbete vid och tankar om kroppsbaserad PTSD-behandling. Basal kroppskännedom blev en behandlingsform att utgå ifrån för den här studien eftersom alla informanter hade denna utbildning och behandlingserfarenhet.

Som nämndes ovan har man observerat problem med de psykoterapeutiska metodernas effektivitet. Utifrån dessa upplevda brister är det intressant att undersöka vad kroppsbaserad behandling kan innebära, antingen som parallell med en psykoterapeutisk behandlingsprocess och/eller medicinering, eller ensam (Gallegos, 2017; Kolk, 2014). Vilken kunskap med relevans för klinisk implementering kan psykologer lära sig av metodik som använder bottom up-processer? Inom de psykologiska traumabehandlingarna PE och TF-KBT används vissa interventioner som avser hjälpa patienten att reglera sin kropp för att kunna lugna sig vid stresspåslag, samt för att hitta tillbaka till rumslig och kroppslig närvaro vid dissociation (Foa, Hembree & Olasov Rothbaum, 2013). Denna avläsning och reglering av patientens kropp för att anpassa interventioner har beröringspunkter med det arbete fysioterapeuter inom psykiatrisk fysioterapi ägnar sig åt i behandling av PTSD-patienter. Dock saknar psykologer utbildning i djupgående kunskap om kroppens mekanismer vid trauma, eftersom psykologutbildningen inte är inriktad på detta. Om psykologer i framtiden vill inkorporera mer av neurovetenskapen som pekar att kroppen bör tas i beaktande för effektiv behandling, kan psykologer komma att behöva ställa sig frågan om de har tillräcklig kunskap för att också, i den mån det är lämpligt, arbeta med patientens kroppsliga dimension.

Studiens syfte

Utifrån detta var syftet med den här studien att undersöka hur fysioterapeuter inom fältet psykiatrisk fysioterapi arbetar och tänker kring sin behandling av PTSD, med särskilt fokus på vad psykologer kan lära sig av detta.

Metod

För att svara på syftet hade studien en beskrivande och explorativ ansats. Med hänsyn till det valdes en semistrukturerad intervjumall och tematisk analys som analysmetod. Ett kritiskt och realistiskt perspektiv användes i bearbetningen av datan. Studien genomfördes induktivt, och i fokus för intervjun stod respondenternas subjektiva förståelse av sin behandling.

Deltagare

Respondenterna i denna studie bestod av åtta personer som kontaktades för att de är legitimerade fysioterapeuter som för närvarande arbetar eller tidigare hade arbetat med kroppsbaserad PTSD-behandling. Ålder och kön ansågs inte ha betydelse för valet av deltagare utifrån syftet, och beaktades alltså inte då jag kontaktade fysioterapeuterna. Inte

heller bestämdes någon gräns för hur länge de skulle ha arbetat med PTSD-patienter. Informanterna hade arbetat med den aktuella klientgruppen mellan cirka 7 och 30 år.

De flesta av respondenterna hittades genom mina egna kontakter och därifrån snöbollsurval, vilket innebär att en redan utsedd person ger namn på andra personer i samma sökta grupp. Utöver detta användes bekvämlighetsurval genom sökning efter fysioterapeuter inriktade på PTSD i söktjänsten Google. Där var sökorden: Fysioterapeut + PTSD + Göteborg. Deltagarna kontaktades via mejl där den planerade studien presenterades och respondenten fick frågan om hen ville delta (se bilaga 1). I detta mejl förklarades nödvändigheten att spela in intervjuerna, och de säkerhetsprinciper kring konfidentialitet som skulle vidtas. Alla nio fysioterapeuter som tillfrågades tackade ja. Dock var en av dessa på resa och kunde inte boka in någon tid vid tillfället då frågan var uppe. Den kontakten återtogs inte och intervjun uteblev.

Alla respondenter arbetade aktuellt med patienter som har PTSD-diagnos, men hur stor del av deras patienter som tillhörde denna grupp skiljde sig. Vissa informanter arbetade på mottagningar där PTSD var den gemensamma faktorn hos patienterna, medan andra arbetade på arbetsplatser där endast vissa av patienterna hade problematiken. Några av fysioterapeuterna arbetade inriktat mot patienter där diagnosen uppkommit från bakgrunder med krig eller sexuella övergrepp, medan andra arbetade med patienter vars bakgrundstrauma varierade. Informanterna arbetade inom landsting, organisationer och privat verksamhet. Alla deltagare hade utbildning i basal kroppskänedom och arbetade i stort utifrån denna modell, med varierande inslag av andra förståelsemodeller.

Antal sessioner som fysioterapeuterna hade per patient rörde sig från några tillfällen till sessioner mer eller mindre regelbundet i upp till cirka 10 år. Oftast beskrevs behandlingarna dock pågå under någon eller några terminer, med träffar varje eller varannan vecka.

Datainsamling och intervjumall

En semistrukturerad intervjumall valdes (se bilaga 2) eftersom jag ville ge respondenten möjlighet att öppet svara på frågorna och associera till närliggande ämnen. En semistrukturerad ingång valdes också på grund av min ingång som nyfiken uppsatsskribare utan större förförståelse. I intervjuerna berättade informanterna om sin behandling med exempel som jag bad om för att jag skulle kunna förstå deras resonemang bättre. Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser och hade en medellängd på en timme och 20 minuter.

Intervjun var uppdelad i segmenten introduktion, bakgrundsfrågor, primära frågor (och följdfrågor till dessa), samt avslutning. I introduktionsdelen förklarades syftet med studien. För att försäkra att intervjuare och deltagare hade samma förståelse och definitioner för diagnosen PTSD visades sedan respondenten en lista med symtomgrupper och kriterier för diagnosen enligt DSM-5. I de fall det blev aktuellt uppgav jag att denna studie inte gjorde någon skillnad mellan PTSD och det som i vissa sammanhang kallas komplex PTSD, då denna uppsats utgick från DSM-5, där komplex PTSD inte existerar som diagnos. Bakgrundsfrågorna berörde respondentens erfarenhet som yrkesutövande med

PTSD-patienter, den aktuella arbetsplatsens struktur, och om respondenten ifråga arbetade utifrån någon teoretisk modell. De primära frågorna, som upptog större delen av intervjun, avsåg svara på studiens syfte och gav utrymme för de spår respondentens tankar tog. Respondenterna ombads bland annat att berätta om en behandling eller ett behandlingstillfälle där patienten ifråga hade blivit förbättrad, och ett där patienten inte hade förbättrats. Klargörande följdfrågor av följande typ ställdes: ”Hur såg du det?” ”Hur märktes det?” ”Vad gjorde ni då?”. Sedan tillfrågades respondenterna bland annat om begreppen mindfulness och medveten närvaro kopplade till sitt i arbete, och eventuella existentiella perspektiv på arbetet. I den avslutande delen tillfrågades respondenten om det fanns övrigt som hen önskade säga kring temat. Därefter avslutades intervjun.

Efter att intervjuerna hade genomförts skickades en extra fråga ut som tillägg till deltagarna via mejl, eftersom denna fråga inte funnits med i intervjumallen men ansågs viktig för studien (se bilaga 3). Svar inkom från 6 av 8 informanter.

Dataanalys

Efter att intervjuerna var genomförda och transkriberade beskrevs materialet i koder för att senare organiseras i detekterade teman som tillsammans belyste studiens syfte. Datan bearbetades i Word och Nvivo.

Analysen genomfördes på en semantisk nivå, vilket betyder att fokus var på det som konkret sades och på vilka mönster som gick att se i det. Redan under intervjufasen började analysarbetet. I takt med att min egen kunskap inom fältet växte kunde jag ställa fler informerade följdfrågor. Trots att jag följde samma intervjumall hade detta som följd att den första intervjun kom att skilja sig från den sista.

Under transkriberingsfasen fördes anteckningar över tankar och mönster som uppkommit i intervjuerna. Dessa tankar som samlats från intervjuerna och genomgången av materialet vid transkriberingen blev preliminära frågor till texten under kodningsfasen.

Eftersom denna uppsats syfte var av det öppnare slaget vägledde dessa frågor kodningen, som genomfördes utifrån Braun & Clarkes (2006) förhållningssätt att genomföra tematisk analys. Sammanlagt skapades 242 koder. Dessa sorterades in i 16 olika grupper som ansågs fånga viktiga fasetter av respondenternas svar. Grupperna belyste bland annat fysioterapeuternas praktiska tillvägagångssätt, tankar kring verkningsmekanismer i behandling, och tankar och erfarenheter av tvärprofessionella samarbeten. Utifrån analys av dessa grupper skapades sedan fem teman. För att illustrera dessa teman i uppsatsen valdes citat ut.

Etiska överväganden

Respondenterna informerades muntligt före intervjun började om studiens syfte och regler kring konfidentialitet. Jag läste då också upp regler för samtycke och respondenten fick återigen visa sitt villiga medgivande för deltagandet. Vid tillfrågande om exempel från respondenternas behandlingsarbete under intervjun påpekade jag att jag inte sökte sekretessbelagd information utan exempel på hur behandlingsarbete, processer och

övningar kunde se ut. De exempel som finns med i citat i denna rapport avidentifierades än mer av mig för att sänka risken för igenkänning av både respondenter och deras patienter. Då risken fortfarande bedömdes finnas att patienter kunde känna igen sig i ett fåtal citat i studien kontaktades två aktuella informanter. De tillfrågades huruvida de ansåg att dessa citat kunde användas i text i studien. I båda fallen svarade informanterna att citaten kunde användas. Till citaten i studien finns inga fingerade namn eller siffror för respondenterna, i avsikt att minska risken för individuell identifiering av denna förhållandevis lilla yrkesgrupp. Från inspelningen av intervjuerna och under senare bearbetning av datan har både ljudfiler och dokument varit avidentifierade genom att arbetsplats och namn inte nämnts eller skrivits ut.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka hur fysioterapeuter inom fältet psykiatrisk fysioterapi arbetar och tänker kring sin behandling av PTSD, med särskilt fokus på vad psykologer kan lära sig av detta. Analysen resulterade i följande fem huvudteman som beskriver områden av informanternas berättelser: hur konsekvenser av trauma visar sig i patientarbetet, exempel på arbetssätt i fysioterapeuternas behandling och varför de arbetar så, betydelsen av behandlarens förmåga att hantera sin egen kropp vid känslöpåslag, vem som får fysioterapeutisk behandling vid PTSD, samt tankar om samarbete med andra professioner.

Tabell 1.

Översikt över huvudteman samt underteman.

Huvudtema	Undertema
1.	Hur visar sig trauma?
	1.1 Autonoma reaktioner är kvar i kroppen efter trauma
	1.2 Användning av en vidare definition av dissociation
	1.3 Svag kroppskontakt får konsekvenser när det gäller behandlingsval
	1.4 Samtidig somatisk problematik är vanlig
	1.5 Tidigt trauma kan ge specifika problembilder
2.	Exempel på arbetssätt i behandling
	2.1 Patienten exponeras gradvis för sin egen kropp
	2.2 Kroppsövningar hjälper patienten att närma sig sina känslor
	2.3 Behandlaren läser kontinuerligt av patientens kroppsspråk
3.	Egen kroppslig reglering är en förutsättning för att hjälpa patienten till detsamma

4. Vem får fysioterapeutisk behandling vid PTSD?
 - 4.1 Vilka blir utvalda för fysioterapi?
 - 4.2 Önskan om större kunskap om och erkännande av kroppsbehandling

5. Samarbete med andra vårdprofessioner
 - 5.1 Konkurrens och hierarkier mellan yrkesprofessioner
 - 5.2 Bottom up-processer gynnar också samtalsbehandlingen
 - 5.3 Idealt samarbete skulle betyda mer individanpassad behandling

1. Hur visar sig trauma?

I intervjuerna framkom beskrivningar av hur PTSD-problematik kan ge sig uttryck och förklaras utifrån fysioterapeuters synvinkel. I vissa fall lades betoning på olika förklaringsätt, men i stort framkom en sammanhållen bild om traumats mekanismer.

Kroppens överlevnadsreaktioner beskrevs vara viktiga att känna till och kunna förklara för patienter. Att patienter i varierande grad kopplar bort sensationer från sin egen kropp uttrycktes också vara av vikt för både behandlare och patient att bli varse om och hantera. Fysioterapeuterna beskrev att behandling handlar om gränslandet mellan somatiska och psykologiska problem, och att hjälpa patienten att förstå hur dessa smärtor kan hänga samma. Det framkom också att trauman som skett tidigt i livet kan ge specifika problembilder som blir av betydelse för PTSD-behandling.

1.1 Autonoma reaktioner är kvar i kroppen efter traumat. I intervjuerna beskrevs att PTSD-patienter som för första gången kommer till behandling har aktiverade alarmsystem igång. Deras kroppar beskrevs i detta läge både vara för spända och för lite spända (underspända) beroende på kroppsdel. Dessa tillstånd som patienter hamnar i förklarades utifrån biologiska teorier om överlevnadsreaktioner. Respondenterna beskrev att patienterna med PTSD fått en autonom dysfunktion av den traumatiska händelsen. Kroppen beskrevs då leva kvar i den överlevnadsreaktion som slogs på som försvar under den traumatiska händelsen.

” /.../ för att om vi säger extrem stress. Där kroppen mobiliserar sig, spänner sig, andningen blir yttigare, allt mobiliserar sig i kroppen och det blir mindre rörelser i magen. Man spänner sig, man blir inte törstig eller hungrig, utan all mobilisering allt för att fly... Och där är det ganska vanligt att patienter fryser i det tillståndet”.

Tillstånden som kroppen kan hamna i beskrevs vara kamp, flykt, freeze och kollaps. Kollaps beskrevs kunna visa sig som kroppslig underspänning i form av dåsighet och slapphet. Det framkom att kollaps och freeze är de tillstånd som oftast kopplas till dissociation. Kroppsliga bottom up-processer beskrev respondenterna är de principer för behandling som används för att reglera dessa automatiskt aktiverade överlevnadsreaktioner. Till skillnad från att fokusera på talet framförde en informant att man i psykiatrisk fysioterapi i stället arbetar direkt med kroppen i olika övningar för komma ifrån den in-vanda kroppsliga reaktionen (se tema två för fördjupning av detta).

”/.../ när du är så stressad är ju ditt inre i sån obalans, du har ett sånt påslag, då kommer vi ju in på det här som man pratar mer och mer om i traumavård och psykiatrisk vård över huvud taget att man jobbar bottom up, alltså nerifrån och upp i stället för uppifrån och ner. Och då handlar det jättemycket om att börja reglera dom djupa strukturerna, alltså dom reaktionerna, kamp, flykt, freeze och kollaps.”

Informanterna beskrev hur deras patienter med PTSD oavsett bakgrund och språk ofta använder samma typer av språkliga bilder när de beskriver sina kroppsliga symtom. Dessa handlade oftast om känslan att ha kroppen skild från huvudet, av att sväva en bit ovanför marken, och som om ”någon drog undan mattan” under fötterna. Detta menades kunna ses som tecken på att kroppsliga reaktioner efter ett trauma är biologiska och universella.

1.2 Användning av en vidare definition av dissociation. I intervjuerna framkom en tydlig uppfattning att psykologisk och fysiologisk bortkoppling av kroppen, som flera kallade dissociation, är vanligare än vad både patienter och behandlare tror. Respondenterna beskrev att ”*dissociation finns på en skala*”, och utöver den mest förekommande definitionen på dissociation enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) beskrev de en kroppslig dimension.

Det framkom att eftersom kroppen för många traumaoffer är brottsplatsen för det inträffade, är den ofta kopplad till känslor av skam, skuld, äckel och rädsla. Kroppen kan för en traumaöverlevare därför bli en utlösare för obehagliga minnen. Risken för aktivering av dessa associerade, obehagliga minnen menade informanterna kan resultera i att en person omedvetet distanserar sig från sin kropp. Om personen ifråga hamnat i freeze eller kollapstillstånd under den traumatiska händelsen beskrevs patienten ha ännu lättare att koppla bort sig från hela eller delar av sin kropp. Dessa nedstängda delar liknades vid symboliska bärare av det skedda, vilka fortsätter att vara nedstängda för att hålla undan det plågsamma från personens medvetande.

Denna vidare beskrivning av begreppet dissociation som användes beskrevs vara kroppslig och inte endast mental. En respondent skiljde på mental dissociation och kroppslig bortkoppling och menade att vid en kroppslig bortkoppling så kan en person fortfarande känna sig närvarande i sitt huvud, till skillnad från dissociation där bortkopplingen också sker ifrån huvudet och tänkandet. Informanten beskrev kroppslig bortkoppling som ett tydligt undvikande av kroppen.

”Vad man upplever i kroppen - man har inte varit där på så länge, det är avstängd mark, så, den är mer förknippad med... det dåliga /.../ och det är inte alltid säkert att det i sig är samma sak som dissociation. Men... ett undvikande beteende, ett tydligt undvikande av kroppen /.../ men jag tänker att bortkopplingen är i kroppen, man kan fortfarande känna som att man är i huvudet. Det är så många som beskriver just det här att man... det tycker jag är jätteviktigt, det är många många som kommer hit och beskriver det, att dom känner sig som ett flytande huvud, alltså så. Som ett... huvud utan kropp. Jag tänker att i dissociationen så är det inte säkert att man känner att man är i sitt huvud heller, utan då kanske man försvinner bort helt och hållet utanför sig själv tänker jag. Att det blir... att man kopplar ur på ett annat sätt.”

Således framkom att dissociation och bortkoppling av kroppen beskrevs på två sätt. Ett sätt var att se dissociation på en skala, där mindre kroppslig bortkoppling finns

på den ena sidan och total dissociation där personen ifråga inte heller upplever sig finnas kvar i sitt huvud och tänkande på den andra sidan skalan. Det andra sättet att förstå kroppslig bortkoppling beskrevs som i citatet ovan, ett särskiljande mellan kroppslig bortkoppling där personen fortfarande känner sig närvarande i huvudet och tänkandet, och dissociation där personen också lämnar sitt huvud och tänkande, alltså som två kvalitativt olika fenomen.

1.3 Svag kroppskontakt får konsekvenser när det gäller behandlingsval. En kroppslig icke-närvaro menade fysioterapeuterna resulterar i vissa av de symtom som personer med PTSD ofta rapporterar, som exempelvis likgiltighet och en känsla av att inte vara närvarande i samspel med andra människor. Informanterna beskrev att känslor upplevs i kroppen genom att kunna förnimma och benämna inre fysiska sensationer och förnimmelser. Eftersom att denna avläsning, på grund av distansering från en farofyllt laddad kropp, ofta inte fungerar, leder frånvaron av kontakt till svårigheter för personen att känna in sina känslor.

I intervjuerna belystes betydelsen av att som behandlare vara medveten om möjligheten till att en patient eventuellt inte har god kroppskontakt och dissocierar. Att genomföra behandling utan att ta hänsyn till detta menade respondenterna kan leda till ineffektiva behandlingar, där patienten endast till synes tillmötesgår behandlaren. Mindfulnessövningar och egenskattning av ångest inom kognitiv beteendeterapi (KBT) nämndes som exempel på situationer där behandlaren ofta förutsätter att patienten har förmåga att känna in sin kropp och har villighet att vara närvarande i interoceptiva övningar. I de fall denna kroppskontakt inte finns beskrevs patientens egenskattning av ångest kunna bli slumpmässig och missvisande. Mindfulnessövningar beskrevs i de fallen kunna upplevas som skrämmande.

”Så jag tänkte såhär med mindfulness inom... ah det religiösa, och inom... mycket inom psykologin kanske. Då förutsätter man ofta att man har ett okej förhållande till sin kropp, att man har en förmåga att vara i sin kropp och att det inte är väldigt obehagligt. Har man det så funkar det ju ganska bra, men om man inte har det så kan mindfulness antingen bli väldigt skrämmande eller så kan det bli en övning i att försvinna bort i stället, utan att man vet det.”

1.4 Samtidig somatisk problematik är vanlig. I intervjuerna framkom att PTSD-patienter ofta har somatiska problem, som exempelvis smärta. Informanterna menade att det som kallas för somatisering i allmänt språkbruk kan förstås som både en reell fysisk förändring och som psykologiskt orsakat samtidigt. Bakgrunden till den somatiska smärtan förklarades vara traumats kvarvarande överlevnadsreaktioner som försätter kroppen i konstant stresspåslag. Detta menade informanterna hindrar musklernas och organens normala funktioner, vilket leder till smärta. Ett exempel som togs upp var vad förhindrad andning kan leda till. De beskrev att PTSD-symtomet överspändhet kan göra att diafragma inte tillåts arbeta som vanligt, vilket får till följd att personens naturliga andning stoppas. Detta beskrevs i sin tur kunna orsaka magproblem som sjukvården inte finner orsak till, eftersom spänningar i kroppen i detta hänseende inte tas i beaktande. På samma sätt beskrevs huvudvärk och smärta i rygg och axlar kunna härröra från spänning på grund av traumautlöst autonomt stresspåslag.

En respondent beskrev att fysiska besvär hos PTSD-patienter ofta är konsekvenser av att kroppen försöker hålla känslor borta. Att tala om de fysiska symtomen menade hen kan vara en ingång för att som fysioterapeut också tala med patienter om känslomässiga följder av trauma.

”Som en patient sa: ”känslorna sitter ju i kroppen, och de känns ju i kroppen”. Vi använder kroppen för att hålla dom borta, för att hålla locket på. Det behöver ju inte vara medvetet. Vi använder oss av andningen och muskelspänningar för att hålla tillbaka, hålla undan, och då får man fysiska symtom av det, och då blir det som fysioterapeut lättare att prata om det.”

1.5 Traumatisering tidigt i livet kan ge specifika problembilder. Något som framkom av intervjuerna var åsikten att PTSD-diagnosen enligt DSM-5 är förenklad, symtomfokuserad, och inte visar bredden av uttryck som ett traumas konsekvenser kan ta sig. Problembilder beskrevs exempelvis kunna skilja sig beroende på hur gammal personen var när traumat skedde, om traumat var upprepat och långvarigt, om det funnits en mänsklig förövare, och i så fall vilken relation denne haft till traumaöverlevaren.

En symtomprofil växte fram under intervjuerna för en grupp PTSD-patienter som blivit utsatta för traumatiska händelser tidigt i livet i nära relationer. Dessa personer beskrevs ofta ha det som kallas alexitymi, vilket betyder svårigheter att översätta kroppssensationer till meningsfull känslomässig betydelse (Gerge, 2016). Respondenterna menade att eftersom känslor är vägledande så skapar detta problem för personen ifråga att förstå orsak och verkan i olika situationer. Det beskrevs att dessa personer har svårt att veta vart deras gränser går, vilket resulterar i att de också får svårigheter att uttrycka dessa gränser till andra personer. Därför beskrevs dessa patienter ofta hamna i fler och återuppreparande traumatiserande situationer under sitt liv. Det framkom också att dessa personer i brist på bättre lösningar ofta tenderar att på olika sätt döva bort en obehaglig känsla.

”Där är det liksom från första början jättesvårt [med behandling] /.../ hon har jättesvårt att känna samband mellan saker och ting. Hon kan beskriva det, hon kan säga att ”jaa kompisar kan säga att det känns så och så i kroppen men det är för att jag har mens och då känns det så. Och såna samband har jag aldrig känt.” Beskriver hon, liksom. Och att det kan kännas si och så för att jag gjorde det igår eller för att... Hon får aldrig ihop dom grejerna utan för henne är det alltid separata saker. Nu känns det så, då kändes det så. Det finns liksom ingen röd tråd i varför hon har det som hon har det. Och inte heller så mycket mellan känsla och kropp... Hon mår dåligt eller hon är glad. Men hon får inte ihop vad som hänger ihop med vad. Och hittills är väl copingstrategin att... droga på olika sätt.”

Informanterna kopplade denna symtombild till anknytningsteori. De menade att det är genom samspel i tidiga relationer som små barn lär sig att översätta kroppssensationer till känslor. Om tidigt trauma hindrar en sådan utveckling i känslospråk kan detta ha långtgående konsekvenser.

2. Exempel på arbetssätt i behandling och varför man arbetar så

Respondenterna menade att kroppsbehandling fungerar genom att botten up-processer i anpassad takt utan återtraumatisering ger effekten att kroppsminnen från trauma kan symboliseras och integreras bland andra minnen. Förenklat kan interventionerna som användes av fysioterapeuterna beskrivas på en skala från främst stabiliserande övningar till alltmer bearbetande och integrerande övningar. De stabiliserande övningarna beskrevs

handla om att reglera närvarande spänning, rädsla, dissociation, stress och ångest. Mer bearbetande och integrerande ansatser i behandlingen kan genomföras med patienter som kommit längre. I dessa senare delar av behandling beskrevs mer utforskande och exponerande övningar användas, för att hjälpa patienten att närma sig laddade kroppsminnen och omvandla dem till mer vanliga, oladdade minnen. I dessa övningar beskrevs patienten lära sig sätta ord på tidigare svåråtkomliga känslor genom att gradvis uppmärksamma sensationer och förnimmelser från kroppen.

2.1 Patienten exponeras gradvis för sin egen kropp. Både vid konstant stresspåslag och vid tendenser till dissociation beskrevs stabiliserande övningar passande för att kunna bli mer närvarande i stunden. Stabiliserande övningar hjälper patienter att känna sig grundade i sin kropp och på så sätt komma ner i varv och hitta ett större lugn. För detta använde respondenterna också uttryck som att ”*bottna i sin kropp*”, ”*känna sig centrerad*” och att ”*hitta stöd i en inre balanslinje*”. Vid stress och ångest beskrevs det att man tappar kontakten med benen, och att kroppen drar sig uppåt. Hur stabiliserande övningar ser ut kan variera, men ofta beskrevs de handla om att försöka känna sin kroppstyngd mot golvet under fötterna i stället för att dra sig uppåt, och att på olika sätt försöka känna balans och stabilitet.

” Det här med att man känner sig grundad. Att man känner sina fötter, hur man sitter, att det känns stabilt, att du börjar hitta känslan av att... för vid stresspåslag så tappar man kontakten med fötterna och benen, för vid stress och panikångest blir dom alldeles kalla och så börjar dom skaka och man drar sig uppåt. Så att dra ner dom då är väl en skulle man kunna säga... Annars går det inte att säga generellt, för att det är olika.”

I materialet framkom att syftet med de mer bearbetande och integrerande delarna av behandling var att vidga patientens toleransfönster för både inre och yttre stimuli. Respondenterna beskrev att ett mål är att patienten ska uppleva att det inte är farligt att vara närvarande och känna in sin kropp och sina känslor.

Ett exempel på en bearbetande övning som användes var då en patient kände rädsla inför egen beröring av hens egen kropp. I dessa fall beskrevs ofta stimulibollar av gummi användas för att kunna närma sig beröring utan direkt kroppskontakt. Genom att rulla bollen över olika kroppsdelar och eventuellt samtidigt prata om något oladdat med fysioterapeuten beskrevs patienten stegvis kunna närma sig något tidigare fruktat. Denna beröring beskrevs sedan kunna övergå till att patienten direkt berörde sin kropp, i samtidig koncentration på förnimmelserna i kroppen.

I intervjuerna framkom också att respondenterna under åren sett känslomässigt starka reaktioner väckas hos patienter av denna typ av inkännande kroppsövningar. Informanterna beskrev att erfarenheter lärt dem att ”*less is more*” avseende övningar, och att de lärt sig avläsa personers kroppar alltmer under åren. Med tiden hade de fått större förståelse för hur svårt och utmanande det kan vara för patienter att utföra vissa utifrån sett enkla övningar. En respondent beskrev ett exempel på en situation med en patient där massage av den ena fotsulan med en stimuliboll väckte starka känslor. Patienten ifråga gick direkt efter sessionen och köpte alkohol för att döva det som behandlingen väckt.

” /.../ och jag sa, ska vi jobba lite speciellt med fötterna och sen så kan du känna hur det blir att gå? Han försökte känna efter men så började han prata igen. Så kom han inte nästa gång. Eh... nu kommer jag inte ihåg. Jo jag tror

att han ringde till mig, och så sa han: "När jag varit hos dig sist, då gick jag raka vägen och köpte två öl. Det där var inte bra". Då hade vi masserat fotsulan med en boll. För att tar man bara den ena så är det ett enkelt sätt att känna skillnad. Så går man runt, står och går. Med det lilla. Och det var det jag kände någonstans, att den här mannen får vi vara jätteförsiktiga med /.../ han hade väl drogat med annat också men framför allt alkohol, och han hade använt det för att hålla tillbaka..."

Om traumatiska minnen eller flashbacks kom upp under övningar beskrev informanterna att de mötte dessa tillsammans med patienten genom att vara uppmärksamma på och reglera det som bilderna väckte i patientens kropp. Det framkom att det oftast inte var nödvändigt för patienten att i fysioterapin berätta om sitt primärtrauma (den primära berättelsen till varför patienten fått PTSD-diagnos), men att det ibland hände att patienten ville det. Om patienten vill det beskrev informanterna att de tar sig an det i behandlingen på samma sätt som med flashbacks, genom uppmärksamhet på reaktioner i kroppen.

2.2 Kroppsövningar hjälper patienten att närma sig sina känslor. Anledningen till att kroppsövningar upplevs exponerande för PTSD-patienter beskrev respondenterna är för att övningarna väcker känslor kopplade till den genomlevda traumatiska situationen. Patienterna beskrevs bli givna möjlighet att bjuda in de fruktade känslorna i kroppen för att kunna arbeta med dem och minska deras kraft. Inte minst vid alexitymi

beskrevs arbetet med att bjuda in och känna kroppsörnimmelser och känslor vara av vikt. Fysioterapeuterna beskrev att genom att en patient stegvis vågar känna vad som upplevs i kroppen rent sensoriskt, så kan patienten också stegvis våga känna känslor som tidigare undvikits. En respondent beskrev: *"Om man lär sig ett nyfikat förhållningssätt till kroppen så kan man börja ha samma förhållningssätt till känslorna. Man kan börja förstå dom"*.

Det framkom att vissa rörelser kan väcka specifika känslor hos en person. Patienter beskrevs bli överraskade av denna upplevelse. En respondent beskrev hur en patient upplevde detta efter en tids behandling:

"Att helt plötsligt börja vara i övningar och börja uppleva saker och börja koppla samman vissa rörelsemoment till vissa känslor, ehm... det slog an mycket i henne, det var... mycket känslor som var kopplade till kroppen och kroppsliga... rörelser... som hon blev väldigt överraskad över. Det var helt ny mark, helt ny mark."

När en patient inte längre är lika rädd för kroppsörnimmelser och alltmer kan se dem som nödvändiga, beskrevs patienter kunna agera i riktning mot att ta hand om sig själva i större grad. En fysioterapeut beskrev ett fall där patienten berättade hur hon lärt sig känna igen tecken på ledsenhet hos sig själv, och vad hon kan göra i den situationen: *"Så hon börjar förstå liksom "okej när jag känner såhär i kroppen då är jag egentligen ledsen och då behöver jag hjälp och då kan jag gråta och sen..."*. Så hon är ju i kontakt med sina känslor så".

Att lära känna dessa signaler förklarades kunna hjälpa patienter att veta var deras gränser går, och när någon annan person passerat en sådan. För att nå denna självkännedom utforskade patient och behandlare tillsammans vilka tecken patienten kunde lägga märke till i sitt beteende och i sin egen kropp då en situation började bli obehaglig. Exempelvis upptäckte en patient att hon började fnissa när någon kom för nära henne fysiskt

utan hennes samtycke. Detta fnissande kunde hon sedan i en verklig situation förstå som en signal på att det var dags att lämna situationen.

2.3 Behandlaren läser kontinuerligt av patientens kroppsspråk. I intervjuerna framkom att informanterna under en behandlingssession kontinuerligt läser av patientens kropp. Att se efter hur patienten andas beskrevs exempelvis som ett sätt att *”läsa av känsligheten i systemen”*. En respondent beskrev att: *”man sitter lite öppen för att känna av den andres kropp och den andres signaler”*. Det framkom också att behandlaren kan försöka ta efter patientens kroppsmönster för att känna hur det känns i den aktuella hållningen. En sådan inkännande spegling beskrevs kunna leda till vad som i intervjuerna kallades för känslomitta och överföring, då känslor från patienten upplevs dröja sig kvar hos fysioterapeuten efter behandlingens slut.

3. Egen kroppslig reglering är en förutsättning för att kunna hjälpa patienten till detsamma

Respondenterna betonade vikten av att behandlare själva förmår reglera spänning och ångest som kommer upp i möten med patienter. Detta menade man både gäller samtalsterapeuter och fysioterapeuter. Att vara en förebild för patienten i hur man kan fortsätta vara lugn trots att starka känslor finns i ett rum beskrevs vara en grundförutsättning för att kunna erbjuda sig som det ankare en patient med PTSD menades behöva. Detta liknades vid att terapeuten *”lånar ut sitt nervsystem”* till patienten. Eftersom fysioterapeuterna menade att denna reglering var till en stor del kroppslig, ansågs det lugn som behandlaren behöver ha komma från behandlarens egen grundning i sin kropp. Detta menades behöva vara något autentiskt hos terapeuten i stunden.

Hur känslor kan härbärgeras förklarades bland annat utifrån teorin om spegelneuron. Fysioterapeuterna beskrev att det både kan vara funktionellt att spegla och att inte spegla patientens aktuella kroppsmönster. I stunder då patienten har stresspåslag beskrevs behandlarens lugn vara det som är ämnat att smitta av sig till patienten.

”Det har ju en fördel att spegla sina patienter men det har ju också en funktion att inte göra det. När dom börjar gå upp i arousal, då är det ju väldigt lätt att följa med. Men att liksom själv kunna behålla sig grundad där... likaså som jag blir påverkad av min patient så blir ju min patient påverkad av mina reaktioner. Så så länge jag kan hålla mig grundad och lugn så kommer det ju vara mycket lättare för min patient att komma dit. Mitt nervsystem pratar med min patients nervsystem, likaså som det är tvärt om i en relation. Och att det är ett ganska kraftfullt verktyg.”

I intervjuerna framkom att fysioterapeuterna såg sin egen kropp som ett instrument för att uppleva patienten och dennes tillstånd. En respondent sa: *”Man använder sin egen kropp för att uppleva det som pågår i en annan kropp”*. Kroppskommunikationen beskrevs som tidigare nämnts fungera tvåvägs, i den meningen att också behandlaren plockar upp det patienten har med sig in i behandlingsrummet (se tema 2). Med denna öppenhet beskrevs behandlaren kunna använda sin egen kropp för att signalera och erbjuda något för patienten som den saknar och behöver. För att kunna använda sin kropp som detta

instrument sa en respondent att hen innan ett besök själv behövde vara *"rustad i kroppen"*. En annan informant uttryckte att *"man måste ha det färskt hos sig själv hela tiden"* när hen talade om kroppsmedvetandeträning.

Det centrala i att som behandlare själv kunna reglera det som sker i sin egen kropp påpekades också då respondenterna beskrev att utbildningen i basal kroppskännetill stor del består av att öva med den egna kroppen. De beskrev detta som självterapeutiskt och nödvändigt. Det framkom också att det var viktigt för respondenternas utveckling i sitt arbete med PTSD-patienter att få regelbunden handledning. Detta kunde antingen ske med en handledare utbildad inom psykiatrisk fysioterapi, eller genom kamrathandledning med andra fysioterapeuter inom det psykiatriska fältet. Utöver detta framkom att respondenterna var behjälpta av att hålla sig uppdaterade på ny forskning och teori inom sitt område genom att gå på kurser och föreläsningar.

Angående psykologer och samtalsterapeuter menade en respondent att dessa yrkesgrupper i sitt behandlingsarbete kan arbeta något med stabilitet i kroppen då det behövs, *"om de själva har kontakt med sin egen kropp och sin egen stabilitet"*.

4. Vem får fysioterapeutisk behandling vid PTSD?

I intervjuerna beskrev informanterna hur patienter valdes ut för att få behandling hos dem. Det framkom att remitterande instanser och patienter sällan vet om möjligheten eller meningen med fysioterapi vid PTSD. Fysioterapeuterna menade också att endast en liten del av patienter som söker hjälp för PTSD på deras mottagningar får möjlighet till fysioterapi, på grund av att det endast finns ett fåtal anställda fysioterapeuter jämfört med samtalsterapeuter. Det framkom att detta var något de ville se en förändring av, i form av tillväxt och spridning av kunskap om kroppsbehandling vid psykiatrisk problematik.

4.1 Vilka blir utvalda för fysioterapi vid PTSD? I intervjuerna framkom att endast en liten del av patienter på mottagningar som främst är samtalsinriktade får fysioterapi. Flertalet respondenter arbetade på just denna typ av mottagningar. Det beskrevs olika anledningar till varför PTSD-patienter på informanternas arbetsplatser väljs ut för fysioterapi. En vanlig grupp patienter beskrevs vara de som redan genomgått psykoterapi och som nått en platå i dessa där behandlingen stannat av. I denna grupp hade den psykiatriska problematiken ofta varit långvarig och svårbehandlad, med därtill somatiska besvär. En respondent menade att dessa patienter ofta visade sig ha trauman med sig från tidigt i livet.

En annan grupp beskrevs vara de som bedömts ha en för hög arousalnivå för att kunna tillgodogöra sig samtalsbehandling vid den aktuella tidpunkten. Dessa beskrevs vara behjälpta av konkreta verktyg för att först kunna reglera sin ångestnivå och på så sätt uppnå en viss nivå av stabilisering, innan en bearbetande samtalsterapi påbörjas. För denna grupp beskrevs kroppsbehandlingen vara främst stabiliserande. Dock påpekade en respondent att den fysioterapeutiska behandlingen även för dessa kan vara en del i en mer bearbetande och integrerande behandlingsfas i ett senare skede.

Det framkom att det i vissa fall är patientens påpekande av kroppsliga besvär som resulterar i påkoppling av en fysioterapeut. Dessa besvär beskrevs exempelvis kunna vara smärta och spänning, eller att patienten beskriver att hen känner sig avstängd, kroppsligt tudelad eller på andra sätt inte hemma i sin egen kropp. I andra fall beskrevs det vara samtalsterapeuter som rekommenderar att ta in fysioterapeutisk behandling, då de observerat kroppslig avstängdhet som patienten själv inte haft ord för. I dessa fall beskrevs

samtalsterapeuterna önska att fysioterapin skulle öka den kroppsliga närvaron hos patienten och ingjuta ”mer liv” i både kroppen och samtalsterapin.

”Men så kan det också vara det att det inte är uttalat från patienten för att det är... när kroppen blir såpass avstängd, det är ett sånt bortkopplat område. Så ibland kan det vara tvärt om, att det är av den anledningen, att behandlare reagerar på att... det finns inte ens ord för det, och att man kanske behöver ta in en sjukgymnast jämte annan behandling för att sätta igång livet i kroppen igen. På något sätt börja flytta in för att börja uppleva något, när avstängdheten är såpass stor. Så då kan det vara att man reagerar på det där som inte alls är sagt. Ehm... och då tycker jag att mina kollegor här i teamet dom brukar snappa upp det rätt bra.”

Det framkom en åsikt om att alla PTSD-patienter skulle vara behjälpta av fysioterapi, men att det krävs rätt förutsättningar och timing i patientens liv för att kunna tillgodöra sig behandlingen.

4.2 Önskan om större kunskap om och erkännande av kroppsbehandling. Av intervjuerna framkom att remisserna som mottogs där respondenterna arbetade inte nämner fysioterapi för PTSD. Bedömningen huruvida patienten ifråga kunde vara aktuell för kroppsbehandling avgjordes i stället vid bedömning på kliniken där fysioterapeuten arbetade. Detta menade respondenterna visar på en okunskap om psykiatrisk fysioterapi hos remitterande instanser och i samhället generellt. Lika lite beskrevs patienter i de flesta fall veta om möjligheten till kroppsbehandling och vad detta kan innebära. På grund av denna kunskapsbrist och eftersom fysioterapeuter ofta arbetar som ensam representant för sin yrkesgrupp på mottagningar, framkom en uppfattning hos respondenterna att det var upp till de själva att ”veta vad de kan och förmedla detta”. Detta parat med att den fysioterapeutiska grundutbildningen enligt respondenterna endast innehåller en liten del om psykiatrisk vård menade de kunde resultera i en utmanande situation för nyutbildade fysioterapeuter att börja sin karriär inom detta fält.

I intervjuerna kunde det skönjas en önskan hos fysioterapeuterna om ett större erkännande av sitt arbete. Det uttrycktes en vilja att sprida kunskapen om kroppsbehandlingars användningsområde till andra professioner och till andra mottagningar inom psykologisk behandling, för att fler ska kunna remittera till fysioterapi när det är lämpligt. En önskan om fler anställda fysioterapeuter inom psykiatri och psykologisk hälsovård kunde också urskiljas. Respondenterna beskrev att de skulle vilja se större möjligheter att erbjuda fler människor en bättre relation till sina kroppar genom denna typ av behandling.

”Alltså jag tänker... det är så mycket människor som är så utlämnade till sina kroppar och till sin kroppsupplevelse, så det finns mycket tror jag för patienter, eller för människor, att hämta genom att hitta metoder som länkar samman mer, alltså, där även dom kroppsliga konsekvenserna tas med. Så ja, det är väldigt... ja. Det är ett fält där jag hoppas att det kommer liksom spira mycket både inom psykologiska behandlingar och kroppsbehandlingar och det där. Mötet. Ja, alltså att det finns mycket i det... för folk lever ju ändå för sjutton sina liv [skratt] som fysiska kroppsliga varelser liksom. Och det blir.. ja, det blir väldigt påtagligt att bristerna är så stora, alltså svårigheterna är så stora i kroppen för så många. Så att... ja... jag vill ändå sätta ett utrops-tecken efter det på något sätt.”

En större kunskap om och erkännande av kroppens plats inom psykiatrisk behandling menade informanterna skulle ge större möjligheter för mer effektiva och individanpassade behandlingar av patienter.

5.Samarbete med andra vårdprofessioner

I intervjuerna betonades vikten av ömsesidig respekt och ödmjukhet inför varandras kunskap mellan professioner för att kunna bedriva effektiva tvärprofessionella samarbeten. Detta markerades bland annat i sammanhang då informanterna beskrev att överlapp av professionsområden samt tecken på statushierarkier och konkurrens inom den psykiatriska vården kunde urskiljas. I materialet framkom också uppfattningen att samtalsterapeuter skulle vara behjälpta av att ta in vissa kroppsövningar i sina sessioner i syfte att hjälpa patienten att reglera ångest och komma tillbaka från dissociation.

Vidare menade informanterna att fler anställda fysioterapeuter på PTSD-mottagningar skulle kunna leda till mer skraddarsydda behandlingar för patienter. Bland annat beskrevs möjligheter att tänka över huruvida en patient skulle gynnas av att ha samtals- och kroppsbehandling i följd på samma dag, och i så fall vilken ordning.

5.1 Konkurrens och hierarkier mellan yrkesprofessioner. Det framkom att respondenterna upplevde ett visst överlapp mellan samtalsterapeuters och fysioterapeuters arbete vid behandling av problematik som PTSD. Detta beskrevs blivit mer tydligt sedan mindfulness blivit populärt inom psykoterapin. Det kunde skönjas en upplevelse av en professionell statushierarki där huvudet har högre status än kroppen i psykiatrisk vård. En respondent observerade att vissa fysioterapeuter vidareutbildar sig till samtalsterapeuter och lämnar kroppsligt fokus bakom sig. Hen beskrev en upplevelse av att det anses vara bättre att vara samtalsterapeut än fysioterapeut:

”/.../fysioterapeuters eget intresse för det här [psykoterapi], kan övergå i att man vill bli samtalsterapeut, i stället. Det är liksom som om, det finns någon sorts, det är bättre att vara samtalsterapeut, det är bättre liksom att gå åt det hållet. Och så släpper man mer och mer av sin.. specifika kompetens och så. Vilket jag tycker är jättesynd.”

Respondenterna beskrev en diskussion om mindfulness som blev aktuell då detta infördes på bred front inom psykoterapin för ett antal år sedan. De beskrev att den svenska översättningen av begreppet, medveten närvaro, handlar om något som fysioterapeuter inom psykiatrisk vård alltid baserat sitt arbete på, nämligen kroppslig närvaro här och nu. Detta framställdes som en del i en diskussion kring vilken yrkeskategori inom psykiatrisk vård som ska ägna sig åt vad. En respondent beskrev att denna diskussion kring kompetensrevir kan ses som hindrande för behandlare att ta till sig och använda sig av ett flertal terapeutiska verktyg.

” /.../ och då blir det återigen litegrann kanske det här med hierarkier och... vem ska göra vad och vem kan vad och... sådär. Att det blir ett sånt, i stället för att jag tänker jamen aha vad bra då kan jag dra nytta av det också, och lägga det till min arsenal.”

Förutom att hänvisa patienter till fysioterapeutkollegor framkom det i intervjuerna att respondenterna menade att samtalsterapeuterna i sina egna behandlingar skulle vara behjälpta av att ta in vissa kroppsövningar.

5.2 Bottom up-processer gynnar också samtalsbehandlingen. Informanterna beskrev att enkla övningar i samtalsrummet kan hjälpa till att exempelvis reglera stresspåslag och situationer då patienter dissocierar. Att exempelvis taktilt ta på kroppen beskrevs vara en övning som kan hjälpa en patient att hålla närvaron kvar här och nu i rummet som passar med patienter som tenderar att dissociera. En respondent beskrev att hen uppmuntrat både patienter och samtalsterapeuter till att patienten använder sig av stabiliserande övningar som att exempelvis ställa sig upp och trampa i samtalsrummet vid känning av annalkande ångestpåslag:

”Och liksom, om du inte har nåt spår att förhålla dig till, spår då, alltså balanslinje eller centrering, då sitter du ju och fötterna åker upp såhär, och då kommer du in i det här påslaget, och så ska du sitta och berätta om dina grejer liksom. Ah men res dig upp då. Och så kan man stampa ner såhär samtidigt som du pratar om det du har varit med om och då blir det ju något helt annat. För vad säger din kropp i det ihopkrupna läget? Om du hade frågat kroppen hade ju den sagt att den vill springa därifrån. Den vill inte, för den är under attack, och då måste det liksom.. så det brukar jag säga till mina patienter, och det säger jag ju till psykologerna också att ”nu har jag sagt till den här patienten, så den kanske ställer sig upp och trampar under eran session” för att komma vidare, för annars så blir det låst där.”

Således betonades vikten av att ha respekt inför varandras kunskap yrkeskategorier emellan, samtidigt som fysioterapeuterna uttryckte en vilja att sprida lärdomen om kroppsövningars möjligheter till samtalsterapeuter. Alltså framkom bilden att parallellt med att informanterna vill sprida kunskapen till samtalsterapeuter så vill de inte att dessa ska tro att kroppsbehandling är något som ”vem som helst” kan genomföra, och därigenom se ner på kroppsbehandling. Det framhölls att det krävs ett tränat öga och analysförmåga utifrån utbildning och erfarenhet för att kunna välja och genomföra behandling så att den passar den specifika patienten.

5.3 Idealt samarbete skulle betyda mer individanpassad behandling. I intervjuerna beskrevs hur ideala samarbeten mellan yrkesprofessioner som arbetar med PTSD skulle kunna se ut. Informanterna menade att fler anställda fysioterapeuter på deras mottagningar skulle ge möjlighet att individanpassa PTSD-behandlingen mer än vad som oftast var möjligt vid tillfället. Att ha samtidig samtals- och kroppsbehandling uttrycktes kunna vara det bästa för en patient. I de fallen skulle man kunna använda sig av att det ofta finns liknande mönster i behandlingarna för en och samma patient, och ta sig an dessa mönster från två sidor samtidigt. Om en terapi exempelvis tedde sig stum beskrevs chansen stor att behandlaren i den andra terapin kände av samma tendens. Framgångar i en kroppsbehandling beskrevs i en sådan situation kunna ge skjuts till en eventuellt stagnerad samtalsbehandling, och vice versa.

”ja... jamen du det kan man höra ibland, att... att tar man in sjukgymnastik... ibland har man gjort så också att man tycker att man går i stå i samtalsterapin... att man ibland har kunnat ta in sjukgymnastiken och så har man... att det börjar röra på sig igen, på ett annat sätt.. Ehhh... att det kommer in andra

upplevelser i kroppen, eller andra... kopplingar och reflektioner som, som... kanske inte funnits där tidigare. Ibland har det varit väldigt tydligt sådär att när sjukgymnastiken kommit in så rullar det vidare litegranna i samtalet också på ett annat sätt. Ehm... ja, det hade ju varit jätte... ja, tänk att kunna arbeta ännu mera så. Det hade varit jättefint. Att sjukgymnastiken kunde finnas med på en sida, jämte samtalsbehandlingen. Mer som regel än..."

En respondent beskrev att parallella kropps- och samtalsbehandlingar ger möjlighet att tänka över effekter av att schemalägga sessionerna direkt efter varandra på samma dag. Hen menade att vissa patienter skulle gynnas av att "samlas i kroppen" genom fysioterapi före en samtalsbehandling, medan andra skulle behöva detsamma bättre efteråt.

Vissa patienter beskrevs vara mest behjälpta av att på mottagningen börja sin behandling med en stabiliserande fysioterapi och i ett senare skede övergå till en mer bearbetande och integrerande samtalsterapi. Ännu en grupp patienter beskrevs vara aktuella för endast fysioterapi. Detta beskrevs vara de som redan genomfört samtalsterapier utan tillfredsställande resultat (se tema 4 för mer material om detta).

Respondenterna beskrev erfarenheter av goda samarbeten med samtalsterapeuter där man använt sig av varandra med tillfredsställande utfall. Vissa av de intervjuade hade exempelvis bra erfarenheter av att leda gruppbehandlingar tillsammans med samtalsterapeuter. I intervjuerna beskrevs också välfungerande teamsamarbeten med samtalsterapeuter där respondenterna upplevde att kollegorna "reagerar på rätt saker", och förstår och ser betydelsen av fysioterapi vid PTSD.

Diskussion

Syftet med föreliggande intervjustudie var att undersöka hur fysioterapeuter inom fältet psykiatrisk fysioterapi arbetar och tänker kring sin behandling av PTSD, med särskilt fokus på vad psykologer kan lära sig av detta. Informanterna beskrev hur patienters trauma visade sig för dem i behandlingsrummet och hur de själva förstod symtomens orsak och traumats kroppsliga verkningsmekanismer. De gav exempel på behandlingsinterventioner och bakgrunden till dessa. Informanterna pekade också på hur behandlarens egen kroppsliga reglering är en förutsättning för att kunna hjälpa patienten till detsamma. Tankar om samarbete med andra vårdprofessioner, och den psykiatriska fysioterapins del i PTSD-behandling togs upp som ämnen. Informanterna talade om hur ett samarbete med strävan att erbjuda patienter bästa möjliga vård och återhämtning skulle kunna se ut.

Resultaten diskuteras nedan utifrån studiens syfte med betoning på materialets relevans för klinisk implementering för psykologer. Därefter diskuteras studiens begränsningar och avslutas med en konklusion.

Står fysioterapeuternas kunskap för något som den evidensbaserade psykoterapi idag glömt bort?

Av intervjuerna framkom att ett trauma kan symboliseras och bearbetas utan ord. Att kroppen minns det vi varit med om och tar hand om sådant som hänt oss är

något som psykoanalysen framhållit (Freud, 1932/2007). Bland Freuds patientfall beskrevs personer som han menade omedvetet försökte symbolisera smärtsamma och obearbetade upplevelser genom somatiska symtom. Kroppen fanns i hans uppfattning med som en plats där psykiskt lidande kunde visa sig (Freud, 1932/2007). Informanterna i denna studie beskrev en bild av kroppen som bärare av upplevelser som vårt vardagliga tänkande helst håller ifrån sig. Utifrån detta ter det sig som att fysioterapeuterna inom psykiatrisk fysioterapi bär en tradition av tänkande som inte har en tydlig plats inom den senaste psykoterapiforskningen för PTSD.

Den höga förekomsten av alexitymi hos patienter med tidigt och långvarigt trauma som informanterna beskrev kan ses som ett exempel på att det finns aspekter av PTSD som kan vara svårtillgängligt att behandla via språket. Vid svårigheter att uppleva känslor och klä dem i ord kan hinder för att integrera minnets splittrade delar och därmed för att behandla PTSD uppkomma i en samtalsterapi. Också Abbas beskriver i hans bok *Hidden from view* (2018) att alexitymi är vanligast hos en patientgrupp med tidigt inträffat och långvarigt trauma. Detta skulle kunna peka på att psykoterapier som lägger stor vikt vid bearbetning av trauma via språket har risk för störst problem när det kommer till de tidigt och långvarigt traumatiserade patienterna, som också anses vara de svårast traumatiserade (Gerge, 2016). Detta skulle också kunna peka på att kroppsbaserad behandling är speciellt lämplig för just dessa tidigt och långvarigt traumatiserade patienterna som visat tecken på alexitymi.

Informanterna beskrev att deras behandling behöver anpassas efter den unika patienten och att diagnosen PTSD utifrån DSM-5 inte ger tillräcklig vägvisning för anpassad behandling. I deras beskrivningar kunde det skönjas en önskan om diagnoser med fördjupade resonemang för trauman med större svårighetsgrad. I psykologiguiden (2019) beskrivs termen *komplex PTSD* som ett kliniskt använt begrepp som beskriver svårare typer av trauma:

”Komplex PTSD är en term som har kommit att användas av psykologer och forskare när de anser att diagnosen PTSD inte räcker till för att beskriva de många allvarliga och svåra symtom som kan uppstå när en människa drabbas av en rad upprepade eller långvariga traumatiska händelser”.

Det verkar alltså som att psykologer också upplever ett behov av anpassad behandling för patientgruppen med så kallad komplex PTSD. Denna diagnos kan bli aktuell i Sverige eftersom den ingår i ICD-11 (2019), som kan träda i kraft i januari 2022 (Socialstyrelsen, 2018). En fråga som kan ställas är: Skulle psykiatrisk fysioterapi ha en tydligare roll i behandling av PTSD om det i Sverige fanns en officiell diagnos för komplex PTSD?

Sammanfattningsvis pekar fysioterapeuternas erfarenheter på att kroppsbaserade interventioner vid PTSD tar sig an en preverbal sida av ett traumas efterverkningar som inte lika lätt kan adresseras och symboliseras genom endast psykoterapi.

Kroppen har en plats i behandling av PTSD

Denna intervjustudie pekar på att kroppen har en plats i behandling av PTSD. Fysioterapeuterna talade om kroppen som en ingång för att bearbeta ett trauma, an-

tingen som enskild behandling eller i kombination med samtalsbehandling. Informanterna såg också att psykologer skulle ha nytta av vissa kroppsbaserade interventioner i deras arbete. Genom större kunskap kring hur man kan tolka kroppen skulle psykologer kunna läsa av sina patienters behov bättre i stunden, och på så sätt kunna anpassa sina interventioner i högre grad. Bland annat tycks fysioterapeuternas beskrivningar av hur dissociation kan påverka interventioner som exempelvis mindfulness och exponering vara intressant från psykologers perspektiv. Också forskare inom fälten dissociation och trauma påtalar ett behov av mer tilldelad plats till kunskap om konsekvenser av svår traumatisering som dissociation på utbildningar inriktade på psykisk ohälsa (Loewenstein, 2018; Gerge, 2016; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

Wilkinson (2017) beskriver uppfattningen att kroppen har haft en växande roll under de senaste 20 åren inom psykoterapeutisk traumabehandling. Hon menar att parallellt med utveckling inom neuropsykologisk forskning har traumainriktad psykoterapi rört sig från att vara inriktad på ord, tolkningar och meningsskapande till att uppmärksamma mer känslomässiga och förkroppsligade aspekter av terapeutiskt arbete. Hon menar också att ljuset under senare år alltmer riktats åt det sätt som dessa känslomässiga och kroppsliga aspekter är kopplade till tidiga, interpersonella traumatiserande upplevelser som hålls utanför det mänskliga medvetandet (Wilkinson, 2017).

Något som informanterna lyfte fram var också att behandlares förmåga att hantera känslor och stresspåslag i sina egna kroppar under sessioner har betydelse för behandling. Psykologutbildningen innefattar inte formella, tydliga moment där psykologens förmåga till kroppslig reglering tas i beaktande som terapeutiskt betydelsefullt (Göteborgs Universitet, 2019). Detta kan vara något som är intressant för psykologer att bli medvetna om och öva på, och eventuellt något som psykologutbildningen skulle ha nytta av att ta hänsyn till.

Samarbete är nödvändigt för ideal PTSD-behandling

I intervjuerna menade fysioterapeuterna att kroppsbehandling kan vara en enskild behandling vid trauma, men också en parallell behandling tillsammans med psykoterapi. Det framhölls att typ av behandling borde avgöras utifrån den unika individens behov. Informanterna talade också om att parallella samtals- och kroppsbehandlingar öppnar upp för möjliga anpassningar med avseende på hur sessionerna kan schemaläggas för bästa möjliga utfall.

Kolk beskriver i hans bok *The Body Keeps the Score* (2015) att de flesta patienter behöver någon blandning av: 1. Top down-strategier i form av samtalsterapi och (åter)koppling till andra människor. 2. Medicinering som stänger ner besvärande stressreaktioner. 3. Bottom up-strategier som tillåter kroppen att ha upplevelser som på ett djupt visceralt plan motsäger hjälplöshet, ilska eller kollaps som resultat från trauma. Detta pekar på att det skulle vara fördelaktigt för patienter att ha möjlighet till flera behandlingstyper vid PTSD. Olika alternativ skulle möjliggöra en behandlingsplanering som är mer individualiserad och anpassad till den unika patienten. För detta skulle det krävas att mottagningar utöver medicinering kan erbjuda både psykoterapi och fysioterapi. Mellan yrkesprofessioner på mottagningar skulle det också behövas öppenhet och välvillig inställning till parallella behandlingar och tvärprofessionella samarbeten. Detta är något som informanterna i denna studie betonade då de påtalade

betydelsen av respekt och ödmjukhet inför varandras kunskap. Vad krävs då av arbetsplatser för att få till stånd tvärprofessionella samarbeten som skulle möjliggöra individualiserad och effektiv behandling för PTSD? Gruppsykologisk forskning har konstaterat att det är nödvändigt att de parter som ska ha sådant samarbete har tillräckligt med tid i sin arbetsdag för att utveckla teamsamarbete (Forsyth, 2009). Vidare är det viktigt att de under denna tid har möjlighet att varva ned tillräckligt för att få tillgång till de psykiska och sociala funktioner som är nödvändiga för utveckling och underhåll av teamsamarbete (Forsyth, 2009). Eklöf (2017) menar att det också är fördelaktigt om respektive profession bedöms och värderas mot bakgrund av teamets prestation snarare än utifrån strikt individbaserad värdering, eftersom individbaserad värdering förstärker inomprofessionella ageranden och riskerar att bestraffa interprofessionella ageranden.

I intervjuerna talade deltagarna oftare om samtalsterapeuter än psykologer. På deras mottagningar arbetade både psykologer och andra samtalsterapeuter med PTSD-behandling. På så sätt var det passande för informanterna att samla dessa båda yrkesgrupper inom namnet samtalsterapeuter. I min studie var fokus på vad psykologer kan lära sig. Detsamma som psykologer kan hämta från fysioterapeuternas kunskap kan dock också andra samtalsterapeuter tänkas ha lika stor nytta av.

Studiens begränsningar och framtida forskning

Jag själv har gjort urvalet av vad psykologer kan lära sig om traumabehandling av fysioterapeuter. Denna studie är på så sätt färgad av mitt omdöme och min förförståelse. Resultatet blir alltså ofrånkomligen en tolkning om vad jag själva anser vara intressant för psykologer att lära, med min begränsade behandlingserfarenhet som psykologstudent.

Den här uppsatsen är en liten intervjustudie vars informanter valts ut genom bekvämlighetsurval. Detta behöver tas i beaktande eftersom andra fysioterapeuter måhända hade beskrivit fler eller andra ämnen. Därför är det möjligt att jag i den här studien eventuellt missat delar av det som syftet hade för avsikt att ringa in. För att minska denna risk i eventuellt framtida studier skulle ett större antal personer behöva intervjuas. För att lära sig ännu mer om traumabehandling, oavsett behandlingstyp, så kan det i framtida forskning också vara av värde att förstå mer om vad olika typer av traumatisering innebär och skilja dem åt. Det skulle antagligen erbjuda större möjlighet att anpassa behandling bättre.

Konklusion

Denna intervjustudie pekar på att det finns fysioterapeutisk kunskap för PTSD-behandling som kan vara av värde för psykologer att ta del av. Att lära sig läsa av patienters kroppar till högre grad, att använda vissa kroppsinriktade interventioner, och att kunna reglera egna kroppsliga påslag var områden som framkom. Vidare framhölls att effektiv traumabehandling inte nödvändigtvis behöver betyda språklig symbolisering genom psykoterapi med ett traumanarrativ i centrum.

Fysioterapeutisk behandling kan vara en enskild behandling vid PTSD, men kan också vara parallell med psykoterapi och/eller medicinering. Att i större utsträckning

kunna välja mellan nämnda behandlingsalternativ skulle möjliggöra en mer individanpassad behandlingsplanering. Samarbete över professionsgränser beskrivs som eftersträvanvärt. För ett fungerande samarbete krävs att arbetsplatsen erbjuder tid och stöd för att utveckla och underhålla ett sådant.

Referenser

- Abbas, A. Schubiner, H. (2018). *Hidden from view*. Pleasant Ridge: Psychofysiologic Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5:e upplagan* [DSM-5]. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baldwin, D., V. (2013). Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1549–1566. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.06.004
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database System Review*, 13;(12):CD003388. doi: 10.1002/14651858
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101. doi: org/10.1191/1478088706qp063oa
- Cooper, J., Metcalf, O. & Phelps, A. (2014). PTSD – an update for general practitioners. *Australian Family Physician*, 43(11):754-757.
- Cusack, K., Jonas, D., Forneris, C., Wines, C., Sonis, J., Cook-Middleton, J., Feltner, C., Brownley, K., Rae-Olmsted, K., Greenblatt, A., Gaynes, W. B. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.003
- Institutet för Basal Kroppskänedom. (n.d.). Hämtad från: <http://www.ibk.nu/vad-ar-bk/>
- International Classification of Diseases 11:e upplagan [ICD-11]. (2019). Hämtad från: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- Eklöf, M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö: begrepp, bedömning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Foa, E., Hembree, E. & Olasov Rothbaum, B. (2013) *Emotionell bearbetning vid PTSD : terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur och kultur Akademisk.
- Forsyth, D., R. (2009) *Group dynamics*. Belmont, Calif: Wadsworth Cengage Learning.
- Freud, S. (1932/2007). *Föreläsningar: Orientering i Psykoanalysen*. Stockholm: Natur och Kultur Akademisk.
- Gallegos, A. M., Crean, H. F., Pigeon, W. R. & Heffner, K. L. Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 58:115-124. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.004
- Gerge, A. (2016). *Trauma: om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik* (2:a upplagan). Vaxholm: Insidan förlag.

- Grabbe, L. & Miller-Karas, E. (2018). The Trauma Resiliency Model: A "Bottom-Up" Intervention for Trauma Psychotherapy. *Journal of American Psychiatry Nurses Association*, 24(1):76-84. doi:10.1177/1078390317745133
- Göteborgs Universitet. (2019). Kursplaner. Hämtad från: <https://studentportal.gu.se/minastudier/psy/psykologprogrammet/kursplaner-litteraturlistor-scheman/kursplaner-och-schema-vt19-/vt19-antagning-t-o-m-vt17>
- van der Hart, O., van Dijke, A., van Son, M. & Steele, K. (2001). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation* 2000; 1:33-66.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2005). Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-23. doi:10.1002/jts.20049
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., Van Ommeren, M., De Jong, J., Seedat, S., Chen, H. & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal Psychiatry*, 206(2): 93-100. doi:10.1192/bjp.bp.114.148551
- Kearney, D. J. & Simpson, T. L. (2015). Broadening the Approach to Posttraumatic Stress Disorder and the Consequences of Trauma. *Journal of the American Medical Association*, 314(5), 453-455. doi:10.1001/jama.2015.7522
- Kienle, J., Rockstroh, B., Bohus, M., Fiess, J., Huffziger, S., & Steffen-Klatt, A. (2017). Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome – two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BioMed Central Psychiatry*, 17, 248. doi:10.1186/s12888-017-1414-z
- van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress*, 1071:1, 277-293.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. London: Penguin Books.
- van der Kolk, B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M. & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), 559-65. doi: 10.4088/JCP.13m08561
- Lipinska, G., Baldwin D. S. & Thomas, K. G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Human Psychopharmacology*, 31(2), 156-63. doi:10.1002/hup.2522
- Nicholson, A., Friston, K., Zeidman, P., Harricharan, S., McKinnon, M., Densmore, M., Neufeld, R., Théberge, J., Corrigan, F., Jetly, R., Spiegel, D. & Lanius, D. (2017). Dynamic causal modeling in PTSD and its dissociative subtype: Bottom-up versus top-down processing within fear and emotion regulation circuitry. *Human Brain Mapping*, 38(11):5551-5561. doi:10.1002/hbm.23748
- Nijenhuis, E. (2004). *Somatoform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues*. New York: Norton and Company Inc.

- Nijenhuis E., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:4, 416-445. doi: 10.1080/15299732.2011.570592
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dyck, R. van der Hart, O. & van der Linden, J. (1996). The development and psychometric properties of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184: 688-694.
- Nilsson, D., Lejoonclou, A., Jonsson, M., Svedin, C. G. & Holmqvist, R. (2015). Somatoform dissociation among Swedish adolescents and young adults: The psychometric properties of the Swedish versions of the SDQ-20 and SDQ-5. *Nordic Journal of Psychiatry*, (69), 2, 152-160. doi:10.3109/08039488.2014.949851
- Payne, P., Levine, P. & Crane-Godreau, M. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychology*, 4:6:93. doi:10.3389/fpsyg.2015.00093
- Price, M., Spinazzola, J., Musicaro, R., Turner, J., Suvak, M., Emerson, D. & van der Kolk, B. (2017). Effectiveness of an Extended Yoga Treatment for Women with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, 23(4): 300–309. doi:10.1089/acm.2015.0266
- Rhodes, A., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. (2016). Yoga for Adult Women with Chronic PTSD: A Long-Term Follow-Up Study. *Journal of Alternative Complement Medicine*, 3, 189-96. doi:10.1089/acm.2014.0407
- Socialstyrelsen. (2018). Information om införande av ICD-11. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2018-10-29
- Stårup Madsen, T., Carlsson, J., Nordbrandt, M., & Jensen, J, A. (2015). Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study. *Journal of Bodywork and Movement Therapy*, 20(2):243-51. doi: 10.1016/j.jbmt.2015.10.007
- Wilkinson, M. (2017). Mind, brain and body. Healing trauma: the way forward. *Journal of Analytical Psychology*, 62(4):526-543. doi: 10.1111/1468-5922.12335
- Porges, S. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-46.
- Porges, S. (2007) The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-43. doi:10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Porges, S. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleve Clinical Journal*, 76, 2, 86-90. doi: 10.3949/ccjm.76.s2.17
- Psykologiguiden. (2016). Komplex PTSD. Hämtad från: <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/psykisk-ohalsa/komplex-ptsd>

Bilaga 1

Introduktionsbrev

Hej X,

Jag heter Amanda Bastås och går mitt sista år på psykologprogrammet på Göteborgs universitet. I vår ska jag skriva mitt examensarbete, som kommer att handla om fysioterapiens roll vid PTSD-behandling och fysioterapeuters erfarenheter av detta. Jag kommer att intervjua ca 8 personer, som arbetar eller har arbetat med personer med PTSD-problematik.

Jag undrar om du skulle vilja vara med och bli intervjuad av mig. Det kommer att ta cirka en timme.

Resultatet kommer att återges i en rapport som beräknas vara färdig i maj. Rapporten kommer då vara tillgängligt för alla som deltagit i studien. I den mån vissa resultat exemplifieras med t.ex. citat kommer dessa vara avidentifierade och allt material hanteras med hänsyn till de intervjuades integritet. Inga namn eller arbetsplatser kommer att stå någonstans. Intervjuerna kommer jag att spela in för att kunna transkribera, men sedan kommer inspelningarna förstöras. Deltagandet är frivilligt.

Jag kan komma till din arbetsplats, eller så ses vi vid någon annan plats som passar dig. Som det ser ut nu önskar jag genomföra intervjun under v.4 (21/1-25/1), v.6 (4/2-8/2) eller v. 7 (11/2-15/2).

Är du intresserad av att vara med?

Har du några frågor eller funderingar? Hör gärna av dig i så fall.

Vänliga hälsningar,

Amanda Bastås Strutz

070 444 23 06

gusbastam@student.gu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Introduktion – beskrivning av studien.

Bakgrundsfrågor

- Jobbat hur länge med PTSD?
- Vart?
- Hur kommer patienter till dig? Remiss?
- Hur många behandlingstillfällen brukar ni ha?
- Kontakt med andra professioner för dessa patienter?
- Jobbar du med någon specifik modell eller teori?

Primära, öppna, frågor

- Berätta om när du hjälpt en patient att komma vidare/må bättre.
- Berätta om en behandling där personen inte blev bättre.
- Berätta om en gång du upplevde att din och patientens relation påverkade behandlingen.

Följdfrågor

- Vad hände då?
- Hur såg du det?
- Vad tittade/lyssnade du efter då?
- Vad tänkte du då?
- Hur tänkte du när du gjorde så?
- När du gör det – vad är det som händer med patienten då?

Övriga mer riktade frågor (om dessa inte kommit upp tidigare)

- Mindfulness, medveten närvaro, är det något som du använder i behandling?
- Har du upplevt behandlingar där beröring haft betydelse?
- Koppar du din behandling till existentiella perspektiv?

Avslutningsfråga

- Något du vill säga som vi inte tagit upp?

Bilaga 3

Tilläggsfråga som skickades ut efter intervjuerna

Hej X,

Jag skulle vilja fråga dig en till fråga, som jag inte ställde när vi sågs. Det handlar om relationen mellan kroppen och känslor. Det är frivilligt att svara.

Psykologer har oftast mer fokus på känslor än på kropp (jämfört med fysioterapeuter), och vissa säger att patienter med PTSD har “stängt av” känslorna, eller i alla fall stängt av känsloläsningen. Hur ser du kopplingen kropp och känslor?