

LUNDS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI



## **Psykoterapi och trauma**

Erfarna terapeuters berättelser om behandling där trauma visar sig vara en  
komponent - ur ett kbt- och pdt-perspektiv

Ulrika Magnusson, Susanne Tengvall

Psykologexamensuppsats

Vt 2012

Handledare: Claes Törnqvist

Examinator: Roger Sages

## Sammanfattning

Studiens syfte är att undersöka erfarna terapeuters upplevelser av psykoterapi när svåra livsupplevelser bearbetas. Fyra kbt- och fyra pdt-terapeuter har valts ut för intervjuer. Våra frågeställningar har varit: Vilken syn har erfarna terapeuter på trauma och dess orsaker? Vilka bedömningar och avgränsningar gör terapeuterna vid behandling och diagnosticering? Vilka är erfarna terapeuters upplevelser av behandling när trauma är en komponent? Vad upplevs som verksamt och icke-verksamt i behandlingen? Vilka likheter och skillnader finns mellan kbt- och pdt-terapeuter? Kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer har använts och intervjumaterialet har tolkats med IPA - metod. Några av de centrala teman som framträtt i undersökningen är terapeuternas definitioner av trauma som bland annat en enstaka yttre chockartad händelse eller missförhållanden som varat under en längre tid, där brister i tillit och olika somatiska besvär är tecken som kan tyda på att patienten lider av svåra obearbetade livsupplevelser. Kbt- och pdt-terapeuter lägger olika tonvikt på inre och yttre trauman som orsaken till traumasymptom, där pdt-terapeuterna till övervägande del i sitt berättande har fokus på personligheten, kumulativa trauman som skett under barndomen och hur pass sårbar individen är, som avgörande för symptomutvecklingen efter svåra händelser. Kbt-terapeuterna lägger sammantaget istället mer fokus på det yttre traumats inverkan på individen i kombination med individens resurser. Kbt-terapeuterna är mer benägna att tala i termer av avgränsningar i form av diagnoser och kategoriseringar i behandlingen, medan terapeuterna, oavsett skolbildning, gör likartade bedömningar under själva behandlingen, där patientens förmåga att bära det som tas upp i terapin är central. Att återuppleva det svåra, med känslor, för att fördjupa bearbetningen, anges som verksamt av flertalet terapeuter i undersökningen, där skuld, skam, rädsla eller ilska är ofta förekommande emotioner hos patienterna, enligt terapeuterna.

Nyckelord: pdt, kbt, trauma, symptom, behandling, psykoterapi

## **Abstract**

The aim of this study is to take part of experienced therapists' experiences of psychotherapy, when difficult situations in life are worked through. Four cbt- and four pdt-therapists have been selected to participate in interviews. Five questions have been formulated to look closer at: What are experienced therapists view of trauma and its causes? What assessments and delimitations concerning treatment and diagnostics are made? What are therapists' experiences of treatment where trauma is a component? What works and what does not in treatment? What similarities and differences exist between cbt- and pdt-therapists? Qualitative method and semi-structured interviews have been used for this study. The interviews have been analyzed using IPA (Interpretative Phenomenological Analysis). One of the central themes that has appeared in this study are therapists definitions of trauma, for example as either a single experience of shock or maltreatments lasting for a longer period, where signs of lack of trust and different somatic complaints can indicate that the patient is suffering from severe experiences in life that have not been worked through. Cbt- and pdt-therapists put different emphasis on inner and outer traumas as the cause of trauma symptoms, where pdt-therapists emphasize personality, repeated traumas during childhood and individual vulnerability. Cbt-therapists put more focus on the effect of the outer traumatic experience on the individual, combined with the individuals resources. Cbt-therapists are more inclined to speak in terms of delimitations concerning diagnosis and categories regarding treatment, while therapists regardless of orientation, do similar assessments and adjustments during treatment, where patients abilities to endure what comes up in therapy is central. To re-experience difficulties, with emotions, gives a deepened possibility to work through traumatic situations and is said to be effective by several therapists in this study, where guilt, shame, fear and anger are frequent emotions felt by patients, according to therapists.

Keywords: pdt, cbt, trauma, symptom, treatment, psychotherapy

## **Förord**

Vi vill rikta ett tack till de åtta psykologer som medverkade i vår studie och som generöst delade med sig av sina kunskaper och sin tid. Vi vill också rikta ett tack till vår handledare Claes Törnqvist, för all hjälp med uppsatsarbetet.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
Syfte .....	6
Frågeställningar .....	7
<b>Teori</b> .....	<b>8</b>
Definition av trauma.....	8
Trauma och psykodynamisk terapi för vuxna .....	10
Trauma och kognitiv beteendeterapi för vuxna.....	12
Trauma och psykoterapi från ett neuropsykologiskt perspektiv för vuxna .....	14
<b>Metod</b> .....	<b>15</b>
Metodval.....	15
Arbetsgång .....	16
Analys och presentation .....	18
Etik .....	18
Deltagare .....	19
Förförståelse .....	19
Validitet.....	19
<b>Resultat</b> .....	<b>21</b>
Trauma och dess orsaker .....	21
Holistiskt eller partikularistiskt perspektiv.....	31
Behandling .....	37
Verksamma och icke-verksamma faktorer.....	73
<b>Resultatsammanfattning</b> .....	<b>80</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>84</b>
Studien i förhållande till teori och tidigare forskning.....	84
Studien i relation till frågeställningarna .....	86
Förslag till fortsatt forskning.....	91
<b>Referenslista</b> .....	<b>92</b>
Bilaga 1. ....	94
Bilaga 2. ....	95

## **Inledning**

Traumatiska upplevelser är en del av att vara människa. Vi har alla upplevt eller känner någon som har upplevt något vi med vardagligt tal kan benämna som traumatiskt. Resultatet av trauman i livet som varit överväldigande för individen finns beskrivet i psykologisk litteratur som symptom och diagnoser. Att drabbas av sömnstörningar, somatiska besvär, depression, posttraumatiskt stressyndrom, ångest, dissociation, psykos, eller att leva med skam eller skuld, rädsla eller ilska, kan bli några av följdverkningarna för människor när trauman i livet lämnat för stora avtryck och inskränker levandet (Dyregrov, 2002). För andra människor kan långvariga brister under uppväxten, även om de kan te sig mer subtila, leda till psykiatrisk problematik, eller till att livet inte riktigt fungerar som det borde (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2008). Att trauman som inte läkts ut även kan påverka barn och närstående till de drabbade, är ytterligare en följd som svåra livsupplevelser kan bära med sig (Danieli, 1998). Att arbeta med människor som lider av trauman är en del av den verklighet som psykologer och psykoterapeuter möter. Forskning och fallstudier undersöker ofta det renodlade traumat, eller de enskilda fallen. Den kliniska verkligheten ser brokigare ut, samtidigt som terapiarbete sker i ett slutet rum utan insyn, där det som sägs mellan terapeut och patient är omgärdat av sekretess. Metodböcker kring interventioner kräver även de klinikerns erfarenhet och bedömningar för att kunna appliceras. Vi upplever att mycket av kunskapen om hur man praktiskt arbetar i terapier, är kunskap som ofta förs över via handledning, där avvägningarna att göra är många och varje behandling har sina egna unika komponenter. Äldre erfarna terapeuter ger via handledningen yrket vidare till yngre kliniker och borgar för att kvalitetssäkra arbetet (Hawkins & Shohet, 2008).

### **Syfte**

Vilka bedömningar gör terapeuter från de två dominerande terapiinriktningarna i Sverige idag, avseende interventioner, avgränsningar, diagnosticering och kategorisering, när olika former av traumatiska livsupplevelser kommer fram i en samtalsterapi. Vilka hänsyn tas och vad upplevs som verksamt eller icke-verksamt. Vi vill få tillgång till erfarna terapeuters tankar kring hur de ser på trauma och hur de arbetar med dessa bedömningar. Vi har inte hittat några undersökningar från terapeuters perspektiv som berör dessa avvägningar. Syftet med vår undersökning är att försöka nå en fördjupad förståelse för terapeutisk arbetsmetod som den ter sig för praktiserande terapeuter, när symptom efter traumatiska upplevelser visar sig i

behandlingen. Arbete med akut krisbearbetning faller utanför ramen för vår undersökning. Vi har valt att intervjua terapeuter som arbetar med kognitiv beteendeterapi och psykodynamiska terapeuter, då vi vågar hoppas på att hitta likheter och gemensamma nämnare mellan alla terapeuterna, eftersom människans lidande är fokus för samtligas arbete. Vi hoppas även hitta skillnader, då vi tänker oss att dessa kan beskriva mängden av olika möjligheter som finns att möta människors svårigheter. Vår uppsats syftar inte till att värdera de olika terapeutiska inriktningarna och vi önskar att den läses i den andan.

### **Frågeställningar**

*Vilken syn har erfarna terapeuter på trauma och dess orsaker?*

*Vilka bedömningar och avgränsningar gör terapeuterna vid behandling och diagnosticering?*

*Vilka är erfarna terapeuters upplevelser av behandling när trauma är en komponent?*

*Vad är verksamt och icke-verksamt i behandlingen?*

*Vilka likheter och skillnader finns mellan kbt- och pdt-terapeuter?*

## Teori

### Definition av trauma

Det psykologiska traumat är ett begrepp som intar en central plats inom psykologins vetenskapsfält. Enligt Keane och Weathers (2008), finns det dock ingen enhetlig definition att luta sig mot som förklarar dess innebörd, utan konceptet har blivit föremål för en debatt där många olika röster gör sig hörda. Keane och Weathers (2008) ger en bild av ett koncept som dessutom på varierande sätt är i bruk för att beskriva många olika aspekter av svåra livshändelser, inom teoretiskt skilda områden. Begreppet används för att dels beskriva individens subjektiva upplevelser av trauma och dels för att objektivt beskriva den traumatiska händelsen, som här både kan inbegripa eller utesluta en fysisk skada. Traumabegreppet används också för att beskriva de omedelbara eller de kroniska reaktionerna på ett trauma hos en individ (Keane & Weathers, 2008).

Ett av många sätt att se på trauma är från ett dynamiskt perspektiv. Killingmo och Gullestad (2011) beskriver det traumatiska tillståndet som ett centralt begrepp som syftar till ett tillstånd hos ett mycket litet barn som utsätts för stimuli som det inte kan hantera. Spänningen blir för hög, ångesten ordlös, Killingmo och Gullestad (2011) beskriver:

Det är ett tillstånd av total hjälplöshet och utgör ångestens kärna. Ångest utgör det sammanbindande begreppet i psykoanalysens syn på psykopatologi. Begrepp som konflikt, brist, deprivation, och trauma hänförs sig alla i sista hand till ångest. Ångest är den centrala dynamiska faktorn.

(s. 47-48)

Killingmo och Gullestad (2011) pekar också ut en skillnad i hur traumabegreppet förstås. De menar att det finns en olikhet mellan psykoanalysens syn på trauma och hur många traumaforskare av idag ser på begreppet, där det istället fokuseras på den yttre händelsen, en händelse som individen inte har förmåga att hantera och där psykets förmåga att integrera det inträffade blir överbelastat och inte kan fungera för att bearbeta det svåra. ”Den psykoanalytiska traditionen däremot, har alltid betonat att traumat uppstår som ett samspel mellan inre och yttre faktorer ” beskriver Killingmo och Gullestad (2011, s. 27).

Kåver (2006) ger ytterligare ett sätt att förstå trauma, från ett kbt-perspektiv. Hon berättar att Pavlovs forskning med hundar som saliverade vid ljudet av en ringsignal, som de associerat med att få mat, också kunde förklara upplevandet av olika rädslor, ångest och



fobier, som varande minnen av tidigare obehagliga upplevelser. Exempelvis gav teorin kring betingning en förklaring till hur tillstånd baserade på rädsla uppkom och även sedan kunde släckas ut, via att nya associationer skapas hos människan.

Inom neuropsykologin hittas ytterligare ett sätt att fylla traumabegreppet med innebörd. Le Doux (1999) beskriver det minnesystem där amygdala är centralt och som får oss att minnas ordlöst. Via amygdala minns vi genom att vi känner rädsla, oro eller ångest. Systemet är evolutionärt med syftet att få individen att undvika tidigare farliga situationer via att obehagskänslor aktiveras. Le Doux (1999) nämner att processen också kan beskrivas inom ramen för begreppet klassisk betingning. Le Doux (1999) förklarar olika typer av traumasymptom genom att teckna en bild av att vårt evolutionära varningssystem kan löpa amok. Mediala prefrontala cortex, som kontrollerar omgivningen och signalerar om verklig fara föreligger eller ej, har ibland inte kraft nog att stoppa ångest-, oro- eller rädslosignaler som utlöses av olika stimuli. Drabbade riskerar att komma in i onda cirklar av återupplevande av känslominnen, triggade av olika stimuli som påminner om traumat, även när ingen fara finns (Le Doux 1999).

Keane & Weathers (2008) betonar vikten av att vara medveten om att traumakonceptet används olika, beroende på vem som brukar det men också beroende på i vilket sammanhang det används. Om innebörden inte finns angiven, kan man inte vara trygg med att enbart luta sig mot sina egna föreställningar. Författarna hänvisar till definitionen av trauma som ges i DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) när det gäller PTSD, Kriterium A, men betonar dock att definitionen i DSM kritiserats för att vara alltför vid. Keane och Weathers (2008), pekar på att DSM-definitionen inte bör ses som heltäckande, utan snarare som innehållande användbara riktmärken när en skiljelinje mellan traumatiska händelser och andra svåra livshändelser, ska dras. Författarna efterlyser ett förtydligande av definitionen av trauma inom psykologin och en större samsyn kring begreppet. Definitionen av trauma, Kriterium A enligt Mini-D IV-TR, är:

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden: (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet. (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.

**Obs:** Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

(s. 160)

## Trauma och psykodynamisk terapi för vuxna

Sigmund Freuds arbete blev startskottet för den dynamiska teorins födelse.

Skolbildningen har idag, mer än hundra år senare, utvecklats till ett träd med många olika teoretiska förgreningar (McWilliams, 2005). Ett av Freuds bidrag var att han lade en första grund för dynamikens förståelse av psykiska symptoms uppkomst. Psykodynamiken förklarar vårt psykes fungerande med att det är resultatet av flera olika samspelande faktorer. Individens grundläggande medfödda temperament, omgivningen och individens unika psykologi samspelar och skapar våra mentala processer och påverkar den riktning de tar (Kudler, 2008).

Enligt Freud skapas patologiska psykiska symptom när psyket på olika vis försvarar sig mot traumatiska minnen (Kudler, 2008). McWilliams (2005) beskriver våra försvar som ett nödvändigt sätt för individen att skydda självet från upplevda hot, vilket sker via olika mentala operationer. Försvaren kan hjälpa oss att hantera svårburna känslor men blir patologiska om de skadar förmågan till adaptivt fungerandet. Försvaren kan ibland också vara otillräckligt utvecklade för att kunna skydda individen mot psykisk smärta (McWilliams, 2005). I dynamisk psykoterapi är en av terapeutens uppgifter att hjälpa patienten att lägga märke till sina försvar och få en insikt i vad det är som triggat försvaren.

Tidigare traumatiska upplevelser som senare opererar som minnen på en mer eller mindre omedveten nivå kan utlösa försvar mot rädslan, samma sak gäller för bortträngda önskningsstrider som kanske strider mot ens egen uppfattning om rätt och fel (Kudler, Krupnick, Blank, Herman & Horowitz, in press, refererat i Kudler, 2008). Terapeuten ska öppna ett utrymme för patienten att begrunda alla sidor i sina inre konflikter, vilket görs genom att terapeuten förhåller sig neutral till de olika sidorna. Terapeutens tolkningar ökar patientens förståelse för sig själv, vilket hjälper till att skapa ökad jämvikt i psykets fungerande. Den terapeutiska processen är komplicerad och möter inte sällan motstånd hos patienten, då smärtsamma traumatiska hågkomster aktiveras (Kudler, 2008):

In a psychodynamic framework, the therapeutic process is complex because the same unconscious defensive process that pushes for repression of memories and their associated thoughts and feelings within the patient also acts as resistance against the treatment. Among the most important form of resistance is transference.

(s. 528)

Killingmo och Gullestad (2011) beskriver hur överföringen, mer eller mindre omedvetna föreställningar från svåra upplevelser i det förflutna som förs över till nya

relationer, blivit ett centralt begrepp inom dagens dynamiska terapi. När överföringen aktiveras färgar den patientens upplevelse av terapeuten. Det förflutna kastar en skugga över nuet och kan därmed samtidigt bearbetas i terapin. Överföringen innebär att patienten kommer att lägga in tidigare svåra upplevelser i sin upplevelse av terapeuten (Killingmo & Gullestad, 2011). Via överföringsprojektion blir den smärtsamma konflikten i det omedvetna bortträngda materialet synligt och kan bearbetas istället för att en återupprepning sker via att verkligheten förvrängs.

När tankar och emotioner väcks direkt i samspelet mellan terapeut och klient och tolkas av terapeuten, gör detta det lättare för patienten att se sina egna responser och särskilja vad som är eget inre material och vad som kommer från relationen med terapeuten. Från terapeutens sida krävs förmåga till förståelse och inkännande för att göra det möjligt för patienten att se igenom sina egna föreställningar och förstå att man sitter fast i tidigare svåra minnen. Förståelsen och acceptansen ökar ju mer patienten på detta sätt lär känna sidor av sig själv, vilket ökar motivationen för förändring (Kudler, 2008). Killingmo och Gullestad (2011) berättar att terapeuten som behandlar patienten behåller synen på barnet i den vuxne då psykets tidigaste lager aldrig försvinner utan existerar under de vuxna strukturerna. Det är dessa som påverkas vid psykopatologi, via att de ursprungliga psykiska lagren och de fantasier som är hörande till dem, bryter fram.

Bland de dynamiska terapier som återfinns idag finns psykoanalys, långtidspsykodynamisk terapi, korttidspsykodynamisk terapi, interpersonell terapi och stödande terapi med flera. Centralt för samtliga är att de ser symptom som resultat av inre konflikter som den drabbade lever mer eller mindre omedveten om. En växt i förståelse för den man är, såväl som en ökad acceptans är målet med arbetet, ett arbete som förutsätter en god arbetsallians mellan klient och terapeut (Kudler, 2008).

Psykodynamiska terapeuter som arbetar efter dynamiska principer ser personlighetens försvar som en central faktor för att förstå det traumatiska upplevandet och de symptom som uppkommer hos en människa (Psychodynamic Diagnostic Manual [PDM] 2006; McWilliams 2005). Dynamikerns förståelse av psykiska problem skiljer sig därmed från psykiatrins diagnossystem som är baserat på kluster skapade av symptombilder (PDM, 2006). Kudler (2008) ger följande bild av den dynamiska förståelsen av trauma:

In psychodynamic psychotherapy, the meaning of a traumatic event is progressively understood within the context of the survivor's unique history, constitution, and aspirations. This process requires courage, patience, ability to trust, and ability to reflect on one's own experience. It is best approached in a therapeutic relationship that emphasizes safety and

honesty. From a psychodynamic perspective, traumatic stress symptoms are not a sign of pathology but rather an effort to cope. Psychodynamic psychotherapy with survivors of psychological trauma is an effort to re-engage normal adaptive processes so that more effective, less painful solutions can be found and a new, more satisfying equilibrium can be achieved.

(s. 530)

### **Trauma och kognitiv beteendeterapi för vuxna**

Kognitiv beteendeterapi är en sammanslagning av två terapeutiska skolor.

Beteendeterapi är sprungen ur den experimentella psykologins landvinningar inom grenen inlärningspsykologi och började utvecklas under 1950 och 1960-talet av bland andra Lazarus och Skinner (Kåver, 2006). Under 1970-talet växte den kognitiva terapin fram, med Aaron T. Beck som grundare. Under 1980-talet skapades den kognitiva beteendeterapi genom att terapimetoderna slogs samman (Kåver, 2006). En bärande tanke inom kognitiv beteendeterapi är att en symptomlättnad efter en traumatisk upplevelse kan uppnås om den drabbade kan förmås att gradvis närmar sig sina traumatiska minnen och de tankar och svåra emotioner som följer av dessa för att bearbeta dem. Dessa tankegångar inom kognitiv beteendeterapi hittas ursprungligen i tidig analytisk teori och finns även kvar i nutida sådan. Kognitiv beteendeterapi adresserar det tänkande och de beteenden som traumaupplevelser skapat, där patienten upplever sig svag och oförmögen att klara olika situationer, då fara och hot tolkas in i harmlösa situationer eller händelser. Dessa övertygelser är ihopvävda med negativa känslor som rädsla, oro och ångest (Hembre & Marinchak, 2008). Undvikande är ett centralt begrepp inom kognitiv beteendeterapi. Under behandlingen letar man efter undvikanden som är orsakade av traumaupplevelser, där målet är att hjälpa patienten att förändra beteenden som skapas av traumasymptom och leder till att patienten skyr olika situationer som kan trigga traumaupplevandet. Traumasymptom kan vara svåra känslor och tankar som triggas av stimuli som påminner om de svåra händelser patienten upplevt. Dessa stimuli som undviks för att de väcker svåra känslor, kan vara personer, miljöer eller aktiviteter som bär likheter med det man upplevt tidigare. Även hågkomsten av själva den traumatiska händelsen, som kan utlösas av tankar eller av diskussioner kring det svåra, kan vara något som patienten försöker undvika. Via terapin kan undvikandet som beskär tillvaron för den drabbade minskas eller arbetas bort (Hembre & Marinchak, 2008; Kåver, 2006). Själva undvikandet kan i längden försvåra patientens mående eftersom livsutrymmet minskar och den traumatiska händelsen inte får sällskap av nya händelser som kan kontrastera det svåra som skett. Patienten får heller inte

möjlighet att se att den ångest som väcks är hanterbar och faktiskt minskar. Beteendet drivs av den omedelbara lättnad det leder till för patienten, som därmed slipper uthärda svåra känslor (Hembre & Marinchak, 2008). I kognitiv beteendeterapi finns flera arbetssätt som är vanligt förekommande vid traumabearbetning. Via exponeringsterapi kan kognitioner som är sprungna ur traumaupplevande bearbetas och ångest som är knutet till traumat minskar (Hembre & Marinchak, 2008). Detta sker bland annat via habituerings- och utsläckningseffekter. Patienten blir van vid situationen och ångesten minskar därmed. Patienten upptäcker även att de obehagliga händelser man förväntat sig ska ske, uteblir (Kåver, 2006). Exponering via beteendeexperiment innebär att patienten planerat och i samråd med terapeuten möter traumaminnen eller situationer eller platser som är kopplade till traumat. Interventionen syftar till att reducera orealistisk ångest. Under ett beteendeexperiment kommer också inre tankemodeller som är knutna till traumasjukdomen att förändras och bli mer verklighetsanpassade när patientens orostankar inte besannas. Ett beteendeexperiment kan göras via imaginär exponering som innebär att patienten samtidigt som denne vet att händelsen inte äger rum, återupplever den i sin fantasi. Exponering kan också ske in vivo, där patienten i samråd med sin terapeut har planerat, förberett och valt ut ångestväckande situationer utanför terapirummet, som patienten utsätter sig för. En lyckad in vivo-exponering innebär att patienten stannar kvar i situationen tills ångesten habitueras, avtar. Metoden kan ge stora möjligheter till lärande. Inom kognitiv beteendeterapi är det också vanligt att informera patienten om vad som upprätthåller traumasjukdomen och hur exponeringsbehandlingen kan lindra och det är också vanligt att förlänga terapisessioner exempelvis när exponering sker (Hembre & Marinchak, 2008). En rad olika sätt att arbeta med traumasymptom finns idag. Patienten kan få lära sig olika tekniker för tillämpad avslappning, för att lättare kunna hantera uppkommen ångest, exempelvis träning i att kontrollera andningen eller träning i att lära sig olika former av avslappning av muskulaturen (Kåver, 2006). I terapin kan också olika situationer övas via rollspel mellan terapeut och patient där patienten exempelvis kan öva sig i att hävda sig. Via uppgifter som patienten ska utföra under tiden mellan sessionerna, hemuppgifter, kan denna bland annat också lära sig att använda sig av olika copingstrategier i verkliga livet (Hembre & Merinchak, 2008). När terapeuten arbetar med tonvikten på kognitiv terapi är syftet att tillsammans med patienten utforska och bearbeta hur olika situationer upplevs och tolkas av patienten och vilka emotioner och andra responser den traumafärgade tolkningen leder till i patientens liv.

Ett moment i terapin är psykoedukationen där patienten lär sig vad som upprätthåller traumasymptomen och lär sig observera och hitta traumatrigger som leder till obehagliga emotioner och undvikanden. Nästa steg blir sedan att utmana dessa (Hembre & Marinchak, 2008). Inom kognitiv beteendeterapi finns det många sätt för patient och terapeut att arbeta för att närma sig traumasymptomen. Hembre och Marinchak (2008) tar även upp CPT, Cognitive processing therapy och EMDR-terapi som står för Eye movement desensitization and reprocessing. CPT handlar om att patienten skriver om sina upplevelser, läser det som skrivits och försöker utröna hur upplevelserna har påverkat dennes liv på olika plan. Övningen innebär även en exponering för traumatrigger och känslor, som sedan kan bearbetas vidare i terapin (Nishith, Resick & Griffin, 2002). EMDR-terapi innebär att terapeuten ber patienten utföra ögonrörelser från sida till sida genom att följa terapeutens finger samtidigt som minnesexponering äger rum. Tekniken tros stimulera hjärnan bilateralt och underlätta bearbetningen av traumaminnen (Shapiro, 2002).

### **Trauma och psykoterapi från ett neuropsykologiskt perspektiv för vuxna**

Psykoterapi, menar Le Doux (1999), är oavsett inriktning ett sätt att skapa kontakter, från kontrollsystemet i mediala prefrontala cortex till amygdala. Le Doux (1999) föreställer sig att beteendearbetade tekniker skapar synapser, från frontalloben till amygdala, via implicit lärande under exponering, medan dynamisk terapi med fokus på medveten insikt tar vägen via hjärnans explicita minnessystem i temporalloberna för att skapa synapser som skapar kortikal kontroll över amygdala. Då starkare kopplingar går från amygdala till cortex än tvärtom, kan det vara en förklaring till varför människan tenderas att styras av sina känslor, snarare än av sitt förnuft (Le Doux, 1999).

## Metod

### Metodval

Valet av kvalitativ forskningsmetod till denna uppsats grundar sig på valet av fenomen att studera. Att undersöka hur terapeuter från olika inriktningar ser på behandling innebär att röra sig i fält där delade gemensamma begrepp kring olika fenomen ofta saknas, vilket gör en kvalitativ utforskande ansats lämplig. Det går inte att i förväg i detalj precisera vad som eftersöks, snarare är syftet att försöka nå en utökad förståelse för det fenomen som undersöks. Med en kvalitativ ansats ges möjlighet att få tillgång till den enskilde terapeutens personliga berättelser på ett mera djupgående sätt, så att en vidare förståelse av dennes upplevelser kan nås (Camic, Rhodes & Yardley, 2004). Den semistrukturerade intervjun gör att ämnet avgränsas via intervjuformens frågor, samtidigt som öppna frågeställningar och följdfrågor syftar till att låta de som intervjuas utveckla sina resonemang, snarare än att avvika från dem (Willig, 2009). Förhoppningen är att samtalen med de åtta terapeuter som ingår i studien har gett dem en möjlighet att hitta sin egen väg i berättelsen. Vid användandet av specifika mer riktade frågor i undersökningen är syftet att få deltagarna att utveckla sina upplevelser kring de fenomen som tagits upp (Willig, 2009). När tidigare forskning inom området undersökts, via litteratursökningar och via artikelsökningar, har det inte gått att hitta liknande studier som med kvalitativ metod undersöker klinikers upplevelser. Även ur detta perspektiv, då ett fält är utforskat, är kvalitativ metod lämplig (Camic et al. 2004). Valet att arbeta med en fenomenologisk ansats grundar sig i en önskan att i arbetet kunna närma sig den kliniska verkligheten såsom yrkesverksamma terapeuter själva uppfattar den. Edmund Husserl lade vid 1900-talets början grunden till den fenomenologiska ansatsen, vars mål är att vara ett tankeverktyg för att undersöka hur världen upplevs av individen. Fenomenologin ser inte en värld av objekt eller subjekt som är fristående och åtskilda från människors upplevelser. Människan är i stället den som skapar mening och är då beroende av det sammanhang hon lever i (Willig, 2009). Medvetandet förstås som ständigt riktat mot något, ständigt upplevande och ständigt skapande av de fenomen som det också tolkar. Medvetandet har med andra ord alltid en intentionalitet och är en aldrig vilande aktör. Inom fenomenologin är medvetandets subjektiva upplevelse av världen, qualia, därför det centrala objektet att försöka närma sig, förstå och studera (Bem & De Jong, 2008; Willig, 2009). Världen och den som upplever den blir i vårt medvetande ett. Hur ett perceptuellt fenomen ter sig är ständigt och alltid beroende av från vilken vinkel vi uppfattar saker och sammanhanget vi befinner oss i. Våra begär, vad vi önskar oss, vad vi vill uppnå, vilka känslor som rör sig inom oss, påverkar hur vi uppfattar

världen omkring oss och via dessa processer blir objekt till fenomen i våra sinnen. Det som en person uppfattar blir något helt annat i en annan betraktares ögon (Willig, 2009). Våra upplevelser är konstruerade och tolkade. Mening skapas av människan i hennes subjektivitet som är hennes livsvärld. Människan skapar sina upplevelser och relaterar sedan till sin skapelse (Christensen, 2004).

### **Arbetsgång**

Arbetet startade med inläsning kring kvalitativ metod och med diskussioner kring vilken intervju- och analysmetod som var bäst lämpad för undersökningen. Valet av IPA, interpretative phenomenological analysis, grundar sig i möjligheten att via metoden utforska hur terapeuterna förstår symptom, trauma och behandling. Metoden vilar på det fenomenologiska antagandet att ett fenomenets natur inte kan förstås eller beskrivas direkt, utan att det samtidigt utsätts för en subjektiv tolkning som också den i sin tur måste tolkas (Willig, 2009). Enligt Smith och Osborn (2004), lämpar sig IPA för en detaljerad studie av den mening som skapas av människan. Att fånga den subjektiva upplevelsen står i centrum av arbetet, inte att försöka fastslå objektiva data där teorier fastlagda i förväg testas. Tillgången till andra människors inre värld kompliceras av att vår egen förståelse är vårt enda verktyg för att nå insyn och vi kommer därför aldrig kunna få en direkt tillgång till det vi letar efter. IPA-metoden baserar sig därför på en tolkning i flera led (Smith & Osborn, 2004). De intervjuade terapeuterna försöker dela med sig av sin livsvärld under ramen för intervjun. Att göra detta inbegriper både att försöka förstå sig själv och att sedan försöka klä denna förståelse med ord, så precist detta är möjligt i varje given stund. Samtidigt försöker den som intervjuar förstå det som sägs, via tolkningar av det sagda, vilket inbegriper reflektion över de fenomen som skapas under detta tankearbete.

Efter valet av metod startade arbetet med att ta fram en intervjuguide att ha med sig som underlag under intervjuerna. Tre versioner av guiden har tagits fram i samråd med handledaren och den sista guiden provades ut under en provintervju, varpå de sista förändringarna gjordes. Under arbetet med att ta fram formuläret diskuterades vilken påverkan på intervjuerna och på det slutgiltiga resultatet frågorna kunde tänkas ha. Eftersom arbetet bygger på semistrukturerad intervju, styr frågorna en del av det som kommer upp under intervjuerna. Detta i sin tur balanseras av användandet av många öppna frågor som ger de intervjuade möjlighet att själva skapa sin berättelse inom givna ramar. Metoden är även



öppen för att mer specifika frågor, som öppnar upp för deltagarna att utveckla sina synsätt kring vissa valda ämnen kan användas, vilket också görs i detta arbete (Willig, 2009). Då arbetet med att sammanställa intervjuguiden blev klart kontaktades olika terapeuter. Valet av intervjupersoner utgår också ifrån syftet med undersökningen. Att ha arbetat länge kliniskt i yrket och därmed ha fått med sig mångårig kunskap av psykoterapiarbete var ett kriterium som terapeuterna som kontaktades uppfyllde. Erfarna terapeuter har haft möjlighet att möta många patienter och har därmed fått möjlighet att samla på sig en bred bank av kunskaper. Då kbt- och pdt-terapeuter tillhör de två dominerande inriktningarna i Sverige idag och delar upplevelsen att arbeta i samtalsterapier med människor som lider av tidigare traumatiska upplevelser, valdes terapeuter från dessa olika inriktningar ut. Fyra kbt- terapeuter och fyra terapeuter ur det dynamiska fältet, här representerade av två psykoanalytiker och två psykodynamiker, har intervjuats. Syftet är att få en bred bild av den kliniska verklighet som terapeuter upplever att de möter. Att få en så jämn uppdelning mellan manliga och kvinnliga terapeuter som möjligt har varit ett mål och i studien har tre kvinnliga och fem manliga terapeuter intervjuats. Via egna efterforskningar och via diskussioner med handledaren hittades ett antal terapeuter som mötte studiens kriterier. Terapeuterna kontaktades initialt via ett brev, där syftet med undersökningen presenterades kort. Terapeuterna informerades i brevet om att intervjuerna skulle ta cirka 90 minuter att genomföra (Bilaga 1) och därefter kontaktades terapeuterna efter cirka en vecka för att se om de var intresserade av att delta. Samtliga terapeuter har intervjuats på sina arbetsplatser i olika städer. Innan intervjuerna startade tillfrågades terapeuterna om inspelningen av intervjun, vilket samtliga gav sitt samtycke till. Bersoff (2008) poängterar vikten av att ge deltagarna i en studie möjligheter till informerat samtycke inför sitt deltagande och detta har under arbetet varit ett mål att i möjligaste mån försöka uppnå. Arbetet med att intervjua och med att söka terapeuter att intervjua pågick i inledningsskedet parallellt. Samtliga intervjuer är inspelade med mp3-spelare. Under intervjuerna ställdes inte alla frågor i intervjuguiden till alla terapeuter. Detta berodde på att vissa intervjuer var kortare, eller på att de intervjuade ibland uppehöll sig längre vid vissa ämnen, eller tog upp de ämnen vi tänkt fråga om spontant. Vi har valt att förhålla oss ganska fritt till vår intervjuguide för att ge utrymme till de intervjuades berättelser. Vi har båda deltagit vid samtliga intervjutillfällen för att skapa en likartad dynamik under mötet med terapeuterna.

## **Analys och presentation**

Arbetet med att intervjua nya terapeuter och att transkribera tidigare inspelningar pågick parallellt. Arbetet med att transkribera har delats upp mellan oss, vi transkriberade fyra intervjuer var. Därefter läste vi varandras transkriberingar och lyssnade på inspelningarna innan analysen av materialet startade enligt IPA. Då tolkningen kommer att påverkas av den egna förförståelsen och då interaktionen mellan de som kommunicerar påverkar den information som ges och hur den tas emot (Willig, 2009) krävde arbetet med att analysera intervjumaterialet många timmars genomläsning, reflektion och diskussion för att hitta fram till en gemensam tolkning och förståelse av det sagda. Efter att intervjuerna transkriberades genomfördes genomläsning av transkriberingarna två gånger. Vi gick igenom texterna var för sig för att hitta teman i var och en av berättelserna, vilka skrevs ner. Under detta skede av arbetet diskuterade vi olika begrepp som terapeuterna använde som var specifika för deras teoretiska inriktning, för att tillsammans nå en gemensam tolkning av det sagda. Vi diskuterade även de teman vi tyckte oss ha funnit och hur vi skulle tolka delar av intervjuerna. Efter ytterligare genomläsning av transkriberingarna hittades nya aspekter på det sagda, som även de antecknades. Vi sammanställde samtliga teman på ett större papper där vi kunde se ytterligare mönster och övergripande teman framträda. Diskussionen av vår förståelse av intervjumaterialet pågick fortlöpande under arbetets gång. I slutfasen gick vi igenom samtliga teman för att diskutera vilka som gick in i varandra och borde slås ihop. I enlighet med den metod vi valt har arbetet med våra forskningsfrågor till uppsatsen tagit allt tydligare form efterhand som uppsatsarbetet har fortgått. Designen är ”emergent”, vilket innebär att förståelsen för materialet och vad det berättar växer fram under arbetets gång (Camic et al. 2004). Först efter att vi undersökt vilka teman som framkommit i undersökningen har de slutgiltiga forskningsfrågorna, hypoteserna, till uppsatsen formulerats. När vi har använt oss av citat från terapeuterna i uppsatsen har vi valt att arbeta om citaten från talspråkets mer brokiga och oprecisa uttryck till skriftspråkets mer precisa formuleringar. Syftet är att underlätta för läsaren. Omskrivningarna är gjorda med målet att inte avvika för mycket från terapeuternas egna formuleringar, snarare har vi försökt att med så små förändringar som möjligt förenkla terapeuternas egna uttryck.

## **Etik**

Under det initiala arbetet med uppsatsen beslöt vi att utgå från att alla deltagare i studien skulle vara anonyma. Detta på grund av flera skäl. Genom att utlova anonymitet

hoppas vi att terapeuterna har kunnat vara mera öppna med sina berättelser. Vi tänkte oss också att det skulle bli enklare att få terapeuter att vilja delta i vår undersökning. I vårt arbete presenteras terapeuterna under fingerade namn och vi har valt att introducera dem för läsaren med mycket knapphändig information, just för att kunna säkerställa anonymitet. Att terapeuterna är verksamma i södra Sverige och att vi intervjuat dem i flera olika städer gör dem också svårare att identifiera.

### **Deltagare**

Samtliga åtta psykoterapeuter som intervjuats är även psykologer och har över 20 års erfarenhet inom yrket. Samtliga utom en av terapeuterna arbetar i privat regi, en arbetar i offentlig verksamhet.

### **Förförståelse**

Vi är båda kvinnor 38 respektive 39 år gamla och studerande på termin tio på psykologprogrammet. Därmed är vi båda utbildade på grundnivå kring terapeutisk behandling både vad gäller kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. Vad som också påverkat oss var att vi inför arbetet med att sammanställa intervjuguiden, valde att söka efter litteratur kring behandling och trauma och läste artiklar i ämnet, för att kunna orientera oss vidare i uppsatsarbetet.

### **Validitet**

Vi har försökt att redovisa de aspekter av förförståelse vi haft under arbetet med studien. De kunskaper men även de luckor i kunskapen som vi haft med oss in i intervjusituationen har påverkat vilka följdfrågor vi valt att ställa eller inte ställa. Av detta följer att även vårt arbete med att plocka ut teman i intervjumaterialet påverkats. Vår metod för att analysera vårt material, IPA, är öppen för egen tolkning (Willig, 2009). När vi har arbetat med materialet har vi fått röra oss mellan två ofta mycket skilda begreppsvärldar, den psykoanalytiska/ psykodynamiska och den kognitiva/beteendevetenskapliga och försökt göra synteser av det som sagts under intervjuerna. Vi har arbetat med semistrukturerade intervjuer och haft med oss en intervjuguide (bilaga 2) då vi hoppats att det bäst skulle ge en ram att prata kring. Vi har strävat efter att förhålla oss fritt till guiden och ställa öppna följdfrågor.

Vad som ytterligare kan ha påverkat resultatet var att samtliga intervjuer inte var lika långa. En intervju varade i 45 minuter, en i 60 minuter, en i nästan två timmar och resterande fem intervjuer var cirka 90 minuter långa. Därmed kunde inte alla intervjuade besvara alla frågor och under vissa intervjuer ställdes inte alla frågor för att de intervjuade redan plockat upp det område vi önskat veta mer om. Självfallet kan detta ha påverkat resultatet och vilka teman vi hittat. Vi har bara vid ett enstaka tillfälle kunnat möta terapeuterna och de har inte givits möjlighet att kommentera de tolkningar vi har gjort i resultatsdelen för att korrigera eventuella missförstånd. Detta då det inte rymts inom den tidsbegränsning som arbetet lytt under.

Inspelningen av intervjuerna kan ha påverkat intervjuprocessen. Vi har i efterhand reflekterat över att vi redan när vi skickade ut våra brev till terapeuterna borde ha tagit upp att intervjuerna skulle spelas in. Detta då det kan vara svårt för de tillfrågade att tacka nej direkt innan intervjun ska börja (Bersoff, 2008). Intervjuerna har ibland tenderat att hamna utanför ramen för denna undersökning. Samtalen tenderade exempelvis att ibland att handla om akut traumabearbetning. Vi har funderat kring att vi ibland borde varit mer vaksamma på dessa processer under intervjuerna.

## Resultat

Efter analys av intervjumaterialet har vi samlat de teman som framkommit under fyra rubriker: *Trauma och dess orsaker*, *Holistiskt eller partikularistiskt perspektiv*, *Behandling* samt *Verksamt/Icke - verksamt*. Vi beskriver dessa olika teman, som anges kursivt nedan, med de olika underteman som byggt upp dem och illustrerar sedan med citat från de olika terapeuterna.

### Trauma och dess orsaker

**Grundsyn på trauma.** När det gäller terapeuternas syn på trauma, har vi hittat underteman kring hur de definierar fenomenet. Samtliga terapeuter diskuterar trauma som en enstaka chockartad händelse, exempelvis en olycka, överfall, krigsupplevelser eller en naturkatastrof, och ofta nämns att fara för eget eller annans liv föreligger. Direkt eller indirekt tar också samtliga terapeuter upp långvariga missförhållanden, som kan påverka individen djupgående. Återkommande i berättelserna är att ett trauma är något som bara kan bestämmas av individen som upplever det. I intervjumaterialet lägger majoriteten av pdt- terapeuterna mycket stor vikt vid tidiga relationella traumor, så kallade kumulativa traumor, som har en central roll i deras berättelser. Majoriteten av kbt-terapeuternas berättelser handlar om enstaka traumatiserande händelser eller traumatiserande omständigheter som varat en längre tid, dock inte med uttalat fokus på tidig barndom.

Psykoanalytikern Bengt berättar såhär om sin syn på trauma och hur ett trauma uppkommer:

”Det finns väl ingen människa som inte är traumatiserad på något vis. Alla patienter jag jobbar med har trauma bakom sig. Och sedan finns det ju människor som har de här imponerande traumana naturligtvis, när något jättehemskt har hänt (...) Men de flesta eller de värsta traumana för mig, det är de här ackumulerade traumana. Som i och för sig inte är så iögonfallande för människor utanför, men som är traumatiserande för individen. Trauma för mig är ju att vi möter en känslomässig upplevelse som är oss övermäktig. Alltså det är en potentiell affektiv upplevelse som är så stark att den hotar att övermanna oss och antingen att man känner att jag inte har resurserna i mig själv... eller jag har inte någon

nära mig som kan hjälpa mig att hantera det. Då blir psyket överbelastat. Då är det trauma för mig.”

Dynamikern Olle berättar att han ser på trauma som en väsentlig del av innehållet i psykoterapi och att det exempelvis kan handla om en avgränsad enstaka händelse:

”Psykoterapi handlar ju mycket om trauma. Sorg och trauma. Alltså man kan nästan säga att det är kärnan i det hela (...) sedan är det ju specifikt, man får förfrågningar. Någon har råkat ut för något, ett rån, eller mist någon och då tänker man mer i former av förlust. Så adekvat reaktion på onormala händelser.”

Dynamikern Sven menar att vad som är ett trauma bestäms av den som upplever det. Det som blir ett trauma för en person behöver inte alls upplevas som ett trauma av en annan. Kbt-terapeuten Cecilia betonar också den subjektiva upplevelsen av trauma och vad individen har med sig i bagaget innan en traumatisk händelse. Hon säger att det finns två olika sorters trauman som kan urskiljas och som potentiellt kan få olika följdverkningar:

”Jag tycker det är rätt så individuellt utifrån den personen man sitter framför. Det som är trauma för en person behöver inte vara trauma för någon annan. Så det handlar lite grann om vad den personen har med sig innan det händer något. Sedan kan jag väl tycka att det finns två olika typer av trauman. Det finns trauman som är en enstaka händelse eller kan det vara något som upprepas under många år. Det kan jag tycka är värt att titta på. Enstaka händelser kan ju orsaka ptsd - symptom och då kan man få jobba med det. Men om det däremot är något som upprepats under en längre tid, typ alltså ett övergrepp (...) då är det ju något som blir livsavgörande. Det blir någonstans en erfarenhet som blir en del av personens förväntningar på att såhär kan det gå till.”

Kbt-terapeuten Robert berättar att det egentligen kan finnas traumatiska omständigheter kring alla problem man utvecklar och sen söker hjälp för. Detta är något man

bör vara uppmärksam på under sitt arbete som terapeut, genom att undersöka när besvären debuterade och under vilka omständigheter, Robert resonerar:

”För mig är ju trauma allvarliga livshändelser. Alltså krigsupplevelser egentligen och det är väl där begreppet tillämpas i första hand. Alltså traumatiska upplevelser med hemskheter. Och jag brukar säga att den som drabbas av trauma är ju inget speciellt sjuk egentligen, utan det är ju en försvarsstrategi att reagera som traumatiserade gör i syfte att skydda sig på något sätt. Det finns ju en funktionalitet i det... Det är ett tillstånd som kan betraktas i bemärkelsen sjukligt i det att man behöver hjälp...”

Kbt-terapeuten Daniel berättar om traumat som påfrestningar eller speciella händelser, en eller flera, som påverkar människor på ett belastande sätt. Han tar också upp att rentav subtila händelser kan ha en kumulativ effekt och en stark påverkan på en människa, ibland starkare än de enstaka händelserna. Han nämner invaliderande förhållningssätt hos föräldrar och hur det kan få följdverkningar på olika sätt. Han säger:

”Trauman kan se väldigt olika ut. Det måste inte vara en stor kraftfull händelse, utan kan vara ett mer eller mindre kontinuerligt flöde utav att inte få sina behov tillgodosedda eller att få behoven tillbakavisade. (...) Det här som man kallar neglekt, alltså försummade barn, föräldrar som inte ser barnet och barnets behov, kan ge såna skador att man kan se det på olika neuropsykologiska parametrar. Det visar exempelvis på en begränsning av problemlösningsförmågan, som ju är en central funktion... eller coping. Att hantera saker som händer.”

**Tecken på trauma.** Bland de tecken på trauma i rummet som terapeuterna berättar om i kontakten med patienter är det somatiska tecken och tillitsbrist som är återkommande i majoriteten av terapeuternas berättelser, oavsett inriktning. Terapeuterna berättar om symptom i kroppen, somatiska uttryck, såsom exempelvis magont, allergi, huvudvärk, sömnsvårigheter, svårigheter att sitta still, samt olika kroppsrörelser. Terapeuternas berättelser återkommer också till tillitsbrist till terapeuten, livet eller framtiden. Någon nämner dissociation, där patienten i rummet måste göra något annat, t ex stampa med fötterna i golvet

när det blir för jobbigt eller slå på väggarna. En annan nämner olika former av minnesbortfall i berättelsen eller olika typer av förvrängningar. Några av de ord terapeuterna använder är depressiv framtoning, modfälld, desillusionerad, undvikande, tveksamhet i berättandet, att saker utelämnas, misstänksamhet, rädsla, eller ångest.

Dynamikern Olle berättar om upplevelser i rummet hos patienterna, då känslor som väcks blir för svåra:

”Här är någon tillitsbrist som du märker av i rummet. Det blir motstånd och att man håller fast vid sin version. Att man avviker från ämnet, att ångesten stiger, att försvaren stiger. Man kan säga att, alltså jag har det i bakhuvudet hela tiden även om jag kanske inte själv tänker ordet trauma, men alltså grundmodellen är att någonting är för jobbigt. Någonting är en känsla. Någon dold känsla eller affekt är antingen otillåten eller traumatisk så man kan inte tillåta den. Man kan inte vara i det igen. Utan man har lagt på så mycket lager tolkningar och versioner av det där, så man har fjärmat sig från det där. Paketerat in det hela.”

Han berättar också om tecken på trauma med utgångspunkt i mjukmuskulaturen samt verbala förvrängningar och intellektualiseringar:

”... huvudvärk, smärtor, ofta är det andningen eller tarmarna. Ofta kommer det upp att man känner sig orolig, märker det på andningen. Jag märkte att jag blev orolig när jag satt därute i väntrummet, orolig i magen. Vanligare är rörelser hur man sitter. Försvaren är ofta nödvändiga, försvaren är ofta i talet. Att man har sina versioner. Man beskriver, man talar om hur man förstår saker och ting. Man har en massa förklaringar. Man kommer in på berättelser och då får jag stoppa och säga: ja, men det där är tankar, men vad känner du. Och då blir det traumatiskt i rummet och då ökar försvaren i rummet och då får man hjälpa patienten att se. Är du här för att undvika att prata om det som det handlar om. Du är väl inte här för att du ska övertyga mig om det här...”

Psykoanalytikern Bengt berättar om trauma som ett upplevande som inte kan hanteras mentalt och som kroppen får ta hand om:



”Det kan väl te sig... det beror väl på hur gammal du är så att säga, det kan ju se väldigt olika ut. Poängen är väl att vi inte längre kan hantera den här känslomässiga upplevelsen med mentala mekanismer, utan vi är tvungna att hantera det på något annat sätt. Genom att agera, genom explosioner i kroppen på nåt sätt... Alltså folk kan ju få allergiska reaktioner, folk kan få magsår, ja hjärtinfarkter och hjärnblödningar (...) Det som händer när vi inte kan hantera de känslomässiga upplevelserna mentalt, eller de potentiellt känslomässiga upplevelserna som vi inte kan hantera, de måste ut. En del människor kanske skriker eller slåss eller springer eller gör någonting annat. Och en del människor reagerar i kroppen istället.”

Dynamikern Sven tänker sig att trauma kan drabba och få uttryck i en person nästan hur som helst beroende på läggning, disposition och bakgrund.

Kbt-terapeuten Daniel berättar att säkerhetsbeteenden och utelämnanden som inte går att koppla till de besvär som patienten sökt för, kan tyda på att det kan finnas svåra upplevelser som patienten bär med sig, som inte har kommit upp i samtalet. Andra tecken på trauma kan vara att han känner av en laddning i berättelsen eller en laddning mellan honom och patienten, eller starka reaktioner som inte ter sig stå i proportion till det som händer i rummet, utan ter sig vara drivna av något annat.

Kbt-terapeuten Cecilia hänvisar också till säkerhetsbeteenden och utelämnanden och berättar om flera sätt att reagera på som kan visa på att en person har svåra händelser med sig i livet:

”Om man tänker sig att det är något som har varat länge, kan det vara sättet personen förhåller sig till mig på. Sen finns det kanske någon hint om att det är någonting som inte har kommit fram som jag måste undersöka lite närmare. Det kan också vara någonting som hoppas över, någonting som inte berättas. Att det är någonting som fattas i historien som jag tänker att jag måste komma tillbaka till. Hur kommer det sig att du hoppade där helt plötsligt? Det är sånt som jag tänker på... Någon form av försiktighet i kontakten som kan uttalas rent verbalt, alltså försäkringar på ett eller annat sätt. Men det kan ju också vara sättet att

vara på helt enkelt. Sätter sig på blickkontakten och den typen av yttringar.”

**Orsaker till traumasymptom.** Flera likheter hittades i terapeuternas berättelser när det gäller orsaker till traumasymptom. Det yttre traumat såsom olyckan, katastrofen, eller det plötsliga våldsdådets inverkan, nämns av samtliga terapeuter som orsaker till traumasymptom. Den enskilde individens sårbarhet nämns som ytterligare en orsak av majoriteten av terapeuterna, antingen det går att utläsa direkt eller indirekt i deras berättelser. Nästan samtliga terapeuter nämner att oavsett skyddande faktorer man fått med sig i livet så kan alla drabbas av svåra följdverkningar efter sådana upplevelser. Här syns sammantaget en skillnad mellan pdt- och kbt-terapeuter. Där pdt-terapeuter till övervägande del i sitt berättande har fokus på personligheten och hur pass sårbar individen är, som avgörande för symptomutvecklingen vid svåra händelser, så lägger kbt-terapeuterna sammantaget istället mer fokus på det yttre traumats inverkan på individen i kombination med individens resurser. Terapeuterna använder här olika språkbruk. När pdt-terapeuterna pratar om jagstyrka eller försvarsstruktur är ord som inlärningshistoria, eller att man helt enkelt nämner att det spelar roll det som personen har med sig sedan tidigare, vanligt förekommande hos kbt-terapeuterna.

Psykoanalytikern Lena berättar om hur en sårbarhet kan uppkomma under den tidiga barndomen på grund av traumatiska upplevelser:

”Alltså kumulativa trauman det handlar ju om att vi går ett steg bort ifrån Winnicotts tanke good enough. Det vill säga att det går aldrig att fullständigt tillfredsställa ett spädbarns alla önskningar. Men vitsen är att det ska bli tillräckligt bra, alltså good enough, så att säga. Så kan man ju då fråga sig vad som händer när mamman eller pappan har specifika svårigheter i sin person och vad som händer med barnet. Synen på de kumulativa traumana är att det är något specifikt ställe där barnet inte blir mött och att detta följer med genom åren. Alltså ska vi ta ett exempel om föräldrarna. Vi säger mamma för enkelhetens skull. Om mamma har problem med upplevelsen att barnet är girigt vid bröstet, alltså om mamman lätt känner sig utsugen eller attackerad av barnet och på nåt sätt måste handskas och arbeta med det för att kanske kunna fortsätta att amma. Det tenderar ju då i förlängningen att bli en specifik sårbarhet just

kring barn och mat. Äter du nu tillräckligt, äter du inte för mycket nu och ska du verkligen inte ta en gång till. Alltså ni hör, det här är helt vanliga saker som föräldrar tjarar på sina barn om, men som ju faktiskt eftersom det läggs lager, på lager, på lager, blir ett trauma. Det vill säga det här blir ju väldigt lätt en person som kommer att reagera i svåra situationer både i den yttre världen och i de yttre relationerna, och i den inre världen och i de inre relationerna, med alltså någon form av ätstörning. Matproblem.”

Lena menar också att det finns ett inre trauma bakom ett yttre trauma, där det yttre traumat per automatik aktiverar omedvetna trauman som personen bär på. Hon beskriver hur kumulativa trauman påverkar när yttre trauman inträffar och vad som då händer med personligheten:

”... vi har en mamma som är väldigt rädd för eller har väldigt svårt med separationer. Känner sig akut övergiven. Så kan det exempelvis innebära att när barnet ska börja krypa och ge sig ut i världen och upptäcka den så kan hon antingen hindra det. Alltså hålla barnet alldeles för nära sig eller så överger hon barnet och skaffar en ny bebis, som ännu inte kan krypa. Och alla de här separationerna, alltså de kommer ju igen. När man ska börja på dagis. Man ska börja skolan. Man får sin första pojkvän och man ska flytta hemifrån. Och varenda gång så blir ju detta ett sammanbrott. Så det är kumulativt trauma. Vad som händer med personligheten alltså i en traumatisk situation det är att den går sönder. Den fragmenteras och man hamnar tillbaka på en mycket primitiv schizoparanoïd eller paranoïd schizoid nivå. Och det är inget konstigt alltså. Det händer folk som blir beskjutna eller när någon hastigt dör. Alltså alla de här yttre traumanas påverkan har exakt samma effekt på personligheten som de här inre traumana men problemet är bara att de här kumulativa inre traumana är så väldigt, väldigt, väldigt mycket svårare att se. De syns ju inte för en utomstående och det är väldigt svårt att tänka kring. Och det här finns ju alltid i varje form av behandling. Det finns ju alltid någon form av kumulativt trauma. Så det är ju inte så märkligt egentligen.”

Trots att majoriteten av pdt-terapeuterna i undersökningen poängterar individens möjligheter att hantera trauma beroende på vad denna har fått med sig ut i livet, som en faktor för om symptom ska uppkomma, menar de dock att ingen är helt skyddad. Senare under vårt samtal säger psykoanalytikern Lena:

”... om det sker en explosion här på gatan så kommer vi alla tre att lida av ptsd.”

Den övervägande delen av kbt-terapeuterna betonar att orsaken till traumasymptom dels handlar om svåra händelser och dels om individens inre resurser att klara av dem. Och vad personen har med sig för upplevelser innan det händer någonting. När det gäller orsaker och vad som kan spela roll för hanterandet av trauma säger kbt-terapeuten Catarina:

”... snarare inlärningshistorien då i så fall skulle jag tänka. Att man hemifrån fått lära sig, kom inte och gnäll typ... ja, eller alternativt kom och gnäll lilla vännen. Men oftast, om man pratar om det, då är det nog kom inte och gnäll. (...) Nog häftigt gör nog trauma för alla tror jag ... sedan beror det på då vad man har med sig för motvikt och jag tänker hur läkande ens omgivning är. Om man vågar berätta eller om man inte vågar, eller om man bär på det här själv i 25 år...”

Psykoanalytikern Bengt berättar under vårt samtal att allt kunskapande om världen är en affektiv relation till denna. När vi möter nånting som är frustrerande, en känslomässig upplevelse som man förväntar sig men som inte kommer. Till en början det lilla spädbarnet som kryper på mammans mage och förväntar sig att se in i mammans ögon, men om de inte finns där, blir en frustration som kan bli potentiellt traumatiserande beroende på hur den hanteras. Får man hjälp med att utveckla mentala mekanismer att hantera dessa frustrationer, så byggs ens kapacitet att hantera känslomässiga erfarenheter upp. Så att man kan reflektera och fundera över dem istället för att de måste ageras ut. Han resonerar att det är när vi blir frustrerade som vi måste börja tänka. Hade inte frustrationerna funnits där, så hade vi inte behövt vårt tänkande. Tänkandet är något vi utvecklar för att hantera det som är svårt. Bengt

menar vidare att orsaken till att en händelse blir till ett trauma, som blir traumatiskt i den bemärkelsen att det inte är lätt att komma vidare, är hur individens personlighet byggts, och att den bristande förmågan att hantera känslomässiga erfarenheter har återuppväckts. När det gäller orsaker till traumasymptom lägger Bengt under vårt samtal tonvikten på individens tidiga upplevelser och inneboende förutsättningar att hantera svåra livshändelser och att symptomen är korrigeringar:

”... alltså det är ju så att alla människor som kommer hit är ju traumatiserade. Man hade ju inte utvecklat symptom om det inte fanns någon form av traumatiska upplevelser. Symptomen är ju i princip ett försök att rätta till dem. Det är ju ett försök att skapa ordning och lite förutsägbarhet i världen när man inte kan hantera det. Alla symptom är ju i grunden, ja eller hur tragiska de än är, hur handikappande de än är så är de ju försök att hantera det som skett. Den stora delen av det som ligger bakom det mesta av det som skulle kunna bli psykiatriska diagnoser, det är det tidiga mötet och hur man förstår sig själv, och hur man utvecklat en förståelse av hur man kan hantera känslomässiga upplevelser. Det tror jag är själva basen och det börjar tidigt och det tror jag fortsätter livet igenom... Alltså de här spektakulära traumana, hur man reagerar på dem, beror mindre på traumat i sig och mer på vilken person man är innan...”

Kbt-terapeuten Robert resonerar kring att reaktioner på trauman har en evolutionär bakgrund. Individens drar sig tillbaka, eller reagerar på andra vis för att skydda sig. Robert menar att det inte är en speciell benägenhet att reagera för vissa personer, utan att det gäller oss alla. Samtidigt betonar han också det yttre traumats påverkan:

”Egentligen är det i grunden ett funktionellt sätt att fungera på när man inte kan påverka en situation och omständigheter i en situation. Man är ingen aktör utan man är ett offer i bemärkelsen av att man är bakbunden, inte kan göra något. Man kan inte påverka. Man blir utsatt för något och i den bemärkelsen så är det väl en försvarsstrategi, kan man väl säga

alltså. Men som ger konsekvenser och efterverkningar och påverkar livet i stort verkligen.”

Psykoanalytikern Bengt uttrycker i sin berättelse att vi föds med en viss genetisk uppsättning som samspelar med omgivningen. Han menar att det tidiga mötet barnet har med omvärlden är av stor vikt, och att de som haft det värst tidigt i livet får jobba allra mest efteråt, vilket han tycker är orättvist. Han berättar:

”... ni har ju säkert läst Bion så ni vet det där med att det börjar med vissa genetiska förutsättningar framförallt temperamentsfaktorer (...) Det finns en del ungar som klarar väldigt mycket frustrationer och det finns de som inte klarar nästan några. Sen är det beroende på omgivningen hur väl man kan matcha det här eller inte. Det är ju så orättvist att de som har haft det värst tidigt i livet, det är också de som får jobba allra mest efteråt... det finns liksom inga genvägar.”

Psykodynamikern Olle pratar om trauman som kan vara väldigt små men upprepade till exempel om det varit en omvårdnadsbrist under barndomen. Patienten mår som vuxen inte bra men vet inte varför. Olle säger att orsakerna kan härledas till tidiga kumulativa trauman som ingen har sett. Exempelvis om föräldrarna inte haft kapacitet att möta ett barn med ett temperament som skiljer sig från deras:

”Trauman handlar om möten som har misslyckats och då ofta tidigt. Intoningen och anknytningen som inte har fungerat. Det kan vara för att föräldrar och barn är olika. Det beror på vad föräldrarna har med sig i bagaget och det beror på hur ungen är och om man kan tona in. Den här ungen behöver väckas mer, den här ungen behöver lugnas ner.”

Kbt-terapeuten Cecilia berättar om hur de traumatiska händelsernas karaktär påverkar hur det kommer till uttryck hos individen och att upprepade händelser mer färgar av sig på individens sätt att relatera till andra människor och till terapeuten och att en enstaka händelse

inte behöver påverka på detta sätt. Speciellt inte då individen har positiva upplevelser bakom sig som kan balansera upp den enstaka negativa händelsen. Hon berättar:

”Jag föreställer mig, eller det som jag liksom varit mer ute för, är att det blir mycket mer interpersonellt om det är något som har varit under en lång tid. Vid enstaka händelser, då har man andra upplevelser. Det finns liksom andra saker som kan balansera upp hela den upplevelsen. Och då kanske det inte sätter sig som interpersonella svårigheter på samma sätt som om det är något som varit under en längre tid tänker jag.”

Kbt-terapeuten Daniel berättar om hur ett trauma kan ha uppstått och omedvetandegjorts för klienten. Och hur han som terapeut kan arbeta med denna typ av trauma i terapin. Han säger:

”... man kan ha förklarat bort traumat för sig själv och inte minst det som har att göra med det här invaliderandet. Den vuxne har förklarat bort barnets behov... Så kanske den vuxne har sagt: du är inte alls ledsen. Utan du är bara arg. Och du vill bara vara dum mot mig. Och sånt där. Och sen har då den vuxne sen i sin värld fått en bild av att det är den som skapar problem och är skyldig till de här sakerna. Och att egentligen så har den ingenting att vara ledsen för. Och då kan det bli tydliggjort genom att terapeuten, i det här fallet jag då, visar att jag reagerar med sorg. Att jag säger med ord att: det här är nånting att vara ledsen över.”

### **Holistiskt eller partikularistiskt perspektiv**

*Kategorisering och diagnosticering.* Vi har funnit teman när det gäller kategorisering och diagnosticering av trauma och behandling, vilket vi finner här kan kopplas till ett holistiskt eller partikularistiskt perspektiv. Det holistiska perspektivet kan tänkas företräddas av flertalet analytiker och dynamiker som värjer sig mot att diskutera i termer av psykiatriska diagnoser, och att dessa har någon betydelse för behandlingen eller ur behandlingssynpunkt. Kbt-terapeuterna, däremot kan tänkas inrymmas under ett partikularistiskt perspektiv då samtliga i större omfattning är mer benägna att prata i de termerna. I materialet ser vi också

att flertalet av kbt-terapeuternas samtal kring bedömningar som görs, exempelvis i fallkonceptualiseringar, är kopplade till säkerhet. Majoriteten av de intervjuade psykodynamikerna är mindre benägna att tala i termer av avgränsningar eller andra kategoriseringar kring behandlingen än kbt-terapeuterna.

Psykoanalytikern Bengt poängterar under samtalet att han aldrig har behandlat ett trauma, han behandlar bara människor. Han poängterar att diagnosen inte har någon betydelse ur behandlingssynpunkt. Han tar emot alla patienter oavsett hur deras besvär kan klassificeras. Att arbeta med att utveckla mentaliseringsförmågan, är centralt i terapiarbetet för alla människor han möter i sitt arbete, oavsett symptom. Bengt förtydligar:

”... och det måste jag också klargöra. Ptsd, det finns inte. Det är en teoretisk konstruktion. Alla diagnoser är teoretiska konstruktioner... Det finns en person som har ångest, det finns en person som har flashbacks, det finns en person som inte kan sova på natten... det är fakta. Ptsd finns inte. Men om det finns en person som har de här återkommande upplevelserna och som inte kan komma ur dem, då tror jag i regel att det är en person som inte utvecklat tillräcklig grad av mentalisering, och då är min första uppgift att hjälpa till med det.”

Bengt är vidare övertygad om att man måste jobba i en relation och se till att det finns en fungerande sådan och att det är rätt ointressant vilken diagnos människor kommer med. Om man kommer med en schizofrenidiagnos, eller en PTSD diagnos eller en ätstörningsdiagnos. Det är människan som är det intressanta. Han tänker sig att all symptombildning bygger på trauma och att det finns med i allt. Att det är människan och dennes personlighet som blir det intressanta ur behandlingssynpunkt och anledningen till att personligheten inte kunde bära den potentiellt traumatiska upplevelsen. Han berättar:

”Eftersom jag tänker mig att all symptombildning bygger på trauma, så finns det ju med i allt. Frågan är för mig; varför i hundan kunde den här människans personlighet inte bära det som blev traumatiskt? Är den här personen så fullständigt överkänslig. Gick det liksom inte att nå vederbörande. Fanns det föräldrar som överhuvudtaget inte förstod sig på



det här barnet. Fanns det föräldrar som var så upptagna av annat här i världen. Vad det nu kan ha varit. Sig själva, eller omständigheter som gjort att de inte var där. (...) Jag menar de sätt att hantera oss själva och andra som vi lärt oss genom livet, de upprepar vi ju tillsammans med vår terapeut självklart. Alla svagheter i vår personlighet är ju som jag brukar säga som hål i en tand... Man kan inte låta bli att vara där och reta den hela tiden. Hur gärna man än ville. Och är det något som är i obalans i oss så kommer det fram. Ger vi det utrymme så kommer det fram eller kommer till uttryck.”

Psykdynamiska terapeuten Sven menar att det är svårt att gå in och kategorisera, då varje möte med en patient är annorlunda:

”Jag kanske är konstig, men jag har intuitivt ett motstånd mot kategoriseringar och diagnoser och riktlinjer och sånt där. Samtidigt som jag förstår att man i ett vetenskapligt arbete måste kategorisera saker för att hitta någonting.”

Kbt-terapeuterna vi samtalat med pratar alla om diagnoser och relaterar till dem som styrande för behandlingen och till individuellt anpassade behandlingsplaner. Kbt-terapeuten Catarina berättar att hon remitterar vidare vid vissa besvär. Hon säger att hon alltid har med sig funderingar som syftar till att undvika att skada i terapin och att bedömningarna syftar till att öka nyttan för patienten. Hon bedömer bland annat om de människor som söker sig till hennes mottagning behöver annan hjälp än den hon kan erbjuda:

”det går alltså inte att vara så bred att man kan allt. Därför har jag valt bort beroendeproblematik, trauma egentligen... Utan då remitterar man vidare. Då tycker inte jag att jag är bäst.”

Kbt-terapeuten Daniel beskriver hur han kan arbeta med en patient efter att det kommit en remiss med en frågeställning, efter att någon gjort en preliminärbedömning. Då går han in och tittar på möjliga differentialdiagnoser utifrån vilka problem som varit:

”Om det här inte skulle handla om den här typen av sakerna, vad skulle det då kunna handla om för nånting. Ptsd eller nån annan typ av traumatisk påverkan, kan dyka upp som en tänkbar hypotes som behöver undersökas.”

Daniel berättar vidare att det inte är ovanligt att en patient allt mer kan öppna upp då en behandlingskontakt påbörjats, och man börjar arbeta med de saker som man har kommit överens om initialt. Berättelser om svåra livshändelser som kan ha haft en traumatiserande verkan, kommer fram då relationen bär, vilket kan leda in behandlingen i en ny fas.

Kbt- terapeuten Catarina resonerar på följande sätt när det gäller diagnoser och hur man kan välja en behandling beroende på klientens mål och lidande. Vilket alltid är något hon samtalar med klienten om. Hon berättar:

”Man kan ju leva med sitt trauma vid sidan om... Och om vi väljer att inte gå in på det och klienten har andra mål med kontakten och jag bedömer det som att det är ok. ” (...) Det är hur mycket klienten lider, det egna lidandet och hur man bedömer att det påverkar dagens situation då. Klienten och jag diskuterar alltid vad vi ska göra.”

Catarina menar vidare att styrkan med kognitiv beteendeterapi är att man utformar behandlingen på ett individualiserat sätt. Vilka variationer som helst kan läggas upp i behandlingen beroende på klientens behov.

I kbt-terapeuten Cecilias sätt att berätta om hur hon tänker kring behandling av traumatiska upplevelser hos patienten, kan en beskrivning ses av att hon antingen koncentrerar sig på den traumatiska upplevelsen, eller bytar spår och arbetar mer interpersonellt. Hon berättar:

”Jag tänker att en enstaka händelse kan ju medföra exempelvis Ptsd-symptom, då kan man få jobba med det. Men om det däremot är något som upprepats under en längre tid, typ alltså ett övergrepp, om du tänker

att det är ett trauma så är det ju något som blir livsavgörande. Det blir någonstans en erfarenhet som blir en del av personen förväntningar på att såhär kan det gå till. Som blir mer grundläggande. Jag tänker en enskild händelse då kan man gå in och titta på den enskilda händelsen och lite närmare på vad som hände runtomkring den, och vad det har fått för betydelse för dig framöver. Men om det är någonting som är upprepat så kan man tänka sig att det sannolikt skapat mönster oftast i den personens sätt att förhålla sig till andra människor. Förväntningar på andra människor, förväntningar på vad som kan hända i världen. Och då får man jobba på ett litet annat sätt än när det bara är en enskild händelse som har hänt. Jag föreställer mig eller det som jag liksom varit mer ute för är att det blir mycket mer interpersonellt om det är något som har varit under en lång tid. Enskilda händelser, då kanske det inte sätter sig som interpersonella svårigheter på samma sätt som om det är något som varit under en längre tid tänker jag.”

**Information till klienten.** Hur mycket informerar man klienterna om deras besvär när det gäller trauma och traumabehandling. För samtliga kbt-terapeuter som intervjuats har frågan haft ett enkelt svar, då information ingår i momentet psykoedukation. Alla klienter får information kring behandling och kring de besvär de har och hur de uppkommer. Pdt-terapeuterna däremot tar inte upp att de har som vana att arbeta med ett avgränsat informationsmoment. De menar att de tolkar vad som händer i relationen och det är den information klienten får ta del av löpande.

Kbt-terapeuten Catarina berättar att det alltid ingår ett psykoedukativt moment i behandlingen, där hon informerar klienten, hon säger:

”... alltså någonstans att ge en psykoedukativ information om att det här du har varit utsatt för, kan ge de och de symptomen. Så de får en förståelse av vad det är och likadant att ge en rational. Vad är det vi kommer att göra. Det tycker jag är en del av sättet att arbeta.”

Kbt-terapeuten Daniel berättar hur han först har en inledning på behandlingen i form av ett informationsmoment, där han berättar om behandlingen på ett allmänt plan och vad han har möjlighet att göra. Hur ansvars- och rollfördelningen ser ut och hur terapin kommer att te sig. Han säger:

”... när vi ska göra en traumabehandling, då ska vi göra en inledning som är psykopedagogisk, där jag pratar om det allmänt... Där jag applicerar den allmänna modellen på det patienten berättat om. Och där jag gör en beskrivning av vad jag kan göra behandlingsmässigt. Vad som kommer att vara patientens ansvar, och vad som kommer att vara mitt ansvar. Vad som är patientens roll och vad som är min roll, och vad det finns för säkerhets- och trygghetsfunktioner inbyggt i det här. Och där jag säger sådana saker som: jag kommer aldrig att göra något mot din vilja. Jag kommer aldrig att göra något som är en överraskning för att se hur du reagerar. Utan allt det vi gör ska vara förberett. För att du ska kunna göra de här sakerna fullständigt med alla dina sinnen öppna. För att ta in det som händer, för annars kommer det inte att göra någon nytta.”

Kbt-terapeuten Robert ser informationsmoment som han benämner psykoedukation som naturliga inslag i terapiarbetet. Han ger exempel på en typ av psykoedukation, normalisering, där han också validerar patienten:

”Det är inte så konstigt att du mår så dåligt och reagerar på det här viset med skuld och skam, det där hade väl vem som helst gjort... Med det som utgångspunkt få tillstånd hopplösheten över att ha det på det viset. Det blir inte bättre, det blir sämre. Och i det läget få patienten att intressera sig för vad jag kan göra i det i förhållande till det som inte är bättre än så som du beskriver här. Om man ska tala om en modell då så kan man ju föreslå: vi ska kanske göra det motsatta? Och vad är det för nånting? Att möta nånting, istället för att göra misslyckade försök att komma ifrån nånting för stunden. Kan du göra det motsatta, och vad är det? Och det är ju klart att patienten inte hänger med sådär på en gång, så är det inte alls.”

Dynamikern Sven menar att han kan tänka sig ha ett informationsmoment vid något tillfälle, men att det då har att göra med längden på en terapi. Om den är av kortare slaget kan han tänka sig ta med ett sådant moment. Han förklarar:

”... i en längre terapi av lite mer dynamisk karaktär så kanske jag inte så lätt går in i en sådan roll tror jag... jag hade mer väntat ut. Ja, det är möjligt att jag kan ha ett undervisande moment någon gång... men om man tänker ändå att det kan vara mer eller mindre, så tänker jag i mindre utsträckning i en längre terapi... Ja, det säger sig ju egentligen självt.”

Analytikern Bengt säger att han inte skulle kunna tänka sig att ha med något specifikt informationsmoment och att han skulle känna sig rätt misslyckad om han skulle börja bli teoretisk med en patient, han berättar:

”Jag förklarar vad som händer när vi möts, och där försöker jag vara så tydlig och explicit som möjligt. Men jag skulle inte rita eller berätta... Alltså min utgångspunkt, alltså jag tycker att det är jättekul med teorier tro inget annat, men om jag skulle börja bli teoretisk tillsammans med en patient så skulle jag känna mig rätt misslyckad. Då skulle jag börja fundera på, varför blev jag så rädd att jag var tvungen att gömma mig bakom en teori... om jag skulle börja: nu ska jag presentera min bild av Bions teori så att du förstår varför du har blivit traumatiserad... alltså då hade jag tyckt att jag var kokoo. Alltså jag tror att det vi kan göra i psykoterapier och psykoanalyser är att vara närvarande. Att skapa det här intensiva mötet och så vara där. Och försöka förklara vad som händer och sker och det som uppstår. Jag tror att det är det som är det mest givande och hjälpande.”

## **Behandling**

**Mål i terapin.** Hur man ser på avslutningen av terapin och målen man velat uppnå för patienten, visar sig i två underteman som majoriteten av terapeuterna berör, oavsett inriktning. De kan sammanfattas med att leva ett bättre liv och att bättre kunna hantera emotionerna kring svåra saker man upplevt.

Kbt-terapeuten Daniel poängterar vikten av att kunna leva sitt liv utan att låta traumat styra ens livsföring. Ett annat mål är enligt honom att integrera traumat i livsberättelsen. Kbt-terapeuten Cecilia berättar att patienterna ska ta med sig färdigheterna från terapirummet och ut i livet. Det är inte ovanligt att det kan leda till känslor av sorg när man upptäcker hur mycket som tidigare gått förlorat, på grund av de symptom man levt med. Analytikern Bengt och dynamikern Sven pekar båda på förmågan att kunna leva väl. Sven säger att ett mål är att inte vara så inskränkt i emotionerna. Bengt citerar Freuds ord om att kunna arbeta och älska och kritiserar psykiatrin som han menar kan drabbas av tunnelseende:

”... det händer ju ofta i psykiatrin att vederbörande skickas till nån form av ångestbehandling, och sen så kommer det en återremiss att patienten är botad från sin ångest, och återremitteras för fortsatt psykiatrisk handläggning alltså. Då kan man inbilla sig att man har gjort ett bra jobb. Men om patienten inte kan fungera, om patienten inte kan skapa relationer, om den inte kan bibehålla relationer, om den inte kan arbeta och försörja sig och så vidare, jag menar vad är det då för behandling. Det handlar ju inte bara om att plocka bort symptom ... det handlar om en människa som ska leva ett liv.”

Psykodynamikern Olle berättar att patienten kan känna sig mer kalibrerad. Emotionerna och försvaren är mer i samstämmighet med personen, som får större förmåga att använda sig av sin potential:

”I en terapi ser du ju det genom att patienten känner sig färdig. Inte behöver komma hit längre. Känner sig levande. Har tankar om hur man vill leva sitt liv, vad man har lust med, en helt annan liksom känsla. Ja fast den uttrycks ju också i lust... Kanske gör livsförändringar, byter jobb eller bryter upp från en taskig relation. Skaffar barn, slutar i terapin.”

Psykoanalytikern Lena resonerar på följande sätt kring vad som uppnås med terapin eller analysen:

”den stora skillnaden är nog att man blir så mycket mindre rädd både för sig själv och för andra. Och man blir så mycket mer ödmjuk. Och det gör att marken är väldigt mycket stabilare att gå på. Det kan fortfarande hända att någon skjuter eller man blir rånad eller nånting, men alltså en sorts lugn i att jaha, jag är sådan här. Jag kan ändra mig, jag kan utvecklas, jag kan regrediera. Jag kan göra alla de här dumma grejerna igen, men marken jag går på är fast. Eller nåt sådant.”

Lena berättar att de kumulativa traumana måste adresseras oavsett var patienten befinner sig i sin utveckling och att det inte är så att vi blir fria eller blir lyckligare människor av att ha gått i analys. Men att man kan känna igen sina reaktioner och vet då varför man reagerar som man gör och att man då kan välja ett annat sätt att reagera om man vill. Hon resonerar:

”Ja. Och det är ju en mycket tryggare grund att stå på. Alltså det här är bekant, alltså det här är inte något utifrån kommande. Men vad gäller yttre trauman så tror jag igen som sagt att du måste ner under den nivån. (...) Men det är klart man kanske får börja där initialt... eller ja det är ju patienten som börjar. Jag ställer ju inte så mycket frågor, jag lyssnar ju mest och kommenterar, eller är i det som sker.”

Dynamikern Sven berättar att målet i terapin kan vara att man ser att klienten hanterar livet annorlunda och relaterar till det man upplevt på ett nytt sätt, han säger:

”... om det är en händelse, kan det väl vara kanske att man kan se tecken på det i klientens övriga liv. Möjligtvis hur denne hanterar en viss typ av situationer som tidigare varit influerade av eller infekterade av den här traumatiska bakgrunden. Ett annat sätt kan väl kanske vara att man kanske kan prata om traumat eller något anknutet till det på ett mer neutralt eller avdramatiserat sätt.”

**Möta individen.** Flertalet terapeuter, oavsett inriktning, tillskriver inte etnicitet, klass eller kön så stor betydelse, då de menar att de måste förhålla sig till den enskilda individens villkor. Några terapeuter menar dock att etniska och kulturella faktorer kan få betydelse, men om man som terapeut sätter sig in i dessa och anpassar behandlingen kan det fungera på ett

tillfredsställande sätt. Flera terapeuter nämner att könsaspekten kan vara känslig. Någon terapeut lyfter fram att det i de flesta fall går att tillfredsställa patientens individuella krav på behandlaren, men att det inte alltid lyckas.

Psykoanalytikern Bengt menar att en viss matchning mellan terapeut och patient är av betydelse och att de individuella skillnaderna kan vara viktigare för terapin än andra skillnader:

”Man fungerar ju olika bra med olika människor. Det kan vara svårt att säga vad det beror på. Det är klart, är det enorm klasskillnad, man har helt olika referensramar och olika sätt att uttrycka sig så kan det ju vara svårt att hitta ett gemensamt språk. Samma såklart med etnicitet, kommer man från så vitt skilda kulturer, har man så skilda kulturella ramar, så är det klart att det är en svårighet. Men det kan ju gälla även inom kulturen. Det finns... skåningar... som jag inte tror att jag begriper mig på (skratt).”

Han menar vidare att det är viktigt att terapeuten kan hitta något hos sig själv där han förstår klienten och att det är sällan han inte gör det eftersom han menar att vi har det mesta i oss. Han berättar att han alltid träffar patienten två gånger innan de bestämmer om en eventuell fortsättning. När de avslutar första gången ber han dem att hemma noggrant tänka igenom hur det kändes vid mötet hos honom, och om patienten tror att han är en människa som denne tror sig kunna arbeta ihop med och lämna ut sig till. Han vidhåller också att detta gäller även från hans terapeutperspektiv, men även om patienter visar upp ganska påfrestande sidor så hittar han ändå en förståelse. Han menar:

” ... vi har ju det mesta i oss. Så det är ju rätt sällan det blir en total klasch. Men det är ändå viktigt att ha det med sig att det är ett möte. Alltså om man inte på nåt sätt känner igen sig i den här människan. Alltså om jag inte hittar nånting i mig som vibrerar eller är en genklang i det som jag tror finns hos patienten, då tror jag det blir svårt. (...) Det kan vara sympatiskt, empatiskt eller vad som helst. Eller att man känner att man förstår nånting. Folk kan vara rätt otrevliga ibland och aggressiva och alltihopa, men man kan ändå känna att man förstår ändå liksom.”



När det gäller könsaspekter menar kbt-terapeuten Robert att patientens problematik utgör en känslig faktor som påverkar val av behandlare. Han resonerar:

”... men det är väl självklart, det kan ni ju själva tänka ut. Det är ju när det gäller övergrepp och en kvinna så kan det aldrig vara en man som behandlar. Det går inte... Det ska man inte ge sig in i som man. Tycker inte jag i alla fall.”

Kbt-terapeuten Cecilia resonerar såhär när det gäller terapi och könsaspekter och hur det kan få en betydelse initialt:

”Det kan vara en fråga om att kunna blottlägga saker. Det finns ju klienter som säger jag måste gå hos en kvinna eller jag måste gå hos en man. Och det är klart, då har de ju i varje fall själv en upplevelse av att det är av betydelse initialt. Sedan kan man kanske komma över det, men det har väl en betydelse.”

Hon resonerar vidare att det är viktigt att möta individen utifrån sin etniska och kulturella bas och vara medveten om vad det kan medföra för behandlingen. Hon menar:

”... personen måste leva i sitt kulturella sammanhang. Och det är ju klart det får en betydelse för hur man går vidare. Vad man kan tänka sig, vad man liksom får fram för information. Vad kommer personen liksom uppleva för reaktioner, vad är det för historia som personen har med sig, eller vad är det för krav som är med i det...”

Kbt-terapeuten Cecilia men också Catarina menar att det är viktigt att utgå från individen och undersöka individens omständigheter och förutsättningar, där universella faktorer som psykosocialt stöd också spelar roll. Catarina förklarar:

”... det har att göra med hur klienten uppfattar det här. Och hur det sociala nätverket fungerar, och om det finns stöd eller inte tänker jag. Att det är samma faktorer egentligen som slår igenom”.

Kbt-terapeuten Robert menar att emotionen skam är en kulturbunden känsla och i och med detta så kan patientens bakgrund få betydelse för terapin på det sättet att det är viktigt att sätta sig in i den kulturella prägeln som finns hos individen. Kbt-terapeuten Daniel menar att kulturella faktorer påverkar alla behandlingskontakter och alla möten med människor, både det som finns hos den ena parten och det som finns hos den andra parten. Finns det likheter som förenar så kan det gynna arbetet ibland. Kulturella och könsmässiga aspekter kan också styra valet av behandlare, men man måste göra en bedömning av om man ska låta det få någon betydelse, där patienten har sista ordet. Han berättar:

”... till exempel om man tar en kvinna som kommer från en annan kultur där mäns och kvinnors roll ser annorlunda ut och där kvinnor mer har en påtagligt underordnad roll i förhållande till män. Kvinnan har utsatts för saker och ting av en man och så kommer en manlig behandlare så är det inte säkert att det funkar... och då måste man vara ödmjuk inför det... Är det här nånting som jag ska låta ha en avgörande inverkan på om vi ska göra den här behandlingen eller inte. Enbart utifrån att ha att göra med sådana faktorer. Eller har det en funktion i problematiken personen vill undvika. Hör det ihop med problematiken?... Men där har ju patienten veto... man kan ju aldrig tvinga sig på en annan människa. (...) man presenterar ett underlag för patienten och denne har möjlighet att välja... Sen kan det ju vara så att man i ett skede har en behandlare och i ett annat skede har en annan behandlare...”

Men det finns kulturella och individuella faktorer menar han som är svåra att påverka men som ändå kan få betydelse, men att man ändå känner sig någorlunda bekväm med detta. Han hänvisar till sin ålder, sin dialekt, utseende och klädsel som han menar ibland har stor betydelse för patienter. Han berättar att han är beredd att prata om det och ta upp det med patienten och tillmötesgå denna i vissa delar men att det ibland är svårt, han berättar:

”Och visst. Jag är beredd att bemöta de här sakerna men en del patienter har ju då (skratt) orimliga krav liksom. Du skulle ha varit såhär och såhär istället. Nu är inte jag så istället. Då behöver du komma till en annan behandlare. Utan att man då känner sig kritiserad på djupet som människa. Och så får jag ju då konstatera att de här sakerna kan jag

erbjuda dig. De här sakerna kan jag variera.  
Men inte det här va.”

***Behandla traumat via metod eller relation.*** Kbt-terapeuter och pdt-terapeuter hjälper alla i sin profession människor att bearbeta svåra upplevelser. Två teman som framkommer ur materialet är att pdt-terapeuterna berättar att de arbetar direkt via relationen till patienten. Medan kbt-terapeuterna berättar om relationen som ett sätt att behandla traumarelaterade reaktioner, men också om metoder som klient och terapeut samarbetar kring, där terapins mål bestäms av patienten med terapeuten som rådgivare.

I den psykodynamiska terapin får patienten möjlighet att via den direkta relationen till terapeuten återuppleva sina trauman, eller via att samtala om händelser, återuppleva via minnen. Analytikern Lena berättar att patientens inre värld kommer att gestalta sig i rummet i relationen till henne och att det som sker är på riktigt, att hon i terapin lever tillsammans med patienten i den inre världen, men har möjlighet att tänka kring den på ett sätt som skiljer sig från patientens andra relationer. Hon berättar:

”Alltså när man jobbar som jag med en tydlig ram så kommer allting i den inre världen och i de tidigare verkliga relationerna att gestalta sig här igen i detta rummet, i det vi kallar överföring. Vilket betyder att varje trauma som den här personen har upplevt på det här sättet, där kommer jag ju att brista. Antingen att jag kommer att upplevas som att jag brister eller att jag faktiskt hamnar i den typen av relation till exempel med det här krävande giriga spädbarnet. Så att det blir omöjligt att inte känna sig uttömd. Min fördel är att jag kan tänka kring det. Inte alltid när jag sitter här med patienten, men jag kanske kan tänka efteråt eller jag kan tänka när jag går hem på kvällen. Eller alltså att jag kan röra mig ut och in ur det fältet och det kan man inte som mamma eller pappa. Då är man ju där i sina egna svårigheter och ett barn som då blir återtraumatiserat.”

Psykoanalytikern Lena, berättar att hur hon själv känner det i relationen, är ett viktigt verktyg i behandlingen, men lyfter även fram relationen till den tredje som hon benämner som en annan slags relation som handlar om hennes samlade erfarenhet och kunskap. Hon förklarar vad som är viktigt i behandlingen och hur hon arbetar med det:

”alltså det viktiga är att kunna använda sig av motöverföringen. Varför känner jag såhär nu? Och det allra, allra viktigaste, att ha en relation till, är till det som man kallar den tredje. Alltså min förmåga att tänka kring min erfarenhet och mina kunskaper som jag har med mig. Och det är inte alltid alls att den tredje finns här i rummet, men jag menar, den finns ju i alla fall mellan gångerna så att säga.”

Arbetet med relationen mellan henne och patienten menar Lena vidare, kan liknas vid en teaterscen. Där patienten är regissören och där terapeuten prydligt kommer att spela alla de olika rollerna som denne får sig tilldelad av patienten. Allt detta samspel sker på ett reallt sätt i relationen i terapirummet och det är det som är det centrala, hon berättar:

” Alltså det enda jag egentligen vill säga till er, det är att det här är på riktigt. Och man måste våga vara i en riktig relation. Man måste våga röra sig i mötet med en annan människa. Det finns inga shortcuts. Inga trollspön och det är hårt arbete... Det är roligt! Det är ständigt. Alltså jag tänker jättemycket på mina patienter. På upplevelser jag har haft, vad som har hänt under timmarna. Och det är ett sätt att förhålla sig till människor. Det är på allvar. Det är på riktigt.”

Kbt-terapeuten Daniel berättar om en av många metoder han kan använda i en traumabehandling. Metoden, säger han, kan öppna upp för en behandlingsrelation där patienten senare kan våga ta fler steg framåt i arbetet och våga möta, återuppleva och bearbeta svåra händelser. Han berättar:

”... man kan ha en kronologisk genomgång till exempel om saker som har hänt i den här människans liv utifrån den här arbetsmodellen som man kallar livslinje. Och då kanske man har kunnat hitta företeelser där som har signalerat möjligt trauma. Man har en hypotes om det. Att den här personen har varit utsatt för nånting eller råkat ut för något som skulle kunnat ha haft en traumatisk präglning...”

Kbt-terapeuten Daniel, liksom kbt-terapeuten Cecilia, berättar om interpersonell behandling, där det som händer i rummet tillsammans med patienten är i fokus. Cecilia säger att om man behöver arbeta interpersonellt, om en person har varit med om svåra händelser

under lång tid, vilket färgat av sig på personens förväntningar på människor, så kan terapin bli en grund för en ny upplevelse som man kan ta med sig ut i livet. Hon berättar:

”Den människa man visar fram för patienten är någonstans betydelsefull för hur man sen kan gå ut och möta världen (...) Och så gäller det någonstans att lyfta det som händer i rummet. Att man är uppmärksam på att, nu ser jag att du reagerar, vad är det för känsla du reagerar på? Är det något jag har sagt och någonstans klargöra såhär tänker jag. Vill du veta hur jag tänker kring det här? (...) Vad finns det för mönster som personen berättar att man har rent faktiskt, att man belyser det, tydliggör (...) Vad finns det för mönster här? Kan du testa det? Alltså det som händer här, är det något du kan använda ute i livet, att man hela tiden lyfter det.”

Psykoanalytikern Bengt berättar att han inte kan behandla en tung barndom eller svåra upplevelser. Han kan bara behandla det som kommer upp i rummet i relationen mellan honom och patienten. Dynamikern Olle betonar också relationen i behandlingen och att den är på riktigt, att i mötet med klienten våga vara oskyddad, dela det svåra och inte ha några krockkuddar.

Kbt-terapeuten Daniel berättar att det är problematiskt att människor identifierar sig med sitt tänkande men att terapeuten exempelvis via metoden kognitiv decentrering kan hjälpa patienten med sitt förhållningssätt och sätt att tänka kring traumat, vilket samtidigt kan bli ett informationsmoment till klienten. Han berättar om hur han i en behandling tillsammans med klienten använder metoden där han lyfter fram hur man kan frigöra sig från sina tankar. Han exemplifierar hur han informerar patienten:

”Dina tankar är dina tankar, men de är bara *dina* tankar. Det är *du* som tänker dem. Det finns en anledning till att du tänker på det här sättet. Och jag tror att de sakerna du har berättat för mig som handlar om det här och det här, har stor betydelse för att du tänker på det här och det här sättet. Men dina tankar handlar om din historia. Det handlar om det som har varit. Dina tankar skulle också behöva handla om framtiden och det som

du inte vet något om. Det du har varit med om, det har du varit med om och det kan du inte göra ogjort eller ohänt. Det kommer alltid att finnas där. Men det kan finnas där på olika sätt. Det måste inte vara som ett öppet sår som inte läker. Det måste inte vara som ett infekterat sår som ständigt gör ont. Utan det kan vara nånting vi kan göra så att såret läker. Men det kommer alltid att vara ett ärr som påminner dig om vad du varit med om. Men det kommer kanske inte att ge dig lika mycket smärta. Det kommer kanske inte hindra dig lika mycket i din livsföring...”

**Utformning av behandlingen.** Vilka skillnader som framkommer mellan traumaterapi och annan terapi enligt terapeuternas berättelser och vilka hänsyn man tar utifrån detta är ett undertema som framkommer ur materialet. Hur valet av fokus i behandlingen går till, hur man väljer vad man ska ge sig in på under sessionerna och hur ser man på behandlingsplaner och behandlingstider är andra underteman som framkommer.

När det gäller skillnader som framträder mellan traumaterapi och övrig terapi kan man se ett mönster bland pdt-terapeuterna att inte särskilja traumaterapi från annan terapi, medan kbt-terapeuterna mer eller mindre tydligt gör skillnad genom exempelvis längre terapisesioner och sessioner specifikt avsedda för behandling av trauma, men också att man särskiljer olika typer av behandlingar beroende på vilken sorts trauma man kategoriserar upplevelsen som. En kbt-terapeut anger att hon endast i undantagsfall arbetar med trauma och i så fall på ett begränsat sätt och remitterar klienten vidare för specialiserad vård om patienten önskar detta.

Kbt-terapeuten Daniel berättar att om behandlingen blir traumafokuserad, beroende på att det gäller en avgränsad upplevelse, så blir det mer en typ av standardbehandling som terapeuten kan hämta från behandlingsmetodik i behandlingsböcker. Men om problematiken är mer mångfacetterad, så krävs en annan typ av behandling, som kräver mer analys då situationen är mera sammansatt. Han berättar:

”Alltså om vi säger att det är ett trauma då. Eller en avgränsad händelse eller en påfallande avgränsad period. Avgränsad till en enda person eller vad det nu skulle kunna vara för någonting, då kan man ju använda sig utav mera standardmetodik. Och då är det ju den behandlingsmetodik som beskrivs i litteraturen då. Är det mera komplext så blir ju

behandlingen mera komplex. Då måste man ju ta ställning till; hur hänger de här sakerna ihop? Och hur ska i så fall exponeringshierarkin se ut. Vad kan man förvänta sig att man sätter igång för nånting. ”

Kbt-terapeuten Cecilia lyfter också fram att det blir skillnader i behandlingen om olika typer av trauman är förhanden, hon betonar skillnader om det är en enstaka händelse eller något som skett under en längre tid och att behandlingen utgår från detta:

”... jag tänker att en enstaka händelse kan ju medföra t ex ptsd-symtom. Då kan man få jobba med det. Men om det däremot är något som upprepats under en längre tid, typ alltså ett övergrepp, om du tänker att det är ett trauma, då är det ju något som blir livsavgörande. Det blir någonstans en erfarenhet som blir en del av personens förväntningar på att såhär kan det gå till. Som blir mer grundläggande, sätter sig på ett annat sätt. En enstaka händelse, då kan man titta lite närmare på vad som hände runtomkring den och vad det har fått för betydelse för dig framöver. Men om det är någonting som är upprepat så kan man tänka sig att det är sannolikt att det har skapat mönster oftast. För personen att förhålla sig till andra människor. Förväntningar på andra människor och förväntningar på vad som kan hända i världen. Och då får man jobba på ett lite annat sätt. Jag föreställer mig eller som jag liksom varit mer ute för, att det blir mycket mer interpersonellt om det är något som har varit under en lång tid.”

Kbt-terapeuten Catarina gör också en åtskillnad mellan trauma- och annan terapi, som hon är specialiserad på och berättar att hon inte jobbar med trauma alls. Hon tar upp vikten av specialiserad kompetens som en orsak till denna uppdelning.

När det gäller hur valet av fokus i behandlingen går till och hur man väljer vad man ska ge sig in på under sessionerna så tar flertalet kbt-terapeuter upp att det är patienten som sätter målen i terapin, i samråd med terapeuten, som diskuterar vad de tror kan vara mest hjälpsamt. Terapeuten har en skyddande funktion så att behandlingen inte blir skadlig. Pdt-terapeuterna pratar i termer av samarbete, eller att hjälpa patienten och att patienten är fri att prata om vad den vill i rummet. Flera berättar att de kan anpassa sitt gensvar efter vad som motsvarar patientens behov och även anpassa behandlingen.

Kbt-terapeuten Catarina berättar att alla trådar ska utredas innan behandling påbörjas och att man sedan får gå efter evidens, när det gäller vad som är mest verksamt. Om patienten vill arbeta med ett annat fokus än vad terapeuten tror hade varit bäst, kan hon gå med på det, efter att ha diskuterat med patienten. Men då ska hon vara övertygad om att det inte är skadligt. Kbt-terapeuten Cecilia berättar att hon lyssnar in vilka mål patienten har och hon bedömer vad som är görbart utifrån mående och vad som inte är skadligt. En ptsd-behandling är mer krävande och hon kan ibland bedöma att hon behöver behandla annat först som har med det basala i tillvaron att göra, trots att den svåra upplevelsen är den utlösande mekanismen:

”Om det kommer någon djupt deprimerad som verkligen dragit sig undan från världen helt och hållet, då gäller det någonstans att göra någon sorts mobilisering, någon dagsrutin. Komma upp, få någon ordning på de rent basala behoven som mat, frisk luft, sömn. Att vara i kontakt med andra människor (...) Är personen ifråga hindrad av trauma att gå ut, då kan det vara så att jag måste tänka, hur ska jag kunna göra det här. Det är rätt så tungt att jobba med trauma. Om man ska jobba med ptsd-behandling så kräver det ju ändå en del av personen ifråga, så alltså personen måste ha lite hud för att kunna komma vidare. Och då måste man jobba med det basala i första hand. Man får anpassa det till vad som är möjligt och då får jag undersöka vardagen rätt så noga för att se vad jag skulle kunna göra där.”

Psykoanalytikern Bengt, berättar också att yttre trauman får vänta om han bedömer att personen som han arbetar med behöver annan typ av hjälp initialt. Han koncentrerar sig på personligheten och hur det emotionella klimatet ter sig i terapirummet. Han resonerar:

”Det första när jag träffar en patient så vet jag ju inte. De får ju klart berätta, men om jag märker att ok, det här handlar mer om personligheten än om traumat (...) om jag märker att det handlar mer om personligheten, då växlar jag spår. Då tänker jag mer vad händer i det här rummet när vi möts. Vad är det för känslor som kommer fram och att arbeta med det... och så får det här med den traumatiska händelsen, då får den nog vänta litegrann.”



Bengt säger att grunden för honom är hur personligheten fungerar och vad det är som stoppar den. Han hänvisar till Freuds fria associationer och säger att det blir intressant för honom när närmsta tanke som skulle ha kommit inte kommer, när något stoppar eller blir rigtigt och att det är hans bedömningsinstrument. Dynamikern Sven berättar att han låter berättelsen komma från patienten, men att det hela tiden är ett samarbete, och att patienten uppfattar tonfall, kroppsrörelser och kan läsa terapeutens reaktioner, vilket också styr samtalets gång. Han säger att när han tänker på behandling så delar han inte upp arbetet i olika delar, men att det kanske i praktiken blir så. Och han bedömer personligheten, vad han tror att den enskilda personen har för möjligheter vid tillfället, för att veta hur han ska arbeta vidare.

När det gäller behandlingstid och behandlingsplaner ser överlag både pdt- och kbt-terapeuter på dessa som en väldigt individuellt fråga. Alla har det gemensamt att de arbetar med individuella behandlingsplaner. Dynamiske terapeuten Sven säger att det är svårt att uttala sig om behandlingstider då alla behandlingar är olika. Det skulle i så fall vara ett väldigt renodlat trauma som ter sig avgörande för symptomatologin, så kanske det skulle gå att ge en ungefärlig tidsangivelse, men att det är sällan sådana fall förekommer. Kbt-terapeuten Cecilia menar att om det har varit ett trauma som pågått under en längre tid så innebär det oftast en längre behandlingstid liksom om personen varit i beroendeförhållande till den som den utsatts av. Hon menar dock att oavsett typ av behandling så kan det vara bra att ha en förutbestämmd behandlingstid och behandlingsplan, där klienten eventuellt kan återkomma igen senare. I vissa fall kan det bli fråga om längre sessioner för att behandlingen ska vara möjlig. Hon berättar:

”... om man tänker sig att man varit utsatt för övergrepp under sin uppväxt av någon man varit beroende av, det tänker jag är något som formar en person oerhört djupt. Där kan man tänka sig en längre behandlingstid. Men man kan göra det på olika sätt. Man kan någonstans ha en viss behandlingstid, sedan kan man låta personen få testa sina färdigheter, sitt nya sätt att se på saker och ting. För att sedan återkomma igen. Jag tänker att hela tiden bädda för att personen kan leva i livet är viktigt. Det måste inte vara så att nu måste vi träffas under tre år. Det gäller någonstans att göra personen beredd på att ta in information på ett nytt sätt. Där det kanske kan vara så att man ska komma in i ett annat

skede igen och titta på, vad har du med dig nu, och hur ska man kunna titta på det. Då vill jag inte sätta fast någon behandlingstid. Men jag kan mycket väl tänka mig att man får jobba en längre tid om man tänker något som personen blivit utsatt för en längre tid absolut (...) Men det kan också vara så, men då är man inne på ptsd-behandling, att man kanske ska ha längre sessioner än standardmodellen, där man har mer tid att göra något och sedan samla ihop det.”

Överlag berättar kbt-terapeuterna om mer explicita och konkreta behandlingsplaner och behandlingstider/längder. Kbt-terapeuten Catarina är tydlig med en skriftlig formell planering, med behandlingslängd, mål och en konkret och tydlig uppföljning av denna under terapins gång. Hon berättar såhär om sitt arbetssätt och hur hon går tillväga:

”Nu har vi jobbat såhär många gånger, alltså man har en skriftlig planering för alla. Vilket man har i beteendeanalysen för alla, vilket hör till beteendeanalysen. Med skriftlig planering, antal gånger, mål, metod och tidsram. Och sen när man har gjort halva den tidsramen så tar man upp den och säger, hur ligger vi till nu?”

Dynamikern Olle menar att ju svårare ett trauma har varit för en person desto längre behandlingstid kan man räkna med. Han menar också att behandlingslängden anpassas efter vilken typ av försvar en person har och hur nödvändiga de är. Psykoanalytikern Bengt betonar också individuella behandlingsplaner, längder och tider men betonar att jobba en gång i veckan med en person som lider av en personlighetsstörning är rätt meningslöst, ska man ändra något grundläggande så behövs det intensitet. Vilket han menar är svårt inom vissa institutioner och som påverkar behandlingsmöjligheterna på ett negativt sätt, han berättar:

”Nu har ju psykiatrin blivit helgalen. Nu ska man ju bara syssla med korttidsbehandlingar. Och ja det passar ju de som har lätta och kanske medelsvåra problem. Men hela den populationen som psykiatrin egentligen är till för, där är ju korttidsbehandlingar mer destruktivt än hjälpsamt. Man inger folk hopp om att nånting ska hända som inte kan hända. Alltså det är nånting med att man gör folk besvikna. Har man en

personlighetsproblematik och säger att det fixar vi på 25 gånger då ljuger man. (...) Spelar ingen roll vilken, om det är dynamisk eller kbt eller familjeterapi eller whatever. Utan det kräver en längre behandling för att det ska fungera.”

Han berättar vidare om vad som är det viktiga att ha med sig när det gäller traumabehandling och tidsaspekter:

”Alltså det viktiga för mig är, att är man traumatiserad på ett sätt som gör att man inte kommer ur det på egen hand eller med små hjälpmedel, då ska man inrikta sig på att det här är något allvarligt. Det här är nånting som tar lång tid. Det krävs en intensitet i relationen. Det krävs mycket arbete med det. Det är det viktiga.”

Psykoanalytikern Lena förtydligar att hennes yrkesinriktning medför att hon helst har en stor intensitet i behandlingen. Men kan jobba även med mindre intensitet men att det då blir på en annan nivå, men att det alltid är ett genuint möte och relation. Hon berättar:

”Jag är ju psykoanalytiker och det får ni inte glömma. Jag vill ju helst träffa folk fyra eller fem gånger i veckan, därför att relationen och rummet att tänka i blir så mycket säkrare. Så mycket tryggare på det sättet. Sedan är ju det inte möjligt för alla... Det är ju klart att man kan ju jobba på annat sätt, men det är på en lite annan nivå när man kallar det psykoterapi och träffar en patient en eller två gånger i veckan. Alltså jag betonar igen att det här är ju alltså inget tricks eller teknik, utan det är att leva tillsammans med den människan i den inre världen.”

Hon berättar vidare att det yttre traumat beror på att det får resonans i något som stämmer väldigt väl i den inre världen och i och med detta handlar det om längre behandlingstider. Lena berättar att hon ibland har klienter som får komma ett kortare antal gånger men att hon på kort tid ibland inte kan göra så mycket, om någon exempelvis blivit rånad eller nedslagen. Hon berättar:

”... i några fall kan jag inte göra nånting därför att de är hela tiden där ute. Det är fel på samhället och polisen och de och de och jag kan bara lyssna. Jag kan inte göra nånting åt det på en kortare tid. Ingenting. Men hos någon enstaka patient kan man faktiskt sätta igång en process där de börjar fundera. Hur har detta stämt med tidigare fantasier, eller alltså skräcken blir plötsligt på riktigt. Den inre skräcken finns plötsligt därute. Och där kan man ändå känna att det här är nog ändå en person som så småningom när just detta att efter att någon blivit rånad kanske kommer tillbaka. Tänker att, nej men jag behöver ju veta mer om mig. Man har ändå väckt en nyfikenhet på att vi är så fruktansvärt komplexa som människor. Men jag kan inte göra nånting på en kortare behandling, och jag kan inte ta bort det. Jag kan ju inte trolla, det har ju hänt.”

***Hantering av omedvetna eller dolda trauman.*** En tydlig skiljelinje uppkommer mellan kbt- och pdt-terapeuter när det gäller temat omedvetna eller dolda trauman och hanteringen av dessa i terapin. Kbt-terapeuterna uttrycker att de inte använder begreppet omedvetna trauman, medan pdt-terapeuterna gör detta. Kbt-terapeuterna pratar dock om att de lyfter trauman som klienten kanske inte är helt medveten om eller inte vill prata om av olika anledningar. De frågar patienten om trauman, men om patienten inte anger sådana lämnar man det eller väntar tills patienten känner tilliten att berätta. Flera av pdt-terapeuterna berättar att de kan lyfta omedvetna eller dolda trauman, om de tror att det finns sådana hos patienten.

Kbt-terapeuten Catarina berättar att hon inte använder termen omedvetna trauman. Hon kan tänka sig att fråga patienten om hon tror att det finns mer i personens historia som är av vikt för terapin än vad som berättas i terapirummet, om det visar sig att personen har vissa svårigheter under behandlingen, utan att det finns någon förklaring till det:

”Det är klart man fiskar lite i det. Men får jag inte något svar så skulle jag inte göra något mer åt det. Om det inte är att klienten säger att jag har jättejättesvårt för någonting och jag förstår inte varför. (...) Men jag skulle inte stå på mig...”

Kbt-terapeuten Daniel berättar att han använder sig av sokratiska frågor när han arbetar med icke medvetna trauman. Han intar den icke vetande, icke ledande positionen för att hjälpa patienten att sätta ord på sina upplevelser. Det kan vara svårt om det känns hotfullt

för individen att närma sig känslorna, det kan också vara så att personen helt enkelt inte minns det som har hänt. Daniel poängterar dock att icke medvetna trauman inte är samma sak som det psykodynamiska begreppet omedvetna trauman. Icke medvetna trauman kan vara subtila händelser eller upplevelser man inte hittat ord för:

” ... det handlar framförallt då om att det inte finns ett språkligt budskap kopplat till de här sakerna. När man inte har haft ett medvetet tänkande, att man inte använt sig utav språket kring det. Antingen att man varit så ung när de här sakerna hände så man inte haft språket som ett redskap, eller att det inte funnits möjlighet att begripliggöra med min referensram och det språk jag behärskar. För att de här händelserna har varit så speciella... så ovanliga... eller så subtila ...”

Kbt-terapeuten Cecilia berättar att människor kan ha haft långvariga svåra upplevelser som de uppfattat som en del av livet, vilket kan leda till att de drabbats av interpersonella svårigheter som de inte är medvetna om. Hon lyfter detta i terapin och målet är att patienten ska kunna föra ut ett nytt förhållningssätt utanför terapirummet. Ibland kan berättelser om svåra upplevelser dröja innan patienten har tillräckligt mycket tillit till terapeuten. Cecilia säger:

”De är oftast inte omedvetna om det. Ofta så... vet de det. Men de blottlägger inte att det finns ett trauma. Å andra sidan kan det vara så att de har upplevt någonting, som de inte har upplevt som ett vanligt trauma... utan som en del av en vardag. Men å andra sidan en omedvetenhet... om interpersonella svårigheter. (...) Vad finns det för mönster här, kan du testa det... då är det i rummet, men det ska ut i livet. Att man hela tiden lyfter det, är det något du använder ute i livet, att det finns den kopplingen hela tiden. (...) Om det kommer någon med en depression (...) och jag ser att det finns luckor... så frågar jag ju vidare om det. Är det så att jag ser att personen reagerar på ett visst sätt, så uppmärksammar jag personens reaktioner. För att sedan se om jag kan gå vidare, se om det finns någonting där. Sedan kan det ju hända att det tar lite tid, att man får vänta in innan det finns så pass mycket tillit. Så får den här personen berätta vad det rör sig om.”

När det gäller pdt-terapeuterna berättar majoriteten av dem att man på olika sätt lyfter hypoteser om omedvetna traumorna utifrån en bild eller känsla man får i situationen som skiljer sig från vad patienten berättar eller inte berättar om. Analytikern Bengt beskriver hur han kan komma i kontakt med och lyfta en tanke han får om att det skulle kunna finnas ett omedvetet eller dolt trauma hos patienten:

“alltså det händer... man får en sådan väldigt stark känsla. Herregud den här människan har varit sexuellt missbrukad... Det finns inget i materialet... det finns inget minne hos personen... men man kan få en sådan känsla. Alltså man associerar dit... folk säger olika saker. Eller beskriver saker så att man leds in i sådana tankar. Där har jag blivit modigare med åren ... om det liksom verkar vara på det sättet... den blir väldigt stark för mig den här bilden och den här personen har inte alls den här typen av associationer... Så kan jag säga att här sker något märkligt. När vi sitter här och pratar så får jag hela tiden den här bilden som om det hade skett ett sexuellt övergrepp. Du säger ingenting om det, men det kommer i mitt huvud... Vad tror du om det? Hur kan det komma sig? Har du någon tanke om det? ... Det betyder ju inte att... terapi handlar ju inte om juridik. Terapi handlar om det som man försöker förstå och som uppstår. Får jag en väldigt stark sådan bild, ja då måste den bilden på något sätt uppstått i relationen mellan mig och den andra. Varför är inte den andre i kontakt med den bilden... Sen behöver ju inte det betyda att det är någon slags bortträngda minnen eller någonting sånt där. Det behöver inte betyda att det har skett. Det kan bara vara att det har varit någon stark förbjuden tanke eller någonting. Men på något sätt måste det introduceras om det uppstår sådana saker...” (-) En kille berättar om hur mycket stryk han fått och verkar inte alls ha reagerat på det ... samma sak där. Man kan säga till honom mitt i alltihop: - mitt hjärta blöder när jag hör det, men du verkar inte reagera alls. Hur kan det komma sig att jag reagerar, det är ju inte jag som blev slagen. Det var ju du som blev slagen. Varför blir jag ledsen, varför blir inte du ledsen.”

Analytikern Lena berättar att om hon får en fantasi i terapirummet om att klienten har upplevt något svårt, tar hon upp det. Hon berättar att samarbetet i terapirummet gör att de saker hon tänker på i relation till patienten kan hon och patienten behöva fundera och prata kring tillsammans. Det gemensamma tankearbetet kan leda till nya insikter:

”... jag menar det är aldrig farligt att vara i en relation och fundera kring saker, för har man fel så har man fel, det är ju det, då får vi prata om det att jag hade fel. Alltså hela den här grejen om att man ska vara så försiktig... man ska naturligtvis inte vara hur plump eller grov som helst, men det är klart att saker jag får för mig behöver jag också fundera kring eller behöver vi fundera tillsammans kring. Det här är ju ett samarbete där patienten är med, och jag vet ju inte och han eller hon vet ju inte heller. Men vi kanske kan, med gemensamma krafter förstå någonting.”

Dynamikern Sven framhåller att han numera kan vara snabbare med att närma sig omedvetna trauman. Han tror att det beror på att hans erfarenhet och intuition ökat med åren, men också att förändringar i samhället driver upp takten även i terapirummet. Samtidigt poängterar Sven att de genombrott som sker hos en patient som gått länge i en terapi kan kännas betydande och fundamentala:

“ ... i teorin så ska man ju låta det mesta i så stor utsträckning som möjligt komma ur klientens egen historia eller alltså komma från klienten. Man ska vara abstinent och vänta ut att det kommer... Det som man själv får upptäcka har en bättre verkan än att bli påtalad någonting, så det är ju självklart... Men man kan väl säga att... stressen i samhället och alla sammanhang i vård... Det är en annan ingång överlag hos personer som söker terapi idag än vad det var, för 20 år sedan. Man har inte samma tanke om att det här får ta tid... Även om de söker en dynamisk terapeut... För mig i varje fall handlar det om lite snabbare behandlingstider. Ja, det är väl klart jag tror att jag som terapeut med åren förändrats lite i den riktningen att jag pushar mer... kanske känner gränserna för det bättre, min intuition, jag kanske litar bättre på min intuition på det sättet att: aah här kan man trycka på lite annars kommer det aldrig att hända något... Å andra sidan kan man säga att de genombrott som kanske kommer hos en klient som har gått jättelänge kan kännas oerhört viktiga och grundläggande, när de sedan väl kommer.”

***Emotioner och traumabearbetning.*** Att leva med obearbetade trauman kan leda till att svåra känslor triggas av de upplevelser man haft, eller att funktionella emotionella

reaktioner hålls tillbaka. Om traumat inte bearbetas fortsätter reaktionerna att påverka tillvaron vilket kan leda till en rad problem, såsom krympt livsutrymme och risken att traumat förstärks. Traumats påverkan på emotionerna är ett genomgående tema under samtalen med de åtta terapeuterna. De berättar att det är väldigt individuellt vilka emotioner som visar sig i terapierna och att vissa emotioner är mer framträdande än andra i behandlingen. Den övervägande delen av terapeuterna menar att det inte finns några specifika faser och förlopp avseende de olika emotioner som uppkommer under behandlingen utan patienterna uppvisar individuella känslöförlopp. Terapeuterna tar dock i stort upp samma emotioner som förekommande och viktiga i terapier när svåra upplevelser bearbetas. Skuld, skam, rädsla och ilska är centrala och flera av terapeuterna betonar speciellt skuldavlastningen och frigörandet från skammen som viktiga komponenter i behandlingen.

Dynamikern Sven lyfter fram att en traumatisk upplevelse kan skapa en oförtjänt känsla av skuld. En rättmätig ilska kan också bli resultatet av en traumatisk upplevelse, vilket i sin tur också kan bli ett problem om man fastnar i ilskan och stångas med den. Sven poängterar vikten av att ge emotionerna utrymme under terapin. Känslor kan dölja varandra, en ilska kan dölja en sorg eller en skuld, som först kan visa sig när ilskan spelats ut. Det kan också vara så att det under skulden kan finnas en ilska, berättar Sven, som menar att det är beroende av vad som ligger närmast för den enskilde individen att uppleva. Han tar upp att barn kan vara extra sårbara för att ta på sig skuld eller skam som ett sätt att försöka hantera en svår situation. Resultatet av traumat som skett i unga år kan komma att fortsätta att påverka människan även i vuxenlivet. Sven säger:

”... om det har inträffat i barndomen så kan det ju finnas känslor av skuld kring en händelse som det egentligen inte alls är realistiskt att ha en skuld inför. Barn kan ju ofta ha en förklaringsmodell som handlar om att man lägger orsaken till något inträffat på sig själv. Bara för att ha en förklaringsmodell.”

Psykoanalytikern Lena berättar att det är det destruktiva inom oss, som vi gärna skäms för och inte vill tala om, det som gör oss mänskliga, som det är viktigt att hitta till i terapin. Som skammen som kan uppkomma efter svåra livshändelser, som kanske varit omöjliga att hantera. Att kunna börja visa det svåra och börja sätta ord på det är viktigt, menar hon. Dynamikern Olle berättar om hur svåra omständigheter kan leda till en anpassning hos individen. Adaptiva känslor kan bli omgärdade av ångest på grund av tidigare svåra



upplevelser, vilket gör att man automatiskt försvarar sig mot emotionen och håller tillbaka den, exempelvis av rädsla för att bli övergiven. I relationer kan det handla om att man skäms för att man varit besvärlig och haft behov, istället för att kunna uppleva och ge uttryck för en funktionell ilska kring att inte få rimliga behov mötta av andra. Individen kan på det sättet hållas tillbaka i livet av känslor av skam eller skuld som inte är adekvata utan sprungna ur obearbetade upplevelser. Olle berättar hur skammen kan bli en livskrympande faktor om den samtidigt fungerar som en sköld mellan individen och känslor eller livssituationer som är ångestladdade:

”... den hjälper patienten att inte vara förbannad att inte ha kontakt med ilskan. Skammen är ju oftast ett sådant här taktiskt försvar, att man inte vågar, inte tror att man kan. Skammen dämpar, den hindrar, den slår ner blicken. Skammen gör att man avstår. Skammen är ofta en väldigt viktig sådan kraft för att hålla igång försvaren som skapar problem.”

Olle menar att drabbade ofta bara vill bli av med det dåliga måendet men att det är viktigt att hitta en mening i sina symptom, då symptomen är den mest adekvata reaktionen i en situation där tidigare svåra upplevelser lett till en för stor anpassning som beskär individens möjligheter. Det falska självet som uppkommit kan innebära att man inte längre i tillräcklig omfattning tar hänsyn till sina känslor eller styrs av känslor triggade av traumat. Något som ofta sker automatiskt, utan att man hinner tänka kring sina reaktioner. Olle berättar vilka följder det kan få:

”Det är ju ångesten och försvaren, det falska självet, anpassningen. Men det är en anpassning som kostar för mycket... Försvaren, de är förvisso nödvändiga, men de är hinder och det är de som skapar problem, som skapar symptom, depression och ångest... Lösningen är problem och jag menar... vi behöver ett falskt själv, vi har alla ett falskt själv. Vi måste ha det så. Men om man är för beroende av det, om det är för utpräglat, så att det sanna självet är på kylförvaring... då kommer man till slut i terapi.”

Olle menar att upplevelsen av att få kontakt med den unika individ man är gör att man får tillgång till mer av sin potential. Han poängterar vikten av att kunna ta plats som den man är, kunna få respekt för den man är och få leva i det med andra. I behandlingsrummet berättar

han att känslan och försvaret mot den ångestladdade känslan pågår hela tiden som en tresekunderssekvens, känsla-ångest-försvaret, känsla-ångest-försvaret och att det är viktigt att få patienten att stanna upp vid den otillåtna emotionen:

”Det gäller att sakta ner tempot och visa att det är något som oroar dig nu... Så börjar du förklara någonting... nu har du lämnat känslan.”

Försvaret mot en otillåten känsla kan se ut på många sätt, och känslan man försvarar sig mot kan också variera. Olle berättar att ilska ofta är den otillåtna emotion som kan vara den viktiga emotionen som framträder vid traumabehandling. Det är utmanande för patienten att uppleva känslan, eftersom rädslorna förknippade med att uppleva och ge uttryck för ilska aktiveras:

”... ofta är det den man vill komma åt först när man har jobbat med försvaret och patienten förstår att den försvarar sig och snarare angriper sig själv eller upplever att andra är förbannade eller missnöjda. Man försöker vara perfekt eller man är rädd för att få kritik eller man kritiserar sig själv. Man duger inte. Då är det ofta ilska på grund av brist. Det blir ju ett dilemma, för man kan ju inte vara så arg som man egentligen känner sig om man skulle känna efter. Därför att då är man ju rädd att relationen upphör.”

Kbt-terapeuten Cecilia nämner rädsla, ilska eller skam som de känslor som är mest förknippade med trauma. Hon menar att det är viktigt att arbeta med den innebörd patienten fått de svåra upplevelser man haft. Cecilia berättar att den psykoedukativa delen i terapin kan ha en terapeutisk effekt och vara ett första steg att komma förbi skammen. Patienter får bekräftelse på att de reaktioner de haft är vanliga och går att förstå eller förklara:

”... i den psykoedukativa delen när symtomen kommer upp så kan ju det också vara skamlösande. Att någonstans komma ifrån skam... det är ju inte så konstigt att jag reagerar så, det finns ju en förklaring till det och då har man redan i första ledet kommit ifrån det och sedan är det ju mycket möjligt man får jobba vidare...”

Kbt-terapeuterna Daniel och Robert berättar att de försöker få patienten att bli en aktör istället för ett offer via dialoger och rollspel i terapirummet, för att bearbeta traumareaktioner där känslorna skam och skuld är inblandade. Kbt-terapeuten Robert uttrycker att man ofta som drabbad vill komma från någonting, men att lösningen istället kan vara att lägga till något. Han lyfter fram att stolthet är en viktig emotion vid traumabearbetning och han arbetar med den på ett konkret, aktivt sätt:

”Jag har infört begreppet stolthet i alla sammanhang... hur stolt kan du vara? ...Det är ju frågan om du kan handskas med det som uppstår. Att komma till det man vill i tillvaron. Att möta situationer och möta kompetens för att möta situationer, istället för att man bara är... ett offer. Här är man aktör. Här hänger det ihop med vad man har behov av i livet... behov av i tillvaron som expanderar.”

Att reagera med skam och skuld över rädslor och oförmågor i en utsatt situation, om man exempelvis inte klarat att hjälpa sig själv eller andra är vanligt, enligt flera terapeuters berättelser. Det kan vara hjälpsamt att reflektera kring om det egentligen fanns andra möjligheter att agera och om beteendet man fördömer sig själv så starkt för egentligen var en reflex, menar kbt-terapeuten Robert. Han nämner en metod där man kan fråga den drabbade vad denne hade behövt i situationen. Tillägget kan förändra berättelsen och ger rum för att man kanske själv också behövde någon som kunde rädda en, vilket kan göra skillnad i upplevandet. Robert uttrycker att skam och skuld kan ta längre tid att läka ut, de är mer beroende av inläring och är kulturbundna känslor medan rädslan, är en mer kortlivad emotion som kan habitueras. Han menar att traumabearbetning ofta handlar om att få skuldavlasta sig och att patienter ofta har resonemang där de skuldbelägger sig själva. Hade jag inte funnits där och varit förståndig och hållit mig borta, är en typ av resonemang som kan förekomma, berättar Robert. Han uttrycker att det är viktigt att få exportera olägenheterna till yttre omständigheter eller till förövare, som i den goda traumabearbetningen kommer att få mer ilska på sig än i utgångsläget. Han beskriver hur en skuldavlastning kan komma till stånd i en terapi där tidigare traumatiska upplevelser har påverkat patienten:

”skuld, skam... jag tycker att det behövs ilska i många sammanhang... Att hävda sig, att ställa krav. Höra sig själv framföra sin vilja, alltså ilska. Att skylla ifrån sig... skyll ifrån dig!... finn fem fel! ... hitta på fem yttre omständigheter som har bidragit till att det inte blivit bättre än

så... Att få patienten att träna sig i att skylla ifrån sig, alltså konstruera den emotionen och uttrycka den. Så man lurar folk, skyll ifrån dig bara! Jag vill bara höra att du finner orden och så får du dem sagda. Det är att skuldavlasta sig, att skylla ifrån sig. Det har man ju väldigt svårt för att göra. Men det är att externalisera istället för att internalisera och det behövs ilska för det också. Alltså jag brukar låta patienterna också i rummet spela ilsk. – Skit i vilket om du inte tycker det... Då liksom spelar man rollen och kommer nära någonting också.”

Kbt-terapeuten Daniel betonar emotionsförloppets slut med sorg och att detta är den viktigaste känslan för att en traumabearbetning ska komma till stånd:

”Edna Foa... som har jobbat mycket med trauma då och PTSD, hon säger ju klart och tydligt att den läkande affekten, det som är den terminala affekten, om man ska ha framgång i behandling, är sorg. Man har blivit berövad någonting. Man har saknat någonting. Tidigare har man då trots att ilska har varit en väldigt bra affekt att landa i. Gråt inte! – Var arg istället! Liksom säg ifrån! Men att detta mera, har man sett, ska vara en övergående affekt i behandlingsprocessen och att man ska landa i sorgen för att det ska vara läkande. Människor som fortsätter att vara arga då och vill göra upp med personer håller såret öppet hela tiden... det blir aldrig en läkning så att säga... metaforiskt.”

Daniel berättar att han i terapi kan berätta att sorgen kan ha en läkande kraft. Sorgen och glädjen är sammanlänkade och det kan vara svårt att känna glädje om man försöker trycka undan sin sorg. Skam och skuld är mer komplexa emotioner än sorg, ilska och glädje, berättar Daniel, eftersom de har ett större kognitivt innehåll, skuldkänslor innehåller exempelvis mer skuldtänkande, de är inte på samma sätt rena affekter.

**Risker.** Att arbeta med trauman som kommer upp i terapi kan innebära risker. Flera olika infallsvinklar kring temat återges av de intervjuade och det som både kbt-terapeuter och pdt-terapeuter har gemensamt är att de lägger vikt vid att anpassa terapin efter individens förmåga att just då i sitt liv möta och bära det som tas upp i terapin. Terapeuterna ger flera olika exempel på hur de gör detta. Flera kbt- och pdt-terapeuter tar upp risker med att gå in och arbeta med traumat för tidigt eller för kraftfullt om patienten inte är redo. Personen

kanske inte kan bearbeta något traumatiskt innan man arbetat med en förberedande fas där man kan utveckla en ökad självförståelse. Andra berättar om försiktighet med att gå in i trauman vid psykosnärhet, eller vid svåra depressioner. En terapeut tar upp att det är viktigt att titta på om patienten kan bära det som tas upp i terapin mellan sessionerna. En annan tar upp vikten av att inte inleda en behandling innan klienten har fått prova om den är bekväm med terapeuten. Ytterligare en sak som tas upp av flera av terapeuterna är risken med att gå in i en terapi där behandlingstiden inte räcker till för att arbeta igenom det som tas upp. Dessutom tar flera terapeuter upp riskerna med att inte bearbeta traumatiska upplevelser.

Kbt-terapeuten Daniel är noga med att inte gå in för tidigt och för kraftfullt med interventioner för att bearbeta traumat. Han berättar att om man hört talas om exponeringsterapi i kbt kan det vara lätt att tro att det handlar om att utsätta sig kraftfullt och plågsamt för det svåra, ont ska med ont fördrivas, som är det verksamma. Han säger:

”Det kan finnas en uppfattning att man ska gå på traumat väldigt tidigt och väldigt kraftfullt, då ska det försvinna.”

Daniel menar att det inte är rätt väg att gå. Han jämför en sådan traumabearbetning med ett tandläkarbesök där bedövningen inte räcker till och att det då gör fruktansvärt ont. Det blir för brutalt och är kontraproduktivt då patienten inte kan ta in alla delar av det som sker, vilket behövs för att kunna få en ny upplevelse av tillvaron genom terapin:

”Hur gör man då? Man spänner sig i hela kroppen, man koncentrerar sig, kanske nyper med tårna i skon för att stå ut med den här smärtan och då tar man ju inte till sig vad som händer... Det som gör nytta är att man har sina sinnen öppna för nya intryck och erfarenheter. Bearbetar och begripliggör dem, så att man kan komma fram till nya slutsatser, nya strategier. Så man kan börja omvärdera de grundläggande antagandena man har om sig själv, om omvärlden, om andra människor, om livet, om framtiden. Det vi kallar för schemafokus då i kbt.”

Han menar vidare att det är viktigt att komma överens om en stopp-funktion i behandlingen, där den som bearbetar något svårt kan avbryta det som pågår. Att inte använda sin roll som terapeut för att pressa fram en berättelse är viktigt, speciellt om det traumatiska varit dolt eller undantryckt tidigare. Daniel berättar att han talar med klienten om detta. Att han kan tänka sig att det är svåra saker att tala om och att klienten själv måste avgöra om den

vill prata om det och hur mycket. Den som berättar om svåra upplevelser ska känna sig redo för det, annars kan det locka fram tidigare negativa destruktiva beteenden. En behandling kan driva in patienten ytterligare i beteenden som exempelvis självsvält, självskada, tvång och missbruk om personen inte är redo, menar Daniel. Han berättar att han ibland i samråd med klienten kan inleda en behandling långsamt, kanske med en enklare fobibehandling, för att klienten ska få närma sig metoden och behandlaren i lugn och ro och senare kunna bearbeta svårare händelser. Terapin kan också starta med att man utvecklar färdigheter så man kan hantera och förstå sina reaktioner och acceptera saker man inte kan påverka.

Dynamikern Sven lyfter fram försiktighet när man tar upp trauman hos patienten, exempelvis om individen lider av svår depression, om det är mycket skuld kopplat till traumat eller om man i övrigt bedömer att personens resurser under behandlingsperioden är små och personligheten bräcklig. Psykoanalytikern Bengt menar att man kan riskera att traumatisera patienten ytterligare i terapin om man inte ser till att det först finns förutsättningar för att gå in och arbeta direkt med svåra upplevelser. Han berättar att om en person exempelvis reagerar med att utsätta sig själv för risker i sitt leverne, då skulle han i första hand försöka stimulera fram ett sätt för personen att förstå sig själv i terapin, förstå sina egna reaktioner, förstå vad som händer, vad händer i kroppen, hur man kan förstå och tänka kring det. Först därefter blir det meningsfullt att gå in på de stora traumatiska händelserna i livet. En bedömning för att se vad som är mest hjälpsamt för individen sker alltid för att inte skada. Bengt menar att det är viktigt att avgöra när ett återupplevande av det svåra i terapin ibland kan vara till större skada än nytta för patienten:

”Det är svårt... en tös har blivit våldtagen. Om vederbörande inte har de här mentala mekanismerna och man säger att okej, nu ska vi prata igenom det, och gå igenom detaljer och så, då traumatiserar man mer. Då blir återupplevandet inte något som kan leda till en slags inre försoning. Då blir det ett nytt trauma. Och sedan så kan man fortsätta så, så traumatiserar man personen mer och mer egentligen. Det här är grovt va... egentligen.”

Kbt-terapeuten Cecilia nämner att en av anledningarna till att inte gå in i trauman under en behandling kan vara om personen är psykosnära. Kbt-terapeuten Robert tar även han upp diskussionen kring hur man ska förhålla sig till risken för att utsätta patienten för ett

psykosutbrott. Han menar att de som förespråkar att man inte ska erbjuda patienten någon hjälp alls, har fel. Han säger:

”Det var ju ett argument som vändes mot behandlingsinsatser förr i tiden, höll jag på att säga, att patienten kan bli psykotisk. Man ska alltså inte utmana patienten på något som man inte riktigt kan ro i land. Om patienten inte kan klara ut det, så är det bättre att inte göra nånting. Så det förespråkar ju att man inte skulle göra någonting. Det tycker jag är fel.”

Kbt-terapeuten Daniel menar också att man ska vara uppmärksam på hur trauman kan påverka klientens upplevelse av själva terapin och vilka tankar de kan skapa:

”Skuld och skam är väldigt komplexa och otydliga reaktioner som man behöver ha en vaksamhet för... De färgar ju också av sig på det interpersonella samspelet. Klienterna kan uppfatta att terapeuten försöker lägga på dem skuld och skam.”

Kbt-terapeuten Cecilia pratar om att det finns risker att skada i behandlingen, om man inte tar hand om det som kommer upp. Hon menar att det är viktigt att göra en ordentlig fallformulering, så man bättre förstår den man arbetar ihop med, för att undvika att aktivera tidigare svåra upplevelser:

”Vad är det för förväntningar patienten har på andra människor. Man måste vara oerhört noggrann där, så att man inte upprepar någonting som personen har varit med om. Att personen känner sig avvisad. Den typen av upplevelser. Eller så tänker jag också att man inte går in i trauman och lämnar personen i det, utan man måste ta hand om det i så fall.”

Cecilia berättar vidare att det är viktigt att bedöma om personen kan handskas med sina reaktioner mellan sessionerna. Det är en bedömning som alltid måste göras. Att tillsammans med klienten gå igenom var man kan vända sig, vilket nätverk man har om det blir svårt, att man kan vända sig till terapeuten eller att en extratid sätts in. Cecilia berättar att ett sätt att förutse hur belastad en klient kan bli är att titta på hur personen har hanterat

liknande situationer tidigare. Analytikern Bengt lyfter riskerna med att inleda korttidsbehandlingar vid mer komplex problematik hos patienter, där det är omöjligt att nå resultat under den korta behandlingstiden. Att väcka hopp hos patienten om att något som inte kan hända ska hända blir i längden bara destruktivt, när hoppet inte infrias, menar Bengt. Även terapeutens hopp om att kunna hjälpa tar skada. Han konstaterar att viss svårare problematik måste få ta lång tid att behandla, med hög behandlingsintensitet, för att resultat ska nås. Kbt-terapeuten Catarina berättar att hon inte inleder en terapi med en klient om hon inte tror man hinner eller kan ta hand om det som kommer upp, för att inte utsätta klienten för risker. Hon gör också en bedömning utifrån betalningsansvar, kompetens och resurser. Hon säger:

”Du måste ju alltid fundera på att undvika att skada. Det överväger man ju alltid. Är det här möjligt att vi hinner, den här klienten jag har framför mig, på de här gångerna vi har till vårt förfogande. Är det egentligen någonting som klienten ska betala själv, eller är det någonting som faktiskt det allmänna borde stå för? Där de är bäst, där de har bättre resurser.”

Hon berättar vidare om risker med att gå in för tidigt och behandla innan man är säker på att patienten är bekväm med samarbetet med terapeuten. Om patienten inte känner sig bekväm är det viktigt att inte fortsätta, eftersom det kan ge individen en negativ upplevelse av att gå i terapi, vilket kan påverka framtida arbete tillsammans med andra behandlare, Catarina säger:

”... det är väldigt bra att man går in och gör en analysfas där det är helt ok att man inte gör något mer efter den. Där patienten kanske kommer fram till att nej, det här var inte vad jag trodde och då slutar man. (...) Att man inte går in och gör behandling på en gång, då har man liksom inte bränt något för klienten. (...) Då har man inte förstört något för den som kommer sedan. Om man går in och gör behandling direkt och så blir inte det bra, då kan det bli jätteknepig för nästa.”

Kbt-terapeuten Robert berättar att han inte tror att det är vanligt att trauman läks ut av sig själva på grund av de undvikanden och kompensatoriska strategier som upplevelserna framkallar. Därmed kan traumat komma att styra mycket av livet, om man inte får hjälp.



Analytikern Bengt menar att trauman förstärks med tiden om man fastnar i att återuppleva det svåra. Han berättar att återupplevandet fortsätter att trasa sönder individens förmåga att bära de affektiva upplevelserna, vilket gör att man behöver hjälp för att stoppa den nedbrytning av mentaliseringsförmågan som sker som ett skydd. Bengt förklarar processen på följande sätt:

”... det är ju inte bara ett stillastående tillstånd utan det är ju också så att personligheten blir mer och mer skadad om man inte får hjälp. Sättet att skydda sig om man inte kan mentalisera, det är ju att ge sig på budbäraren så att den mentaliseringsförmåga som finns, den bryter man ner för att skydda sig. Ja det ter sig ju ofta så med de här traumatiska erfarenheterna. De här bilderna, att de blir starkare och starkare, att de tar större delen av dagen, att ångesten blir starkare och man får svårare att fungera i relationer, i yrkesliv och så vidare.”

***Behandlingsteori och den kliniska verkligheten.*** Det finns mycket behandlingsteori att ta del av inom olika psykoterapeutiska inriktningar. Ett undertema som framträder i materialet och som framhålls av flera terapeuter av olika inriktningar är begränsningarna i generaliseringarna som skapar teorierna, då varje klient och varje behandling är unik. Man kan i berättelserna se tendenser till att kbt-terapeuterna i högre grad konkret hänvisar till forskare som underlag för sina resonemang kring behandlingsinterventioner och metoder. Medan pdt-terapeuternas berättelser mer tecknar en bild av teorin som en del av dem, ett sätt att förhålla sig, en ram.

Kbt-terapeuten Catarina liksom samtliga andra kbt-terapeuter refererar till konkreta behandlingsmetoder under intervjuerna och till de forskare som ligger bakom dem. Catarina menar samtidigt att ingen behandling är den andra lik och att det är däri som styrkan ligger, att allt terapeutiskt arbete är individualiserat. Kbt-terapeuten Cecilia betonar också den kliniska verklighetens komplexitet och lyfter fram behovet av flexibilitet när det gäller behandlingsmetoder som är vetenskapligt testade på rena tillstånd, olikt de tillstånd hon möter i sitt arbete:

” ... jag tänker trots allt, det är forskare som har skrivit om det. De har ju ändå varit inne och jobbat med det kliniskt... Men forskarna, de jobbar

ju med sådana rena trauman... de kommer med rena tillstånd. Sedan så skriver de och skraddarsyr behandlingar som handlar om just det (...) Då tänker jag att det som man oftast möter som kliniker det är ju en mer blandad bild som man måste försöka bena upp från början. Då kanske man får blanda olika behandlingar för att man ska komma ända fram... och ta det stegvis.”

Analytikern Lena beskriver att praktisk erfarenhet av det kliniska arbetet och erfarenhet av att gå i egen analys är centralt. Utan dessa erfarenheter blir den teoretiska kunskapen just bara teoretisk kunskap. Dynamikern Sven uttrycker att han har svårt att hänvisa till en speciell metod, när han utför olika moment i sitt arbete. Där litar han till sin intuition istället. Analytikern Bengt beskriver teorier både som generaliseringar med begränsat användningsområde kliniskt och teori som ett verktyg förankrat i terapeuten själv, ett verktyg som gör det möjligt att kunna centrera uppmärksamheten:

“alltså vi kan bygga teorier ... alla sådana teorier är intressanta. Men de bygger på generaliseringar. När ni möter den enskilda patienten... så har ni ingen nytta av generaliseringarna (...) Tänker man så, så är man galet ute... varje människa är unik i sitt sätt... och det kan komma på vilket sätt som helst... (...) Men vi behöver någon slags teori i ryggraden... någonting som ger oss någon form av skygglappar. Alltså den myten eller modellen som vi har med oss in är någonting som ska hjälpa oss att se mindre. För skulle vi se allt som sker, ja då hade vi varit så jädra förvirrade så då hade vi inte kunnat göra nånting. Vi måste på nåt sätt kunna centrera oss ... nånting behöver vi... som förhoppningsvis blir nånting i ryggraden, som vi kanske inte i stunden tänker liksom varför tänkte jag så här, utan det bara finns där. Därför att vi har en slags modell.”

***Viktiga egenskaper och förhållningssätt.*** I sina berättelser lyfter de intervjuade terapeuterna en rad viktiga egenskaper och förhållningssätt i terapeutrollen, när svåra händelser ska bearbetas. Dock går det inte att finna några direkta mönster, utan terapeuternas svar är väldigt individuella. Av några framhålls empati. I övrigt nämns förmåga att stå ut med ångest och förmåga att bära svåra känslor. Lyhördhet, följsamhet, försiktighet, genuinitet,

sensitivitet och självreflektion är andra egenskaper som tas upp. Liksom att kunna använda sig av sina reaktioner i behandlingen, vara rimligt intelligent, tycka det är kul med människor, vara accepterande när det gäller egna svårigheter och att vara bekväm med vulgära uttryck vid exponering. Förhållningssätt som betonas är förmåga att lyssna, vara validerande, förhålla sig neutral, vara tydlig utan att såra, ha ett djupt engagemang, timing, tålmod och att vara icke-värderande.

Dynamikern Olle lyfter fram vikten av att patienten får utrymme att prata fritt utan att det som sägs värderas, det ska inte få några konsekvenser. Han menar att om man kan få till stånd den upplevelsen så har man en ganska unik situation, ett slags mellanläge mellan tal och skrift. Han nämner också vikten av att inte lämna patienten genom att lägga tekniker och förhållningssätt mellan sig och den andre som skydd, även om terapin går igenom en svår fas där mycket ilska eller besvikelser riktas mot terapeuten. Han säger:

”Man måste vara inne i det, man måste vara inne i det och man måste vara oskyddad, annars delar man det inte heller.”

Kbt-terapeuten Robert tar upp att all den skuld och skam som brukar styra i traumabearbetningssammanhang gör det extra viktigt att validera klienterna. Kbt-terapeuten Cecilia betonar lyhördhet och förmågan att bära svåra känslor när det gäller traumaterapi, men också förmågan att visa att man klarar att ta emot det som sägs och att återkomma till saker som man som terapeut inte uppmärksammat, även om det är något som bara sagts i förbifarten. Det är viktigt eftersom det visar att terapeuten kan ta hand om den tillit som patienten visar genom att berätta. Cecilia säger:

”... att inte bli förskräckt av vad det är man möter. Man måste visa någonstans att man hör, man pallar med det. Det gör man ju dels genom att hålla en struktur, dels att inte backa när det är något som berättas i historien och komma tillbaka till det. Också ibland kan det hända att det sägs någonting som bara blir sagt jättesnabbt. Om man inte helt uppmärksammar det från början, då måste man visa när man reflekterar över det och komma tillbaka till det. Annars har man ju... bränt ett förtroende som ges, så det är viktigt.”

Dynamikern Sven pekar speciellt på empati, timing och äkthet, och att kunna stå ut med ångest utan att drivas in i aktivitet och prat. Att inte bli aktiv eller nervös eller tröstande eller något annat utan uthärda att ta emot det svåra och på det sättet hjälpa den andre att genomleva det. Att vara genuin i mötet med patienten är en annan viktig egenskap, menar Sven. Då följer kroppsspråk och röstläge med och kan ytterligare kommunicera det som sägs till den andra. Sven menar att för honom går det inte att arbeta schemalagt eller med i förväg förberedda formuleringar, utan det som kommuniceras måste födas i stunden, när det känns rätt. Sven säger:

”Empati är ju givetvis alltid viktigt, men kanske också ångesttolerans. Att stå ut med att någon berättar fruktansvärda saker... jag tänker på tortyr. Och... sådana saker, död och olycka, den typen... då tänker jag att man säger ... det är väl en inställning... jag kanske säger om jag känner att jag är genuin när jag säger på ett visst sätt, så kanske det ligger för mig att säga på något sätt. En annan person är på ett annat sätt och kanske genuin när den säger på ett helt annat sätt, och då blir det rätt och så vidare. Det viktiga är ju kanske att det inte finns *en* formulering som är rätt. (...) Det är ju egentligen så med det mesta, att genuinitet och timing känns som viktiga faktorer. Att om jag nu som terapeut vill prata om da da da da... detta i stunden när jag säger det, har min känsla med mig så att jag kan förmedla det med hela mig. Också med röstläge och kroppsspråk... det är möjligt att en annan person kan göra det på ett annat sätt... kan ha en professionell attityd och framtoning som är lite mer ordnad eller schemalagd... Men äkthet och timing. Att man inte innan den här timmen tänker: idag ska jag säga det här. Det kanske inte alls passar. Utan att man snarare kanske wow... nu passar det bara, det kommer liksom, det känns givet... Det kommer till en att aah det passar nu...”

Analytikern Bengt resonerar såhär kring viktiga egenskaper och förhållningssätt:

” ... passion alltså. Det måste finnas ett passionerat deltagande. Det måste finnas en djupt engagerad terapeut som faktiskt anstränger sig och försöker förstå sin patient. (...) Man måste tycka det är kul med människor. Man måste ha mycket tålamod. Ja, man måste vara rimligt

intelligent... Det är liksom vårt jobb att försöka begripa vad som sker...  
sen resten är träning och träning och träning...”

Kbt-terapeuten Catarina nämner förmågan att kunna vara tydlig utan att såra och att försöka särskilja vad som är eget inre material från vad som är klientens och att ta upp sina reaktioner med en handledare vid behov. Hon berättar att ens reaktioner på klientens trauman kan bero på egna trauman. Trauman hos terapeuten som ligger för nära klientens kan vara ett problem. Catarina berättar att man riskerar att antingen bli skör eller okänslig, inför det svåra. Även kbt-terapeuterna Daniel och Cecilia tar upp att egna inre reaktioner i terapiarbetet kan vägleda dem i att förstå det som inträffar i rummet. Daniel framhåller vikten av att arbeta med sig själv som människa och se sina begränsningar och att särskilja sin yrkesroll från privatlivet:

”Jag arbetar överhuvudtaget med mig själv. Som den människan jag är i livet och ser min litenhet inför saker och ting. Jag tror det är välgörande... att man inte odlar någon slags omnipotens... `jag är så himla formskicklig` och `jag kan ta allting som är så himla svårt` och `jag ska ta allting som är svårt` det är det... Se sina egna begränsningar... leva ett liv själv... Jag brukar göra ett nummer av det... Jag är inte psykolog, jag arbetar som psykolog. Jag trivs väldigt bra med mitt yrke... Men vad jag är för någonting är mer än så...”

Daniel tar vidare också upp att han som terapeut har sig själv som instrument och han framhåller bland annat förmågan att använda sig av sin utbildningsterapi och av egna erfarenheter i livet när han bedriver terapi. Ett tema i en terapi kan vara att hitta en acceptans för de svårigheter i livet som det inte är möjligt att förändra, vilket kan vara ett inre arbete som man behöver återkomma till om och om igen. Daniel säger:

”Det handlar ju om en lyhördhet, en sensitivitet då. Som handlar om empati, ett försök att försöka leva sig in i en annan människas värld, en annan människas reaktioner ... de händelser som en annan människa varit med om... men också vara lyhörd för vad som händer hos den här personen... (...) ... Hur man själv reagerar utifrån sin egen historia. Det finns ju kanske en diskrepans mellan patientens reaktioner och ens egna... så man vet vad som ligger hos en själv. Då kan jag säga sådana

saker som att som du märker så reagerar jag... och jag blir ledsen, men jag är inte rädd för min sorg. Och jag vet att sorgen innehåller en läkande kraft, och det är ju också någonting vi kan fundera kring om det är någonting som vi kan jobba med här. Sorg och glädje sitter på samma axel i känslsystemet... försöker man trycka undan sin sorg så är det svårt att känna äkta glädje... och då kan jag koppla det till det här som jag brukar kalla self-disclosure i terapin... självtlämnanden. Jag kan då välja saker och ting som jag tror kan passa in för den här människan då. Som har att göra med mig som den människa som jag är i livet och vad jag har varit med om. Utan att jag på något sätt belastar patienten med svårigheter. Utan det ska ju vara saker som jag skaffat mig en relation till och klarat ut på ett eller annat sätt... Det betyder ju inte att jag måste ha löst problem först, utan det kan ju också betyda då att jag accepterat och förlikat mig med saker och ting som... liksom påverkat mig mycket då som människa och de val jag har gjort kring saker och ting... när det gäller de väsentliga sakerna i livet. Man får försöka ta livet som det är och försöka leva det på ett så bra sätt som möjligt, och påverka de saker som går att påverka och de andra får man lära sig att acceptera. Men det är väldigt lätt att säga att man ska acceptera någonting. Det är betydligt svårare att göra det så att säga. Så det kan vara lätt för en terapeut som inte varit med om de här sakerna eller inte har känt den här smärtan som patienten känner att säga: det här ska du acceptera, det här ska du lära dig att leva med... det är inte färdigt i och med det ... utan man får acceptera det så många gånger som det behövs ... kanske många gånger om dagen.”

**Inspiration.** Oavsett inriktning verkar terapeuterna som intervjuats hitta inspiration från liknande källor. Böcker om behandling nämns flitigt. Många terapeuter berättar också att en stor källa till inspiration är att ha kontakt med patienter och med kollegor, att gå i handledning eller att själv bedriva handledning, eller att vara med i en yrkesförening. Kliniker som pdt-terapeuter ofta nämner att de läser böcker av är Winnicott, Freud, Bion, Yalom och Igra. Kbt-terapeuter nämner bland andra Linehan, Holmes, Foa och Kåver. Dock skiljer sig kbt-terapeuterna från pdt-terapeuterna på en punkt, där hälften av kbt-terapeuterna direkt eller indirekt hänvisar till evidensforskning, som inspiration till behandlingsarbetet.

Analytikern Bengt hänvisar till böcker och möten med människor som stora kunskaps- och inspirationskällor. Han berättar att allt det man läser blir en total sörja som till slut blir ens egen modell, men att den stora lärdomen kommer från annat håll:

”... Den stora kunskapen, som ni kommer att få all kunskap ifrån, det är de människor som ni träffar, det är de som lär en. Man läser mycket, går i handledning under perioder och så, men den stora kunskapen ligger i mötet. Erfarenheten av att arbeta med människor...”

Dynamikern Sven har inspirerats mycket av föreläsningar och litteratur. Han berättar också att han haft stort utbyte av att läsa Freuds texter, även om Freuds tankegångar kanske inte alltid är lika gångbara idag, i behandlingsarbetet:

”Jag tycker att han är litterär att läsa, och jag tycker oavsett det rent psykodynamiska innehållet så är det kul att läsa. Spännande läsning. Det har jag haft stort utbyte av. Jag har alltid tyckt att det har varit väldigt obegripligt och löjligt att slakta Freud (...). Det är väl inte så konstigt, det är ju över hundra år sedan liksom. Det är som om man inte förstår att tiden har gått och man får ta varje sak i sitt perspektiv och i sin kultur. Där tycker jag fortfarande att det är ett fantastiskt arbete han har gjort och grundlagt jättemycket. Så att absolut Freud, absolut. Jung har jag läst med stor... Winnicott är det ju många aktiva terapeuter som hyllar och det har jag också gjort väldigt mycket. Jag har tyckt om att läsa och följa hans tankar... En svensk analytiker som ju så tragiskt avled tidigt var Ludvig Igra... Där har jag haft stort utbyte av att läsa hans böcker och också lyssna på föreläsningar. Jag tyckte han var en fantastisk föreläsare och Irving Yalom!”

Dynamikern Olle hänvisar till en mängd saker i en process, men nämner som de flesta andra också litteratur, där Winnicotts tankegångar har gett mycket inspiration:

”Alltså Winnicott är ju väldigt viktig för mig i detta. Det finns ju inget winnicottskt sätt att jobba på. Det var det som var hans grej. Alla ville jobba som Winnicott, men han sa det, men var er själva då! Men just kopplingen till trauma tänker jag. Jag tror jag har lärt mig mycket av honom i det alltså att mycket handlar om brister i trauma ...

Anknytningsteorin är ju så aktuell nu för tiden igen, så varje gång jag läst något mentaliseringsbaserat så tänker jag: ja okej, det är bra att det aktualiseras, men alltså det här pratade Winnicott redan om på 30-, 40-, 50- talet.”

Kbt-terapeuten Catarina nämner yrkesföreningar som en viktig inspirationskälla, men återkommer ofta till vikten av att se vilken behandling som är evidensbaserad. Kbt-terapeuten Cecilia menar att rollen som handledare berikar rollen som kliniker. Hon berättar att när hon har formulerat något i en handledning, är det något hon själv kan föra in i sitt eget arbete. Kbt-terapeuten Daniel menar att vetenskap och beprövad erfarenhet är första prioritet att inspireras av. Om det finns forskning eller utprövade behandlingsmodeller så är det där han startar. Kbt-terapeuten Robert betonar vikten av kreativitet i yrkesutövandet. Han betonar behandlingsarbetet och de lösningar som det gäller att hitta där, som en stor källa till glädje och inspiration. Han säger:

”... det har ju varit väldigt mycket lust och glädje och intresse och hittepåverksamhet. På ett sätt har det varit väldigt mycket att hitta på. Att finna modeller och lösningar, sätt att agera, hantera och hela upplägget. När det gäller beteendeterapeutisk behandling innebär det att man gör exponeringar tillsammans med patienten för att se vad det ger för resultat. Ger det inga resultat, så bra säger man, då behöver vi inte göra det mer. Så tar vi bort det och så får vi se vad som kommer närmast att ägna sig åt.”

Robert berättar att han inte varit typen som kört igenom tegelstenar. Men att artiklar, småsaker som man kan tycka inte är så stora eller viktiga, som han har hittat i olika forum, har blivit viktiga och lett terapiarbetet vidare. Han menar att det roliga har kommit ur att få experimentera, arbeta praktiskt och lyckas i behandlingsarbetet:

”... små nyanser som gör att man kan ändra, åhhhh! det ger en inkörsport så va. Det har hela tiden haft att göra med praktiskt görande... alltså hela den beteendeterapeutiska verksamheten handlar om att man också gör, hittar på, hittepåverksamhet... experimenterar. Det är en glädje i att testa och pröva. Funkar det inte så vet man det... men många gånger tycker jag



att det har givit utdelning, och det har väl varit det som har varit förstärkande... roligt.”

### **Verksamma och icke-verksamma faktorer**

*Verksamma faktorer.* Terapeuterna vi har intervjuat har utifrån sina olika arbetsområden angett många faktorer som gör behandlingen verksam. Ett genomgående undertema, som en majoritet av terapeuterna oavsett inriktning tar upp, är att på olika sätt återuppleva traumatiska händelser i rummet, med känslor. Vid exponering i kbt kan det handla om att hitta rätt nivå på sinnesupplevelsorna. Ett annat undertema som direkt eller indirekt återfinns hos samtliga terapeuter är betydelsen av en god behandlingsrelation, för ett positivt utfall. Kbt-terapeuterna tar upp vikten av ett förberedande förarbete innan exponering. Andra verksamma faktorer som nämns är att arbeta med traumats personliga innebörd för patienten, att anpassa sig efter patientens språkbruk, normalisering, hjälpa patienten att utveckla sin mentaliseringsförmåga, få sörja förluster och att ha en tidsintensitet i behandlingen.

Återupplevandet av de traumatiska händelserna med känslor beskrivs olika av terapeuterna, beroende på deras olika inriktningar. Analytikern Lena berättar att eftersom hon arbetar med en så tydlig ram kommer tidigare relationella trauman att gestalta sig i terapirummet och återupplevas av klienten, via överföringen. Terapeuten kommer att brista eller klienten kommer att uppleva det som om denne brister, på samma sätt som det brustit tidigare i klientens liv. Skillnaden menar Lena, är att hon kan tänka kring det som händer och tillsammans med klienten undersöka det som sker mellan dem. Det kan ge klienten möjlighet att bearbeta det som läggs ut i rummet via olika försvar som exempelvis splitting, projektiv identifikation och projektion. Skuggor från tidigare relationella trauman faller mindre tunga över relationer i nuet. Via relationen med terapeuten kan klienten internalisera ett nytt mindre förföljande inre objekt. Dynamikern Sven berättar om bearbetningen av yttre traumatiska upplevelser. Han menar att det är viktigt att nå emotionerna. Det gäller att skapa en möjlighet för patienten att nå bakom de ytliga beskrivningarna som hindrar traumabearbetningen, tränga bakom orden så att dessa blir levande:

”Det är inte ovanligt att en person som beskriver en för länge sedan inträffad händelse, på nytt får kontakt med känslorna och därmed ges en möjlighet att fördjupa bearbetningen. Det säger sig självt kanske, men det är ändå grejen. Att försöka återuppleva det genom att beskriva.

Tyvärr är det väl många gånger så att det kan finnas många lager på det sättet att personen kanske många gånger har berättat om det. Det var så hemskt och da da da da da brrr... ja liksom känslorna är inte alls närvarande utan man har snackat ihjäl det. Då kan det vara ett arbete att försöka tränga bakom orden... att hitta ett sätt att komma bakom den repeterande beskrivningen som kanske bara har dolt det hela. Det är väl egentligen bara det faktum, att det då ger en ny möjlighet att kanske hitta en ny ingång till det kanske, eller utgång snarare... både utgång och ingång, och att man kanske som terapeut i bästa fall i det läget får vara med om den resan eller händelseutvecklingen. Kanske kunna styra någonstans. Att hjälpa till att försöka få vederbörande att stanna upp inför det smärtsamma kanske.”

En annan dynamiker, Olle, beskriver återupplevandet av traumat med känslor som ett arbete med att vända jaget mot försvaren och förändra dem, så att de i större omfattning gagnar individen. En självanklagande människa kan då exempelvis börja rikta mer av sin ilska mot omvärlden istället för att vända den mot sitt själv. Olle menar att det inte är tillräckligt att prata om emotionerna utan man måste istället uppleva dem genom att tränga igenom försvaren och komma närmare eller uppleva det sanna självet:

”Då räcker det egentligen inte att sätta ord på känslorna. Man måste komma ett steg djupare så att säga... det räcker inte att tala om dem. Man måste uppleva dem. Talar man för mycket om dem får man den här distansen till dem ... man kan inte visa sig. Lösningen är problem. Det här sa redan Winnicott. Alltså hans tankar om det sanna och falska självet. Att vi behöver ett falskt själv, vi har alla ett falskt själv, vi måste ha det så. Men om man är för beroende av det, om det är för utpräglat... Man måste komma bakom försvaren och komma i kontakt med upplevelserna och känslorna. Hur det var, hur man känner, vem man egentligen är.”

Kbt-terapeuterna Daniel och Catarina tar upp att återupplevandet av traumat med känslor bara kan inträffa om patienten berättar om det som den råkat ut för. Det innebär att det redan i ett tidigt stadium av arbetet krävs eftertanke av terapeuten rörande vad samtalen i terapirummet tangerar. När exponering ska göras i terapin gäller det att arbeta gradvis, anpassat efter klienten, så att återupplevandet av svåra minnen och känslor inte blir för starkt.

Daniel säger att det är viktigt att patienten ska kunna ha sinnena öppna och kunna ta in och bearbeta det som sker. Kbt-terapeuten Robert, berättar att sinnesupplevelserna hos patienten måste vara på rätt nivå när man arbetar med exponering. Detta innebär ibland att vulgära uttryck bör användas av terapeuten för att kunna komma nära känslan i den traumatiska upplevelsen. Även om själva uttrycken kan vara vulgära ska exponeringen ske varsamt med omsorg om patienten, poängterar Robert. Exponering för minnesangivelser bygger på den klassiska habitueringseffekten, alltså att konfronteras med minnena, med emotionerna, med upplevandet och visualiserandet, tills ångesten avtar. Robert ger exempel på skillnaden mellan en icke-verksam berättelse i traumabearbetning och en verksam sådan:

“En beskrivning som inte är verksam snarare populistisk är vad äter du till frukost? Jag äter gröt och lite äppelmos till det. Är det gott? Ja det passar bra på morgonen tycker jag, jag vaknar till det ... det är ett svar på vad man äter till frukost. (-) Verksam är då skillnaden mellan en berättelse och en traumabearbetning. Om man ska göra detta till en traumabearbetning så måste man fråga hur känns gröten i munnen? Var sitter din uppfattning om gröten i munnen och på vilket sätt är gröten god mot dig smakar den gott? Då handlar det bara om smaken... hur känns gröten i munnen, mot tänderna, mot tungan, vad gör du med gröten i munnen och när du sväljer gröten hur känns den i halsen, är den lite motig i förhållande till mjölken, har gröten någon lukt? Alltså sinnen, alltså sinnen helt enkelt ... sinnesupplevelser.”

I samtliga av terapeuternas berättelser nämns direkt eller indirekt vikten av en god samarbetsrelation mellan patienten och terapeuten, som en viktig faktor i terapiarbetet. Kbt-terapeuten Cecilia menar att arbetet med terapeuten kan bli en grogrund för en positiv upplevelse som man tar med sig vidare ut i livet. Dynamikern Olle tar upp att en god matchning mellan terapeut och klient kan göra intoningen lättare. Något som dock i slutändan alltid är terapeutens ansvar, menar Olle. Analytikern Bengt berättar att själva det terapeutiska arbetet sker i en fungerande relation och att det krävs en intensitet i behandlingen om man ska kunna förändra något grundläggande hos klienten. Han tror att det är en av de största svårigheterna idag inom offentlig verksamhet, att man inte tillåter sig att arbeta intensivt. Analytikern Lena pekar speciellt på att det som är verksamt är relationen mellan terapeut och klient. Hon framhåller att det är viktigt att relationen mellan terapeut och klient blir på riktigt,

det är via mötet mellan terapeut och klient som arbetet sker och det finns inga genvägar förbi det. Lena säger:

“... man måste vara i en riktig relation, man måste våga röra sig i mötet med en annan människa i en riktig relation. Det finns inga shortcuts. Det finns inga trollspön. Det är hårt arbete och det är väldigt roligt.”

Majoriteten av kbt-terapeuter nämner på olika sätt att man i behandlingen alltid måste ha ett förberedande förarbete innan exponeringen. Kbt-terapeuten Robert berättar att patienten måste vara motiverad till att delta. Man måste tillsammans konstatera att patientens kompensatoriska strategier och undvikanden inte leder framåt till något som gör det lättare i livet, bara svårare. Patienten vill ofta bara bli av med minnena, känslorna och undviker det svåra. Men undvikandet bara förvärrar problemen. Lösningen är att i behandlingen gå åt motsatt håll. Kbt-terapeuten Robert beskriver att det inte går att dra patienten efter sig, man måste få med sig patienten i behandlingen och det sker genom att svårigheterna som personen lever med blir bekräftade. Dessutom görs en konsekvensanalys, Robert säger:

”Man kan aldrig gå före och dra patienten i ett rep om halsen, nä nä ... utan man måste ha patienten framför sig, patienten måste ta stegen själv. Därför tror jag också att det är viktigt att man måste ha ett mellanläge där man bekräftar patientens problem, bekräftar patientens emotioner, bekräftar patientens lidande. Men också ställa frågan: allt det du gör för att må bättre, jag hör allt det du gör för att bli bättre, hjälper det dig att må bättre på lång sikt?”

Cecilia nämner vikten av att titta på den personliga innebörden traumat har för den enskilda individen:

”Innebörden kan ju till exempel vara att tycka att man inte gjort tillräckligt, en skuld, det är viktigt att någonstans lyfta det.”

Flera pdt-terapeuter och flera kbt-terapeuter berättar att de inte använder den kliniska termen trauma, om inte patienten själv gör det. De anpassar sitt språkbruk efter klientens. Majoriteten av kbt- terapeuterna lyfter fram normalisering som verksamt, kbt-terapeuten Robert berättar att det kan vara en extra viktig komponent i behandlingen när traumatiska

upplevelser bearbetas. Analytikern Bengt lyfter utvecklingen av patientens mentaliseringsförmåga som en viktig verksam faktor i terapi. Han berättar att utmaningen för terapeuten är att förstå vad som händer, skapa en mental bild av det och att sedan kunna förmedla det till patienten, där den stora utmaningen är att hitta formuleringar som når hjärtat. Bengt säger:

”... i rummet, i relationen när man sitter med sin patient, och det uppstår någonting, en stark affekt. Om det är ångest eller en kroppslig oro eller man märker en kroppslig rörelse eller man vänder bort blicken (...) så gäller det att fånga upp det. Så utifrån vad man vet om den människan försöka berätta att jag tror att det här hände nu. Jag tror att när jag sa såhär, så hände det och det i dig (...) Jag försöker skapa någon slags bild av vad som försiggår eller vad som borde ha försiggått inne i den här människan (...) Förhoppningsvis när jag ger min bild, så hjälper det den människan, att åtminstone från början få hoppet om att det här går liksom att begripa. Sedan efterhand att man lär sig ett sätt att tänka om sig själv som innebär att man kan stanna upp och reflektera istället för att ångesten bara kommer. Istället för att man bara måste agera. Det räcker inte med att man säger det en gång ... två miljoner gånger...”

***Icke-verksamma faktorer.*** När det gäller icke-verksamma faktorer har flera olika saker tagits upp av terapeuterna. Att i terapin återberätta det som skett på ett sätt som närmar sig ruminering, upprätthåller problemen snarare än att vara verksamt. Att gå för fort eller för långsamt fram vid exponeringen är en annan faktor som hindrar behandlingsframgång, liksom att bli för defensiv i sina behandlingsinsatser vid arbete med klienter som är aggressiva eller hotfulla. En terapeut tar upp drabbades vilja att bli av med svåra minnen och känslor som icke verksamt. Att bara arbeta med det yttre traumat, utan att beröra de inre kumulativa trauman som aktiveras, nämns av en av terapeuterna som icke verksamt.

Kbt-terapeuten Cecilia berättar att patienten ibland kan ha en bild av att denna ska berätta om den traumatiska upplevelsen gång på gång för att må bättre. Men att detta inte alltid är behjälpligt. Hon försöker då ändra riktning på samtalet genom att göra en konsekvensanalys tillsammans med patienten:

“... vissa har en bild av att detta ska jag bara berätta om och om och om igen, sen kommer det att bli bra... Någon sorts bild av tömmande. Det blir ofta inte väsentligt ... Inte bara upprepande av samma berättelse hela tiden, det leder ingenstans. När det närmar sig någon form av ruminerande. Ibland kan man få patienter som kommer med ruminerande i terapirummet och det är inte verksamt, det är bara upprätthållande. Man måste försöka komma på ett annat spår... att bryta det. Ja ibland går det inte, ibland får man någonstans kapitulera där. Men någonstans tänker jag att det gäller att prata omkring en rational. Vad är det som är hjälpsamt, hur har du det efter det här på lång sikt... och på kort sikt. Alltså göra någon sorts undersökning av det och på det sättet försöka komma ifrån det... alltså begripliggöra det.”

Kbt-terapeuten Daniel framhåller att det inte är verksamt att gå för fort fram i terapin med exponeringen av traumatiska minnen. Han framhåller vikten av en gradvis förhöjd exponeringstrappa med inbyggda säkerhetsfunktioner. Han berättar att det dock inte finns något sätt att genomföra en exponering på, utan att klienten initialt börjar må dåligt igen. För stor försiktighet blir inte heller verksamt. Daniel tar även upp risker för behandlare som arbetar med aggressiva eller hotfulla patienter att bli för lågprofilerade och defensiva i sina insatser, vilket kan leda till att resultat i behandlingen uteblir. Kbt-terapeuten Robert pekar ut den drabbades önskan att försöka bli av med de svåra minnena och känslorna som icke verksamt. Istället gäller det att nå en acceptans för minnena och emotionerna, som då blir mindre svåra att leva med genom att man i behandlingen vågar ge sig i kast med att på olika sätt våga möta det omöjliga, som då blir mindre, och som avtar, allt eftersom förmågan att handskas med det som skett ökar. Robert säger:

” ... det gäller att komma igång med det som är omöjligt att göra och upptäcka att det omöjliga, det går att prata om. Det går att syssla med, det går att ta sig in i. Att det blir mindre och mindre. Att det har att göra med att det är någonting som tilltar, kompetenser, förmågor att handskas med att ha minnesbilder och så vidare som inte blir så hemska utan att man låter dem vara och finnas där. ”

Analytikern Lena menar att det inte är verksamt att enbart arbeta med det yttre traumat. Hon berättar att alla yttre trauman automatiskt kommer att aktivera de inre kumulativa traumana hos en människa och att man måste ner och arbeta på en personlig nivå, i den inre världen, för att nå resultat. Att bara arbeta på en konkret platt nivå är icke-verksamt, menar hon. Lena säger:

”... om man bara jobbar med ett yttre trauma som ett yttre trauma, så kommer man inte så långt (...) där finns ingen koppling tillbaka till den inre världen (...) folk som är kraftigt yttre traumatiserade de tänker ju såhär platt, och man måste få ner dem under det, annars är det ingen vits. Det är som att sätta plåster på ett skottsår. Det hjälper inte.”

## Resultatsammanfattning

**Trauma och dess orsaker.** De åtta terapeuterna har samtliga på ett övergripande plan liknande beskrivningar av hur de ser på *vad trauma är*. Komponenter som individuell sårbarhet och yttre stressorer hittas genomgående i samtligas berättelser. Majoriteten av pdt-terapeuterna lyfter fram kumulativa trauman i tidig barndom och ger dessa mycket utrymme i sina berättelser. Kbt-terapeuterna lyfter yttre stressorer, men även upprepade missförhållanden, utan att fokusera på trauman i tidig barndom på samma uttryckliga sätt. När terapeuterna diskuterat *tecken på trauma* har majoriteten återkommit till tecken på tillitsbrist, antingen till terapeuten, andra människor eller framtiden. Andra tecken som lyfts är somatiska besvär av olika slag. De skillnader som framkom när de åtta terapeuterna berättade om sin *grundsyn på trauma* slår även igenom när terapeuterna ska prata om *orsaker till att traumasymptom* utvecklas. Majoriteten av pdt-terapeuterna förklarar symptombildning med den individuella sårbarhet som kan uppkomma tidigt i livet på grund av tidiga relationella kumulativa trauman. Majoriteten av dessa terapeuter konstaterar dock uttryckligen att mycket svåra händelser i livet är traumatiserande för alla, oavsett vilka förutsättningar man har. Kbt-terapeuterna förklarar symptombildning med både yttre stressorer och med individuell sårbarhet, som är beroende av vad man fått med sig tidigare i livet. I kbt-terapeuternas berättelser läggs dock sammantaget större tonvikt på det yttre traumats inverkan vid symptombildning. En av kbt-terapeuterna knyter symptombildning till evolutionära mekanismer.

**Holistiskt eller partikularistiskt perspektiv.** Synen på behandling och på användandet av *kategoriseringar och diagnosticeringar* skiljer sig mellan de kbt-terapeuter och de pdt-terapeuter vi har intervjuat. Kbt-terapeuterna diskuterar oftare traumasymptom med de psykiatriska diagnosernas kategoriseringar, medan pdt-terapeuterna mer sällan vill använda sig av psykiatrins diagnospråk. Majoriteten av pdt-terapeuterna uttrycker ett mera holistiskt perspektiv, då de ofta uttrycker att de inte vill tala i termer av diagnoser eller andra kategoriseringar och behandlingen diskuteras mer som en enhetlig ram man förhåller sig till. Kbt-terapeuterna intar i sina berättelser ett mer partikularistiskt perspektiv. De använder sig ofta av psykiatriska diagnoser i sina berättelser och delar i sina berättelser oftare upp behandling och symptom i olika kategorier som exempelvis diagnoser, exponeringar och fallformuleringar. Dessa uppdelningar är i berättelserna starkt kopplade till bedömningar som syftar till att göra behandlingen säker för patienterna. Det går en skiljelinje mellan



terapeuterna också vad gäller hur de *informerar* patienterna kring trauma under behandlingen. För kbt-terapeuterna ingår det som en naturlig del av behandlingen, men inte för pdt-terapeuterna som ogärna går in i en roll där de arbetar med ett avgränsat informationsmoment, men att de antingen kan ge mycket kort information, eller ingen alls.

**Behandling.** Oberoende av inriktning delar terapeuterna synen på *mål i terapin*. Att kunna leva bättre och hantera emotioner kring svåra upplevelser på ett bättre sätt, nämns av en majoritet. Oavsett inriktning uppger en majoritet av terapeuterna att de inte anser kategoriseringar som etnicitet, klass eller kön vara så användbara och viktiga, då det gäller att *möta individen* med dennes unika förutsättningar i en terapisituation. Exempel på när det dock kan spela roll kan vara när det gäller könsaspekter, där en patient som utsatts för övergrepp inte bör behandlas av en terapeut av samma kön som förövaren. Flera terapeuter av olika inriktning tar också direkt eller indirekt upp att kulturella skillnader av olika slag kan försvåra arbetet om klientens och terapeutens begreppsvärldar skiljer sig väldigt mycket åt. När det gäller att *behandla traumat via metod eller relation* berättar pdt-terapeuterna att de arbetar direkt i relationen till patienten. Kbt-terapeuterna berättar också om relationen som ett verktyg i behandlingen, men också om metoder som klient och terapeut samarbetar kring.

*Utformningen av behandlingen* är ett genomgående tema i terapeuternas berättelser. Både pdt- och kbt-terapeuter bedömer behandlingens längd individuellt, helt beroende på den enskilda patientens behov. Samtliga kbt-terapeuter berättar att klienten bestämmer målet för behandlingen, i samråd med terapeuten. Terapeutens uppgift är att bedöma och samtala kring vad man tror är verksamt i behandlingen för patienten och att inte genomföra skadliga behandlingar. Pdt-terapeuterna beskriver arbetet med klienterna i termer av att de samarbetar eller att terapeuterna hjälper klienterna, eller att klienterna själva i stor utsträckning styr vad som tas upp under terapisessionerna. Vad gäller *skillnader mellan traumaterapi och övrig terapi*, kan man se ett mönster i pdt-terapeuternas berättelser att i mycket liten omfattning särskilja traumaterapi från annan terapi, medan kbt-terapeuterna gör en tydlig åtskillnad genom exempelvis längre terapisessioner och sessioner specifikt avsedda för behandling av trauma. När det gäller *hantering av omedvetna eller dolda* trauman i terapin, kan man se ett mönster av att kbt-terapeuterna inte använder sig av begreppet omedvetna trauman, medan pdt-terapeuterna gör detta i enlighet med den teoribildning de arbetar efter. *Emotioner och traumabearbetning* är ett genomgående tema under samtalen med de åtta terapeuterna, där flera underteman framkommer. De berättar att det är väldigt individuellt vilka emotioner som visar sig i terapierna och att vissa emotioner, som skuld, skam, ilska och rädsla, är mer

framträdande än andra som ett resultat av traumat. Den övervägande delen av terapeuterna hänvisar till ett individuellt förlopp avseende emotioner, utan specifika faser. Terapeuterna betonar speciellt skuld- och skamavlastningen som viktiga behandlingskomponenter. En kbt-terapeut betonar speciellt emotionen sorg som en viktig känsla att landa i, för att traumabearbetning ska komma till stånd. *Risker* i samband med traumabehandling som nämns är av olika karaktär. Det som pdt-terapeuter och kbt-terapeuter har gemensamt är att alla anpassar behandlingen så att patienten kan hantera det som tas upp i terapin. Flera exempel ges på detta, där en försiktighet med att gå gör fort fram, är ett undertema som delas av både pdt- och kbt-terapeuter. Dessutom nämns bland annat försiktighet vid svår depression eller psykosnärlighet. Ytterligare ett undertema som kommer fram är risker att gå in i en terapi där behandlingstiden är för kort och risker med att leva med obearbetade trauman. När det gäller *skillnaden mellan behandlingsteori och den kliniska verkligheten*, delar terapeuterna överlag synen på begränsningar i teorins generaliseringar, där varje behandling ser olika ut. Kbt-terapeuterna hänvisar oftare konkret till forskning för att underbygga sina resonemang kring olika interventioner, medan pdt-terapeuterna oftare pratar om teori på ett icke-konkret sätt, där teorin snarare är en ram, förankrad i terapeuten själv. När terapeuterna pratar om *viktiga egenskaper och förhållningssätt* under behandlingen syns inga tydliga mönster. Några nämner empati, en förmåga att stå ut med ångest, bära svåra känslor, neutralitet samt ett icke-värderande förhållningssätt. Andra nämner lyhördhet, följsamhet, försiktighet, genuinitet, sensitivitet, självreflektion och att kunna använda sig av sina reaktioner i behandlingen. Att terapeuten måste vara rimligt intelligent, tycka om kontakten med människor, ha en förmåga till acceptans när det gäller egna erfarenheter och svårigheter och att vara bekväm med vulgära uttryck vid exponeringar. Förhållningssätt som betonas är förmågan att lyssna, vara validerande, förhålla sig neutral, vara tydlig utan att såra, ha ett djupt engagemang, timing, tålamod samt vikten av träning. Samtliga terapeuter anger att de hämtar *inspiration* till behandlingsarbetet från litteratur. Kbt - terapeuterna hänvisar i högre grad till evidens, vilket i inget fall sker för pdt-terapeuterna. Flertalet terapeuter hänvisar också till att de hämtar inspiration genom att både ge och få handledning och från kollegor och yrkesföreningar. En pdt-terapeut lyfter fram mötet med människor.

***Verksamt och icke-verksamt.*** Större delen av terapeuterna betonar, oavsett inriktning, att det är *verksamt* att återuppleva traumatiska händelser i terapin med känslor, för att en bearbetning av traumatiska upplevelser ska komma till stånd. Flertalet terapeuter tar också upp vikten av en god behandlingsrelation. Kbt-terapeuterna tar individuellt specifikt upp

vikten av ett förarbete innan exponering, att arbeta med traumats personliga innebörd för patienten, anpassa sig efter patientens språkbruk, normalisering, samt att patienterna ges en möjlighet att få sörja förluster under behandlingen. En pdt-terapeut lyfter fram att det verksamma är att utveckla patientens mentaliseringsförmåga och att få arbeta med en tidsintensitet i behandlingen. När det gäller *icke-verksamma faktorer* lyfter en kbt-terapeut fram ruminering och en annan kbt-terapeut att traumabehandlingen inte blir verksam om exponeringen av känslor och minnen inte blir på rätt nivå. Övervägande delen av terapeuterna nämner intellektualisering som icke-verksamt. Risker att bli återhållsam med behandlingsinsatser med klienter som är aggressiva eller hotfulla, liksom patientens vilja att fly svåra minnen och känslor, tas upp som andra icke-verksamma komponenter i behandlingen. Att inte adressera patientens inre kumulativa trauman, vid behandling av yttre trauman, nämns av en av pdt-terapeuterna som icke-verksamt.

## Diskussion

### Studien i förhållande till teori och tidigare forskning

Vår studie överensstämmer med den teori och de tidigare studier vi inkluderat rörande begreppet trauma. Begreppet är inte enhetligt och det råder ingen konsensus kring definitionen. Sättet begreppet används på av de åtta terapeuterna och sättet terapeuterna förklarar traumautveckling ter sig vara kopplat till deras teoretiska inriktning, där pdt-terapeuterna har en likartad syn, vilket också gäller för kbt-terapeuterna. Huruvida psykologerna i studien är insatta i andra definitioner av begreppet trauma och dess orsaker framkom inte i vår undersökning. Alla tar i sina berättelser om trauma upp händelser som täcks in under den definition av trauma som anges i DSM IV, kriterie A, som syftar till att förse kliniker med flexibla riktlinjer som tecknar konturerna av den traumatiska upplevelsen.

Pdt-terapeuterna menar att inre och yttre trauman samspelar vid utvecklingen av symptom. I enlighet med teorin fäster pdt-terapeuterna dessutom stor vikt vid kumulativa trauman i den tidiga barndomen, för förståelsen av symptomutveckling vid senare svåra livshändelser. Detta skiljer sig från kbt-terapeuternas beskrivning av symptomutveckling där tyngpunkten i berättelserna i stället till större del läggs på det yttre traumats roll i kombination med vad man fått med sig tidigare i livet. Terapeuternas beskrivning av behandling i vår studie speglar väl det teoretiska behandlingsavsnitt vi har inkluderat i denna uppsats. Noteras kan att i enlighet med vårt teoriavsnitt är eye movement desensitization and reprocessing, EMDR, och cognitive processing therapy, CPT, förekommande i traumaterapi, dock kan konstateras att ingen av de intervjuade nämner detta.

När det gäller behandling har pdt-terapeuterna bland annat poängterat vikten av att tränga förbi försvar med syfte att bearbeta traumatiska upplevelser genom att nå känslan. Processen de beskriver är komplex vilket också teorin hänvisar till. De försöker också i likhet med teoretiska utgångspunkter identifiera bortträngt omedvetet material och lyfta det i syfte att göra det medvetet så att det kan bearbetas. En stor del av pdt-terapeuternas berättelser handlar också om att lyfta skeendet i rummet mellan terapeut och patient för att medvetandegöra att patienten är fångad i tidigare upplevelser av relationer eller traumatiska upplevelser som färgar av sig på patientens upplevelse av terapeuten. Att se detta fördjupar patientens förståelse av sig själv. Pdt-terapeuterna i vår studie har i stort föredragit att inte resonera utifrån kategorier och diagnoser, som hittas i DSM IV, vilket kan förklaras av att den dynamiska inriktningen inte har som vana att följa psykiatriska principer kring

diagnosticering, utan har sina egna diagnostiska kriterier som bland annat bedömer personligheten.

När det gäller kbt-terapeuternas beskrivningar av behandling känns deras teoretiska utgångspunkter också väl igen. Terapeuterna tar upp generella mål vid kbt-behandling, att hjälpa den drabbade att processa och integrera traumat och att hjälpa personen att återgå till tidigare liv och aktivitetsnivå genom att reducera undvikandebeteendet. Här ses exempelvis undvikanden av stressande tankar och känslor, situationer och platser, aktiviteter och människor, vilket de intervjuade kbt-terapeuterna också ger exempel på i sina berättelser. Detta kan även gälla minnet av det psykologiska traumat som patienten försöker undvika diskussioner och samtal kring, så att inte smärtsamma känslor ska komma upp. I intervjuerna är det tydligt att kbt-terapeuterna gör konsekvensanalyser för att möta patientens undvikande och få till stånd korrigerande erfarenheter och i likhet med teorin återkommer kbt-terapeuterna i intervjuerna till exponeringsterapi. Vid exponering poängteras vikten av att på ett säkert sätt konfrontera traumatiska minnen och traumarelaterade situationer för att reducera orimligt stark ångest och reducera traumarelaterade förväntningar. En av de intervjuade kbt-terapeuterna berättar om imaginär exponering för att hjälpa patienten att emotionellt processa sina upplevelser via fysiska sinnesförmågor som förknippas med den traumatiska händelsen, likaså in vivo-exponering utanför terapeutrummet. De berättar också om förlängda terapisituationer, att de ger en rationell förklaring för behandlingen samt ångesthanteringsträning där inslag av hävdelsesträning och rollspel återfinns. I vissa av kbt-terapeuternas intervjuer kan man också se inslag av både beteendeterapi och kognitiv terapi. Vi kan se typiska inslag av kognitiv terapi där man identifierar traumarelaterat tänkande som triggar undvikande eller omfattande negativa känslor. I terapin utmanas sedan dessa övertygelser och förväntningar.

Vi menar att neuropsykologiska förklaringar kring rädsla, oro och ångest, enligt Le Doux (1999), går att applicera på samtliga terapeuters berättelser, där man kan se att terapeuten och patienten gemensamt arbetar för att skapa en ökad kortikal kontroll över amygdalas signaler av oro, rädsla och ångest, via återupplevande. Vägen dit är olika, antingen man gör detta via att arbeta med att bearbeta kognitiva förvrängningar, tränga förbi försvar, eller att låta patienten göra beteendeeexperiment. Termerna låter tekniska och kalla, men skeendena som beskrivs är det inte. Gemensamt för terapeuternas berättelser av vad som är verksamt är att relationen till patienten är central. Det terapeutiska arbetet ska ske i en trygg atmosfär där terapeut och patient tillsammans möter olika sidor av klientens upplevande.

## **Studien i relation till frågeställningarna**

Vi har i denna del valt att relatera till materialet i vår studie utifrån likheter och skillnader mellan pdt- och kbt-terapeuterna.

***Likheter mellan terapeuternas syn på trauma och dess orsaker.*** Terapeuterna från de båda inriktningarna delar till viss del förståelsen av vad trauma är, även om avgörande skillnader finns, som presenteras nedan. Samtliga terapeuter diskuterar trauma som en enstaka chockartad händelse, exempelvis en olycka, ett överfall, krigsupplevelser eller en naturkatastrof, och ofta nämns att fara för eget eller annans liv föreligger. Direkt eller indirekt tar också samtliga terapeuter upp långvariga missförhållanden, som kan påverka individen djupgående. Återkommande i berättelserna är att ett trauma är något som bara kan bestämmas av individen som upplever det. Det hittas flera likheter mellan terapeuternas berättelser kring hur de upplever tecken på att patienten har svåra livsupplevelser bakom sig, där olika somatiska tecken och tillitsbrist hos patienten, återkommer i terapeuternas berättelser.

***Skillnader i terapeuternas syn på trauma och dess orsaker.*** Även om både pdt- och kbt-terapeuters förståelse av trauma inbegriper både att det handlar om stora yttre händelser och att det även kan röra sig om långvariga missförhållanden, skiljer sig terapeuterna från de olika inriktningarna åt på en avgörande punkt gällande hur de formulerar sin förståelse av trauma och dess orsaker. Majoriteten av pdt-terapeuterna ger de tidiga kumulativa traumana stort utrymme i sina berättelser och de förlägger orsaken till traumasymptom till stora delar på personlighetens möjligheter att bära svåra händelser senare i livet. Kbt-terapeuterna gör inga uttalade kopplingar till tidig barndom när de diskuterar symptomutveckling och tonvikten förläggs främst till yttre trauman, men där individens möjligheter att bära det inträffade interagerar. Dessa skillnader speglar väl de skillnader som återfinns i de teoretiska inriktningarnas förståelse av begreppet, där dynamiker ser personlighetens första strukturer, som grundläggs under tidig barndom som viktiga för individens möjligheter att senare möta svårigheter i livet. Kbt-terapeuterna föreställer vi oss till större del lutar sig mot nyare traumaforskning och mot olika inlärningsteorier, som till större del kopplar yttre orsaker till symptomuppkomst.

***Likheter i terapeuternas syn på behandling, bedömningar och avgränsningar.*** Målet för terapeuternas arbete är att öka livsutrymmet för patienten och att via terapin bearbeta svåra minnen och känslor, så att patienten bättre kan hantera sina emotioner. Ett undertema som

framträder i materialet och som framhålls av flera terapeuter av olika inriktningar är begränsningarna i generaliseringarna som skapar teorierna, då varje klient och varje behandling är unik och därmed utformas också behandlingsplanerna individuellt. Terapeuterna i studien tillmäter i stort olika kulturella, könsmässiga och klassmässiga skillnader liten betydelse, och även här fallerar generaliseringarna, då varje individs omständigheter bär sin egen särart. Dock kan dessa skillnader spela roll om patientens och terapeutens begreppsvärldar skiljer sig mycket åt, då de kan försvåra terapin, där en terapeut nämner att exempelvis skam är en kulturburen känsla. Vi tänker oss att terapeuternas svar kan vara en spegling av den individbaserade kliniska utbildningen, samt det stora urval av människor klinikern arbetat med och fått erfarenhet av under sitt yrkesliv, och att det också kan vara ett resultat av ett förhållningssätt, som ingår i professionen.

Den övervägande delen av terapeuterna ser samma emotioner som förekommande i terapier, när svåra upplevelser bearbetas. Skuld, skam, rädsla och ilska är centrala. Under traumabearbetningen ser terapeuterna det som viktigt att hjälpa patienterna att frigöra sig från skuld eller skam som uppkommit efter svåra livshändelser man inte kunnat hantera. Kbt-terapeuter och pdt-terapeuter har sammantaget en gemensam syn på att det kan innebära risker att bearbeta trauman i terapi och att dessa måste bedömas. Terapeuterna lägger samtliga vikt vid att anpassa terapin efter individens förmåga att möta och bära det som tas upp under terapisessionerna. Terapeuterna ger olika exempel på detta, exempelvis försiktighet vid psykosnärlighet eller svår depression hos patienten eller att inte exponera för kraftfullt direkt, eller att förbereda patienten med en inledande fas i terapin innan bearbetningen sker, om patienten bedöms behöva detta. Ytterligare en risk som tas upp av flera terapeuter av olika inriktningar är risken med att gå in i en terapi där behandlingstiden inte räcker till för att arbeta igenom det som kommer upp och också risken för att traumasymptom förstärks om ingen bearbetning sker, nämns.

I sina berättelser lyfter de intervjuade terapeuterna en rad viktiga egenskaper och förhållningssätt i terapeutrollen, när svåra händelser ska bearbetas. Det terapeuterna har gemensamt är att alla ger olika svar kring vilka egenskaper som främjar behandlingen. Några av de egenskaper och förhållningssätt som nämns är empati, förmåga att stå ut med ångest, förmåga att bära svåra känslor, lyhördhet, följsamhet, försiktighet, genuinitet, sensitivitet och självreflektion. Förmåga att lyssna, vara validerande, förhålla sig neutral, vara tydlig utan att såra, ha ett djupt engagemang, timing, tålmod och att vara icke-värderande. Man skulle kunna reflektera kring de spridda svaren här och göra en koppling till att psykologyrket är ett förhållandevis fritt, individuellt och kreativt yrke med stort utrymme att utforma sin egen

funktionella stil. Detta ger dessutom potentiellt större förutsättningar för en god matchning mellan terapeut och klient. Oavsett inriktning lyfter terapeuterna litteraturens roll som stor inspirationskälla.

*Skillnader i terapeuternas syn på behandling, bedömningar och avgränsningar.* En tydlig skillnad mellan pdt- och kbt-terapeuter framkommer när det gäller diagnosticering och kategorisering. En faktor bakom att pdt-terapeuterna i mindre omfattning vill diskutera behandling utifrån psykiatriska diagnoser, tänker vi oss kan kopplas till att det är en terapiform med lång historik som haft möjlighet att bygga egna traditioner under en längre period än kbt-terapeuterna. Eftersom den kognitiva terapin först hade sitt intåg på 1960-talet tänker vi oss att det föll sig mer naturligt att ta intryck från ett redan existerande diagnossystem. Att den psykodynamiska skolbildningen har äldre rötter märks i vår undersökning också genom att pdt-terapeuterna refererar till äldre litteratur, än vad deras kollegor gör. Kbt-terapeuterna lyfter ofta under våra samtal att deras metoder är evidensbaserade och flera tar upp att evidensbaserad forskning inspirerar behandlingsarbetet. Metodens koppling till kvantitativ forskning med en positivistisk vetenskapssyn blir tydlig vilket knyter dem närmare en medicinsk syn på utövandet av psykoterapi, där symptomkategoriseringar ingår som en naturlig del av världsuppfattningen.

En annan iakttagelse vi gjort utifrån resultatet är att kbt-terapeuterna i sina berättelser starkt betonar att göra bedömningar för att garantera säkerheten under behandlingen. Motsvarande uttalanden återfinns inte hos pdt-terapeuterna i samma grad. Vi har tankar kring att detta kan vara kopplat till att patienten i kbt-terapi utför många av de hemuppgifter som ingår i terapin, utanför terapirummet och inte tillsammans med sin terapeut. Där pdt-terapeuternas arbetsmetod istället innebär att terapin sker genom relationen till terapeuten, där terapeuten ständigt är närvarande. Kbt-terapeuterna arbetar med särskilda informationsmoment, psykoedukation, där information kring patientens symptom förklaras. Pdt-terapeuterna berättar att de inte arbetar med sådana moment eller i mycket liten omfattning. Vi föreställer oss dock att pdt-terapeutens tolkningar under terapin till viss del fungerar som individ- och situationsanpassade korta informationsmoment. En skiljelinje som framträder när vi tar del av materialet är att kbt-terapeuterna ger uttryck för sin strävan efter en jämlik relation i behandlingen, exempelvis via den kollaborativa empirismen, där de informerar om och diskuterar behandlingsplan eller behandlingsmetod med patienten och håller en utbredd psykoedukation. Patienten väljer också i samråd med behandlaren problemfokus att arbeta utifrån. Strävan efter en jämlik relation tas inte upp explicit av de



dynamiskt inriktade terapeuterna. Vi tänker oss att det är viktigt att alltid problematisera relationen mellan klient och terapeut, då terapirelationen i sig alltid bär med sig en inbyggd ojämlikhet oavsett strävan. Då det är terapeuten som är den som sitter med expertkunskapen i rummet och klienten är den som söker terapeutens hjälp, vilket blir extra tydligt i kbt-moment där terapeuten exempelvis undervisar i psykoedukationen.

Ett annat mönster som framträder är att den psykodynamiska/analytiska metoden försöker bearbeta tidiga kumulativa trauman genom patientens relation till terapeuten, som kan väcka ångest över tidiga relationella trauman till liv. Genom detta kan ångesttoleransen ökas då bearbetning av det svåra kan ske. I kbt-terapeuternas berättelser ser man att terapeuterna ofta beskriver sin relation till patienterna som ett verktyg för att dämpa ångest, där bearbetningen av ångestväckande material istället sker utanför terapirummet, via exponeringar eller via metoder i rummet, exempelvis rollspel, eller att låta patienten uppleva svåra minnen under behandlingen, i terapeutens sällskap. Vi tycker oss dock se att den kbt-terapeuts berättelse som handlar om att arbeta interpersonellt bär vissa likheter med dynamikernas beskrivning av arbetet med kumulativa trauman. Vi föreställer oss att likartade processer här sker i bägge terapiinriktningarna, men att de förklaras och benämns annorlunda, utifrån vilken teorigrund man tillhör.

Kbt-terapeuterna skiljer på traumaterapi och övrig terapi, vilket inte pdt-terapeuterna gör. Kbt-terapeuterna berättar om längre sessioner eller sessioner anpassade speciellt för traumabearbetning. När det gäller behandlingsteori och den kliniska verkligheten refererar pdt-terapeuterna i sina berättelser generellt mer till teori än till metod, där det motsatta gäller för kbt-terapeuterna. Att dynamikerna/analytikerna resonerar mer utifrån teori, kan vara kopplat till att formerna som teorin finns invävda i mera utgår från ett abstrakt plan, och metoden snarare är en ram att förhålla sig till, än många olika metoder att applicera. En annan skillnad är kbt-terapeuternas hänvisningar till evidensbaserade metoder som inspiration till behandlingsarbetet, som inte nämns av dynamikerna. Vi spekulerade kring traditionsbundna orsaker till detta där pdt-terapeuter kanske fortfarande inte har för vana att uttalat luta sig mot en evidensbas.

Slutligen uppkommer en tydlig skiljelinje mellan kbt-terapeuter och pdt-terapeuter när det gäller temat omedvetna eller dolda trauman och hanteringen av dessa i terapin, vilket vi tänker oss helt enkelt beror på skilda teoretiska uppfattningar. Kbt-terapeuterna uttrycker att de inte använder begreppet omedvetna trauman, medan pdt-terapeuterna gör detta. Flera av

pdt-terapeuterna berättar att de kan lyfta omedvetna eller dolda trauman, om de tror att det finns sådana hos patienten.

***Likheter mellan terapeuternas syn på verksamma och icke-verksamma faktorer.*** När det gäller forskning kring vad som är verksamt i psykoterapi fokuseras det mestadels på resultatstudier kring vad som är verksamt, effekt, där man gör jämförelser mellan samma terapiformer eller andra terapiformer. Dock har det gjorts få studier som vi känner till när det gäller forskning på vilka olika interventioner som är verksamma eller effektiva i en terapi. En väg till kunskap om verksamma interventioner är att ta del av erfarna terapeuters upplevelser, vilket vi har gjort i denna studie. Ett genomgående undertema, som en majoritet av terapeuterna oavsett inriktning tar upp som verksamt, är att på olika sätt återuppleva traumatiska händelser i rummet, med känslor. Vid exponering i kbt kan det handla om att hitta rätt nivå på sinnesupplevelsorna. Vid pdt kan det handla om att uppleva en händelse man berättar om på ett emotionellt plan, även om lång tid passerat och på det sättet fördjupa bearbetningen. En rörelse inom dynamisk terapi har varit att alltmer lämna fokus på det symboliska språket. Killingmo och Gullestad (2011) beskriver hur inriktningen allt mer utvecklats mot att vända uppmärksamheten mot affekterna i terapisituationen. En av dynamikerna riktar i sin berättelse fokus mot upplevelser av det sanna självet som verksamt i behandlingen, ett ordlöst kort tillstånd, mellan terapeut och patient, då patienten är i upplevelsen av sitt sanna själv. Ett annat undertema som direkt eller indirekt återfinns hos samtliga terapeuter är betydelsen av en god behandlingsrelation för ett positivt utfall och att anpassa sitt språk efter patientens, att exempelvis inte själv använda ordet trauma om inte patienten själv gör detta. En pdt-terapeut tar upp vikten av att få arbeta med tidsintensitet i behandlingen för att den ska bli verksamt, samt betydelsen av att utveckla patientens mentaliseringsförmåga.

***Skillnader mellan terapeuternas syn på verksamma och icke-verksamma faktorer.*** I resultatet kan skönjas att terapeuterna ger varierande svar kring vad som är verksamt eller icke-verksamt och det syns ingen tydlig koppling mellan pdt- och kbt-terapeuternas individuella uppfattningar. Kanske detta också kan ha att göra med vilken terapeut som genomför vilken intervention och att olika terapeuter är en bättre matchning med vissa interventioner och därför lyckas bättre med dessa. Kbt-terapeuterna nämner normalisering och psykoedukation som viktiga för att nå framgång i behandlingen, liksom vikten av ett förberedande förarbete inför exponering och att arbeta med traumats personliga innebörd för

patienten, samt möjligheten att få sörja förluster. Kbt-terapeuterna tar upp att det är icke-verksamt i terapin att återberätta det som skett, på ett sätt som närmar sig ruminering, vilket upprätthåller problemen, liksom att det är icke-verksamt att gå för fort eller för långsamt fram vid exponeringen. Detsamma gäller om terapeuten blir för defensiv i sina behandlingsinsatser vid arbete med klienter som är aggressiva eller hotfulla. En kbt-terapeut tar upp drabbades vilja att bli av med svåra minnen och känslor som icke verksamt. En pdt-terapeut tar upp att det är icke-verksamt att bara arbeta med det yttre traumat, utan att beröra de inre kumulativa trauman som aktiveras.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Terapeutiskt arbete är mångfacetterat och båda de terapeutiska inriktningarna kbt och pdt är rustade att möta en rad svårigheter som människor upplever. Vår uppsats har självklart inte kunnat täcka in alla fält av terapeutiskt arbete, utan fokus ligger på ett brett spektra av traumatiska upplevelser, som orsakat skam, skuld, oro, rädsla eller ångest hos individen. Det finns aspekter av det kliniska arbetet som är svåra att fånga och benämna. Tyst klinisk kunskap, den del av terapiarbetet som ibland hörs benämnas som en konst, kan bara erfarenhet ge. Vi hoppas att terapeuternas återgivna berättelser ger läsaren en möjlighet att närma sig synteser de gjort under ett långt yrkesliv. Vi tänker att vår studie har bidragit till att samla en bild av hur erfarna terapeuter upplever delar av sitt arbete, genom att ämnet har belysts ur en ny vinkel, och vi har även sammanfattat behandlingskunskap under ett brett parapy. Vi tänker oss att vi levandegör teori genom terapeuternas berättelser och tillför nya nyanser och dimensioner i förståelsen av kliniskt arbete. Vår studie pekar mot att terapeuter från de olika inriktningarna upplever trauma och utvecklingen av traumasymptom på olika vis, där deras upplevelser är beroende av den kontext, den terapeutiska inriktning, som terapeuterna verkar inom. Dessa skillnader upplever vi återspeglas i terapeuternas berättelser om behandling, där pdt-terapeuterna sammantaget ter sig ha större fokus på inre tidiga trauman och kbt-terapeuterna sammantaget har större fokus på yttre trauman, även om individuella variationer framkommer i materialet. Dessa skillnader i behandling föreställer vi oss att vidare studier, möjligtvis med en annan metod eller design, ytterligare hade kunnat teckna bilder av för att belysa betydelsen detta får för den enskilde patienten i praktiken beroende på om den vänder sig till en pdt- eller kbt-terapeut. Slutligen menar vi att vårt val av metod bidragit till att våra forskningsfrågor fått svar, även om studien är för liten för att kunna generalisera kring.

## Referenslista

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV TR*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Bersoff, D. (2008). *Ethical conflicts in psychology*. (4. uppl.). Washington DC: American Psychological Association.
- Bem, S. & De Jong, H.L. (2008). *Theoretical issues in psychology: An introduction*. (2. uppl.). Cornwall: Sage Publications.
- Broberg, A. Granqvist, P. Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2008). *Anknytning i praktiken: Tillämpningar av anknytningsteorin*. Finland: Natur och Kultur.
- Camic, P. M. Rhodes, J. E. & Yardley, L. (2004). Naming the stars: Integrating qualitative methods into psychological research. I Camic, P. M. Rhodes, J. E. & Yardley, L (Red.), *Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and design* (pp.3-14). (3. uppl.). Washington DC: American Psychological Association.
- Christensen, G. (2004). *Psykologins vetenskapsteori* (A. Erlandsson, Övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2002).
- Danieli, Y. (Red.). (1998). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*. (2. uppl.). (K. Larsson Wentz, Övers.). Malmö: Studentlitteratur.
- Hawkins, P. & Shohet, R. (2008). *Handledning inom behandlande yrken*. (B. Lindqvist, Övers.). Polen: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1989).
- Hembre, E. A. & Marinchak, J. (2008). Cognitive Behavior Therapy, Adult. I G. Reyes, J. D. Elhai & J. D. Ford (Eds.), *The Encyclopedia of Psychological Trauma* (pp. 126-131). Hoboken, NJ: Wiley.
- Killingmo, B. & Gullestad, S. E. (2011). *Undertexten - psykoanalytisk terapi i praktiken*. (G. Zetterström, Övers.). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2005).
- Kudler, H. (2008). Psychodynamic Therapy, Adult. I G. Reyes, J. D. Elhai & J. D. Ford (Eds.), *The Encyclopedia of Psychological Trauma* (pp. 528-531). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kåver, A. (2006). *Kbt i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Le Doux, J. (1999). *The emotional brain*. UK: Orion House.
- McWilliams, N. (2005). *Psykoanalytisk diagnostik: Att förstå personlighetsstruktur*. (E. Björkander-Mannheimer, Övers.). Finland: Wahlström och Widstrand. (Originalarbete publicerat 1994).
- Nishith, P. Resick, P. A. & Griffin, M. A. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive processing therapy for female rape victims with post-traumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 880-886.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring MD: Alliance of psychoanalytic organizations.
- Shapiro, F. (2002). Emdr treatment overview and integration. I F. Shapiro (Red.), *Emdr as an integrative psychotherapy approach: Experts of different orientations exploring the paradigm prism* (pp.27-55). Washington DC: American Psychological Association.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2004). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 51-80). London, SAGE.
- Weathers, F. W. & Keane, T. M. (2008). Trauma, Definition. I G. Reyes, J. D. Elhai & J. D. Ford (Eds.), *The Encyclopedia of Psychological Trauma* (pp. 657-660). Hoboken, NJ: Wiley.
- Willig, C. (2009). *Introducing qualitative research in psychology*. (2. uppl.). Glasgow: Open University Press.

## **Bilaga 1.**

Hej!

Vi är två psykologstudenter som i vårt avslutande uppsatsarbete på psykologprogrammet vid Lunds universitet tittar närmare på psykologers erfarenheter av arbetet med obearbetade trauman i samtalsterapier. Undersökningen avser dock inte att utforska akuta, i tid, närliggande trauman och behandling av dessa. En av våra förhoppningar är att få ta del av den enskilde terapeutens bild av vad som är verksamt i terapier där traumatiska erfarenheter av olika slag visar sig vara av betydelse.

Vi är nyfikna på hur terapeuter upplever behandlingen av klienters traumatiska erfarenheter och hur det praktiska arbetet utformar sig. Dessa upplevelser har vi tänkt undersöka genom att djupintervjua erfarna psykologer. Vi hoppas få möjlighet att ta del av den tysta kunskap som erfarna yrkesutövare bär med sig. Vi vänder oss till såväl psykodynamiska terapeuter som kbt-terapeuter. Vår studie är kvalitativ med fenomenologisk ansats.

Frågor som vi är nyfikna på är bland andra: Vad är trauma? Hur förhåller man sig som psykolog till trauman som klienter kan berätta om i terapin? Hur gör man i det praktiska arbetet? Vad har fungerat och vad har inte fungerat i ens terapeutiska förhållningssätt? Undersökningen, i form av högst 90 minuters djupintervjuer, sker under november/december 2011. Alla som deltar är anonyma. I samarbete med vår handledare, Claes Törnqvist, har vi kontaktat terapeuter för undersökningen.

Malmö, x/x-xxxx

Vänliga hälsningar

Susanne Tengvall

Ulrika Magnusson

## INTERVJUGUIDE

### *Att komma i kontakt med trauma*

Vad är trauma för dig?

Hur stöter du på trauma i ditt arbete? Hur förstår du att det handlar om trauman?

Hur brukar du som terapeut reagera på klientens traumatiska upplevelser?

Enligt din upplevelse, vad ligger bakom trauma?

### *Trauma och det terapeutiska arbetet*

Vilka hänsyn tar du i behandlingen?

Arbetar du med traumat i terapin bara om klienten själv tar upp det eller lyfter du det själv?

Vad har inspirerat ditt sätt att behandla?

Blir behandlingen annorlunda om det traumatiska inträffat nyligen eller för länge sedan?

Undervisar eller informerar du klienten om vad trauma är?

### *Trauma som orsak till andra psykologiska symptom*

På vilket sätt kan trauma ligga bakom olika psykologiska besvär?

### *Emotioner och trauma*

Hur jobbar du med emotioner i terapin när trauma bearbetas?

Vilka emotioner brukar komma upp?

Skammens, skuldens och ilskans roll när det gäller trauma och traumaterapi?

Hur upplever du emotionerna i terapin?

### *Behandling*

Finns det skillnader i behandling när det gäller olika typer av trauman?

Finns det yttre faktorer som kan påverka behandlingen? (Kön, klass, etnicitet?)

Hur ser du på faser eller processer i traumabehandling?

Vad upplever du fungerar/ inte fungerar i traumabehandling?

Vad har du för upplevelser av skillnader mellan teori och den kliniska verkligheten?

Finns det egenskaper hos terapeuten som är särskilt viktiga under behandlingen?

Vilka tankar har du kring detta att undvika att skada i terapin?

### *Terapeutens bakgrund*

Vilken är din bakgrund som terapeut?

Finns det något annat du vill ta upp när det gäller traumabehandling?

Skulle du vilja berätta om ett konkret fall av behandling?