



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

När kroppen får tala

Terapeuters kunskaper i biologisk traumabehandling

Anna-Karin Dybeck & Annaparjata Sandström

Psykologexamensuppsats 2014

Handledare: Eva Brodin

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Tack

Först och främst vill vi tacka och ge vår uppskattning till vår handledare, Eva Brodin, som har stått oss bi på ett framstående sätt genom hela arbetet, med sin stora erfarenhet, kunskap och pedagogiska varma inställning. För att finna deltagare till studien har vi mottagit stor hjälp av utbildningsledaren på Skolen for Psykosomatik, Ulla Rung Weeke, vilket vi är mycket tacksamma för. Vi vill sedan tacka deltagarna som ställde upp med sin tid och sitt engagemang i intervjuerna. Vi vill också tacka Bertil Holgersson för all hjälp med korrekturläsning samt Per Johnsson som ställde upp på att hjälpa oss i syfte att få en inledande inblick i det psykosomatiska fältet. Sist vill vi även gärna ge ett tack till varandra, för uthålligt arbete, tålamod och bra samarbete.

Abstract

The purpose of this study is to examine the implementation of knowledge acquired by therapists after having taking part in a further education course of biological trauma treatment, which aimed at using the body as a starting point for trauma treatment. Two issues have been studied: 1)What content of knowledge and what forms of knowledge have the therapists reflected about in their practice of biological trauma treatment? 2) In what way will this knowledge be useful in their trauma treatment? The method used is semi-structured deep interviews with four participants who have taken part in this training. The interview material has been analyzed using a hermeneutic approach and Kolb's four forms of knowledge in experienced based learning: divergent, assimilative, convergent and accommodative knowledge. The result showed that all therapists focus on several parts of the biological trauma treatment education, both practical as well as theoretical ones, and they use all four forms of knowledge when implementing their knowledge in their daily practice. Especially, the knowledge about the brain and the nervous system played an important part in the therapists' implemented knowledge from the course. The following main themes emerged in the result: The therapists' relational awareness, the body-oriented therapist, the body conceptualization, a directive way of working and the therapist's tried and tested experience. Admittedly, the newly acquired knowledge was of great importance to the therapists in their practice but it turned out that some of the body-based treatment forms and certain theoretical knowledge seemed to be more demanding to put into practice.

Keywords: trauma, trauma treatment, Kolb, body therapy, the nervous system, biological trauma treatment

Sammanfattning

Föreliggande studie har undersökt implementering av terapeuters erhållna kunskaper efter att ha genomgått vidareutbildning i biologisk traumabehandling, som är en utbildning för behandling av trauma med utgångspunkt i kroppen. Två frågeställningar har studerats: 1) Vilket kunskapsinnehåll och vilka kunskapsformer står i fokus när terapeuterna reflekterar över sin praktik i biologisk traumabehandling? 2) På vilket sätt kommer dessa kunskaper till användning i terapeuternas behandling? Metod som har använts är semistrukturerade djupintervjuer med fyra stycken deltagare som har genomgått utbildningen. Intervjumaterialet har analyserats med hjälp av en hermeneutisk ansats och Kolbs fyra kunskapsformer i upplevelsebaserat lärande: divergerande, assimilerande, konvergerande och ackommoderande kunskap. Resultatet visade att samtliga terapeuter fokuserar på åtskilliga, både praktiska och teoretiska delar från biologisk traumabehandlingsutbildningen, samt använder sig av alla fyra kunskapsformer vid sin implementering av kunskaperna i sin dagliga praktik. Särskilt framstod den förvärvade kunskapen om hjärnan och nervsystemet som en betydelsefull del av terapeuternas implementerade kunskap från utbildningen. I resultatet framkommer följande huvudteman: Terapeuternas relationella medvetenhet, den kroppsligt förankrade terapeuten, den kroppsliga konceptualiseringen, riktat arbetssätt samt terapeutens beprövade erfarenheter. Även om kunskapen hade stor betydelse för terapeuternas praktik så visade det sig att vissa kroppsorienterade behandlingsinslag och viss teoretisk kunskap föreföll mer krävande att omsätta i praktiken.

Nyckelord: trauma, traumabehandling, Kolb, kroppsterapi, nervsystemet, biologisk traumabehandling

Innehållsförteckning

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
TEORI	9
LITTERATURSÖKNING	9
TEORIDISPOSITION	10
ÖVERBLICK ÖVER GENERELL TRAUMABEHANDLING	10
TRAUMANS BIOLOGI	12
Autonoma nervsystemet.....	12
Hjärnans hierarkiska struktur och relevanta hjärnområdets funktion.....	13
Komplex trauma och dess biologiska konsekvenser.....	14
Emotion – och arousal dysreglering.....	18
Skamsystemet.....	19
KROPPEN I TERAPI	19
KLINISKA IMPLIKATIONER UR TRAUMANS BIOLOGI	20
Bottom-up och Top-down behandling	21
Minnesforskning	22
Somatic Experiencing	22
Den goda kontakten	24
Biologisk Traumabehandling.....	25
KOLBS KUNSKAPSFORMER	26
METOD	28
EN HERMENEUTISK ANSATS	28
Aletisk hermeneutisk tolkning	29
UTBILDNINGEN I BIOLOGISK TRAUMABEHANDLING.....	30
URVAL	31
Rekrytering.....	31
Deltagare.....	32
FÖRBEREDELSE FÖR INTERVJUANDET	33
GENOMFÖRANDE	33
Datainsamling	33
ANALYS.....	34
Tematisk analys i relation till Kolbs kunskapsformer.....	34
TROVÄRDIGHET OCH REFLEXIV OBJEKTIVITET	36
Vår förförståelse.....	36
<i>Anna-Karins förförståelse och förväntningar</i>	37
<i>Annaparjatas förförståelse och förväntningar</i>	38
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	38
RESULTAT	39
TERAPEUTERNAS RELATIONELLA MEDVETENHET.....	40
TERAPEUTERNAS ANVÄNDNING AV KUNSKAPERNA I PRAKTIKEN.....	42
DIVERGERANDE KUNSKAP:	
DEN KROPPSLIGT FÖRANKRADE TERAPEUTEN	43
Kroppen som inkännande verktyg	43
<i>Graden av kroppslig närvaro</i>	44
<i>Spegling av nervsystemen</i>	44
<i>Bära klientens trauma i sin kropp</i>	45
ASSIMILERANDE KUNSKAP:	
TERAPEUTENS KROPPSLIGA KONCEPTUALISERING	46
Nervsystemet som teoretisk kompass	46
Öppensinnat förhållningssätt.....	47

Förstå klientens kroppsliga överlevnadsstrategier	48
Skammens essentiella problematik	48
Skillnader i tillämpning av teoretisk förståelse	49
KONVERGERANDE KUNSKAP:	
TERAPEUTENS RIKTADE ARBETSSÄTT	49
Aktivt använda regleringsprincipen	50
<i>Styra klientens kroppsförnimmelser</i>	51
<i>Dosera den personliga kontakten</i>	53
<i>Avgöra klientens stopp</i>	53
<i>Skillnader i tillämpning av fysisk beröring</i>	54
ACKOMMODERANDE KUNSKAP:	
TERAPEUTENS BEPRÖVADE ERFARENHETER	55
Kroppens centrala roll i läkningen	55
<i>Medvetandegöra ordlösa kroppssymptom</i>	55
<i>Skapa behagliga kroppsupplevelser</i>	57
<i>Förklara de kroppsliga processerna</i>	58
AVSLUTANDE REFLEKTION:	
TYDLIG INTEGRATION AV KUNSKAPERNA I PRAKTIKEN	58
DISKUSSION	60
RESULTATDISKUSSION	60
Neurobiologins användbarhet i praktiken	60
Insikter vid traumabehandling	61
Terapeutens betydelsefulla roll vid behandling	62
Skam som betonad affekt	63
Avancerad integrering av utbildningen	63
Kolbs kunskapsformer vid biologisk traumabehandling	64
Betydelse för psykologens praktik	65
METODDISKUSSION	66
Urval och deltagare	66
Förberedelser inför intervjuandet	67
Kolb som raffinerat analysverktyg	68
Reflektioner kring vår förförståelse	69
FRAMTIDA FORSKNING	70
REFERENSER	72
BILAGA A	
BILAGA B	
BILAGA C	

Trauma är idag vanligt förekommande i Sverige, detta ses bland annat genom att traumadrabbade individer ofta påträffas inom den offentliga sjukvården (Berg, Lundin & Michel, 2005). Eftersom det leder till omfattande psykologiska och psykiatriska konsekvenser har det betecknats vara ett folkhälsoproblem (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010; Braarud & Nordanger, 2011).

Det finns olika former av trauma, en grov indelning innebär att skilja på enstaka traumatiska händelser och komplext trauma (Lanius, Bluhm & Frewen, 2011). Komplext trauma innebär att det sker i barndomen, i relation till de nära omsorgspersonerna, samt att de traumatiska stressbelastningarna är av återkommande karaktär och pågår över lång tid. Med andra ord, om det är omsorgspersonerna i barnets närhet som är orsak till de traumatiska händelserna, leder det som regel till en allvarigare psykologisk och biologisk traumatisering långsiktigt för individen än om traumat orsakas av exempelvis en främling (Gillespie & Nemeroff, 2007; Heim et al., 2010; Schore, 2001; van der Kolk, 2003; Braarud & Nordanger, 2011; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & van der Kolk, 2012; Herman, 1994; Lanius et al., 2011; De Bellis, 2001; Schmid, Petermann & Fegert, 2013; Ford & Courtois, 2009, refererad i Braarud & Nordanger, 2011).

I USA konstaterades 2011, efter utredning, att 681.000 barn far illa i relation till de närmaste omsorgspersonerna. Av denna siffra var 78,5% försummelse, 17,6% fysisk misshandel 9,1% sexuella övergrepp (Children's Bureau, Administration of Children, Youth, and Families, 2011).

Personer som har varit utsatt för komplext trauma i barndomen löper ökad risk att utveckla psykisk ohälsa i vuxen ålder (Schore, 2001). Denna traumatisering kan leda till psykiatriska problem som t.ex. PTSD, affektiva störningar (däribland depression) och ångestproblematik (Heim et al., 2010; Widom, 1999; De Bellis, 2001; Nemeroff et al., 2003).

En svensk, nationell undersökning visar att de mest förekommande behandlingsformerna vid trauma är psykodynamisk psykoterapi och läkemedelsbehandling. Kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och kreativa terapier fanns också representerade, om än inte lika stor utsträckning. Specialistteam för traumarelaterade psykiska sjukdomar är sällsynt på många orter i landet, varför det saknas kompetens och resurser för att kunna bemöta traumatiserade individer (Berg et al., 2005).

Heim et al. (2010) sammanställer i sin översikt studier som visar på att behandling av vuxna personer med komplext trauma leder till sämre behandlingsresultat än för dem med psykisk sjukdom utan komplext trauma. Traumadrabbade individer, med komplext trauma i

bakgrunden, har även påvisats vara medicinresistent mot antidepressiva läkemedel (Kaplan & Klinetob, 2000, refererad i Heim et al., 2010; Nemeroff et al., 2003).

Konventionell samtalsterapi, som fokuserar på samtal och verbal bearbetning, kommer till korta vid traumabehandling då patienterna inte alltid kan berätta om de traumatiska händelserna. Samtalsterapi, såsom PDT och KBT, förmår inte heller att på ett direkt sätt bemöta de kroppsliga konsekvenserna av trauma som många patienter har drabbats av, vilket involverar en bristande reglering i de biologiska stressresponssystemen samt affektdysreglering. Dock är kunskapen om dessa biologiska konsekvenser av trauma begränsad inom traumabehandlingsforskningen (van der Kolk, 2006; Solomon & Heide, 2005; Ogden, Pain & Fisher, 2006; Langmuir, Kirsh & Classen, 2012; De Bellis, 2001; Schmid et al., 2013; Schore, 2001).

Forskningsöversikter visar på en fortlöpande integrering de senaste årtionden mellan traumapsykologi, neurobiologi och utvecklingspsykologins kunskapsfält (Braarud & Nordanger, 2011; Gillespie & Nemeroff, 2007; Schore, 2001; Skogli & Oie, 2010). Den komplexa symptombilden hos traumapatienter, t ex vid PTSD, deras sämre prognos vid behandling och de många frågor som återstår att besvaras vad gäller effektiv traumabehandling kan tänkas ha motiverat en sådan integrering. I och med denna integrering har forskningen alltmer börjat fokusera på de biologiska och utvecklingsmässiga konsekvenserna som komplext trauma innebär för individen. Det har påvisats att det tidiga relationella samspelet med omsorgspersonerna har en stor betydelse för utvecklingen av hjärnan och nervsystemet hos barnet och efterföljande för den vuxne individens förutsättningar för god psykisk hälsa (Braarud & Nordanger, 2011; De Bellis, 2001; Fisher, Dozier & Schuengel, 2010; Gillespie & Nemeroff, 2007; Hart, 2008; Hill-Soderlund et al., 2008; Luijk et al., 2010; Oosterman, Schipper, Schore, 2001; Schore, 2002; Skogli & Oie, 2010; van der Kolk, 2003).

Denna integration av olika kunskapsfält har initierat nya möjligheter för djupare förståelse av komplext trauma och följaktligen nya fokusområden för utveckling av effektiv behandling för de många traumadrabbade (Braarud & Nordanger, 2011; Solomon & Heide, 2005). Den ökade förståelsen av de biologiska konsekvenserna av trauma har gett upphov till en behandlingsinriktning som integrerar kroppen inom psykoterapi. En behandlingsinriktning som föreslås av forskare behöver införliva interventioner som sätter den kroppsliga påverkan vid trauma i centrum (Ogden et al., 2006; Solomon & Heide, 2005; van der Kolk, 2006).

Kroppsinriktad behandling innebär att man arbetar på en grundläggande nivå med kroppsförnimmelser hos traumadrabbade patienter för att direkt bearbeta de kroppsliga

symptomen som utgör en viktig del i symptombilden hos denna patientgrupp (Levine, 2010; Ogden et al., 2006).

Biologisk traumabehandling är en sådan kroppsorienterad traumaterapi (<http://skolenforpsykosomatik.dk>) som denna studie ämnar få fördjupad förståelse för. Eftersom forskning på kroppsorienterade psykoterapier är liten och detta är en traumabehandling som innehåller ovan nämnda integrering av teoretiska kunskapsfält samt omfattande kroppspsykoterapeutiska ansatser, är denna studie ett viktigt steg i tidig forskning över den kliniska användningen av kroppsligt inriktad psykoterapi. Genom att studera terapeuters implementering av sina förvärvade kunskaper från biologisk traumabehandling ämnar vår undersökning att öka förståelsen för hur man som psykoterapeut kan integrera ett kroppsligt fokus i terapi. Med biologisk traumabehandling som forskningsfokus ämnar denna studie också bereda väg för en större inkludering av kroppsorienterade perspektiv inom psykologi och traumabehandlingsforskningen.

Syfte och Frågeställningar

Syftet med denna studie är att studera hur psykoterapeuters förvärvade kunskap i biologisk traumabehandling kommer till användning i deras dagliga praktik. Följande frågeställningar undersöks: 1) Vilket kunskapsinnehåll och vilka kunskapsformer står i fokus när terapeuterna reflekterar över sin praktik i biologisk traumabehandling? 2) På vilket sätt kommer dessa kunskaper till användning i terapeuternas behandling?

Teori

Litteratursökning

Litteratursökningen gjordes mellan juni och oktober månad, 2013. American Psychological Association's databas PsychInfo samt databasen Pubmed användes vid sökningen. För att söka artiklar som behandlar hur hjärnan, kroppen och biologin påverkas av komplext trauma användes "developmental trauma" eller "interpersonal trauma" i kombination med följande sökord: affective neuroscience, attachment, brain development, autonomous nervous system, neurobiology, psychobiology och traumatic stress. Eftersom vårt syfte är kliniskt inriktat användes vid andra sökningar huvudordet "interpersonal trauma" eller "complex PTSD" tillsammans med: clinical implications, body therapies, body implications, neurobiological-and neuroscience implications, effective treatments. De utvalda artiklarna är både teoretiskt, beskrivande och empiriska studier. De empiriska studierna är, med undantag för en artikel,

kvantitativa. Arikarna publicerades mellan åren 1985-2013, varav majoriteten av artiklarna är ifrån 2006-2013.

Teoridisposition

Följande teoridel är uppdelad i tre delar. I den första delen ges en övergripande beskrivning av generell traumabehandling som används idag. Den andra delen behandlar den teoretiska kunskapen om de biologiska konsekvenserna av komplext trauma. I den sista och tredje delen presenteras först generella kroppsinriktade behandlingsformer som finns beskrivna i forskning idag. Därefter redogörs för specifika behandlingsimplikationer som den teoretiska kunskapen om de biologiska konsekvenserna av trauma mynnar ut i. Teoridelen avslutas med en beskrivning av det teoretiska ramverk, Kolbs lärandemodell, som har använts vid analysen.

Överblick över generell traumabehandling

Trauma¹ får negativa konsekvenser för hela människans organism. Traumatisering påverkar inte enbart individens känslomässiga- och tankemässiga nivå (Langmuir et al., 2012; Solomon & Heide, 2005), utan idag finns det mycket kunskap kring de långvariga, kroppsliga konsekvenserna av trauma. Detta är ytterligare en nivå, förutom tankar och känslor, att arbeta med i behandling (van der Kolk, 2006; Solomon & Heide, 2005; Ogden et al., 2006).

Eftersom kroppen har blivit ett obehagligt ställe förknippad med själva traumat för många patienter, kan det vara en utmaning för både terapeut och patient att arbeta kroppsligt i terapi. Kroppen sammankopplas ofta med obehagliga förmimmelser av skam och hjälplöshet. En långvarig traumatisk stress kan dessutom leda till svårigheter att känna av och differentiera mellan sina kroppsliga förmimmelser och vad de har för betydelse för en. Smärta i magen kan t.ex. betyda nervositet (van der Kolk, 2006). Traumapatienter kan också få svårt med att avläsa sina grundläggande behov, såsom hunger och sömn (Schmid et al., 2013). Dessa patienter har svårt att ta hjälp av sin kroppsliga känsla i nuet i olika situationer, varför de i begränsad utsträckning kan ta hand om sina egna behov (van der Kolk, 2006).

Individer som har varit utsatta för komplext trauma² i barndomen (såsom misshandel, emotionell försummelse, sexuella övergrepp) löper en ökad risk för att utveckla PTSD i vuxen ålder (Widom, 1999). PTSD innefattar symptom av påträngande minnen om traumat och

¹ Trauma som begrepp används av nödvändighet växelvis med komplext trauma i föreliggande bakgrundsteori. Detta eftersom komplext trauma är ett förhållandevis nytt och ännu inte vanligt förekommande begrepp inom forskningen.

² Komplext trauma definieras som; traumatiska barndomshändelser som; sker återkommande, över lång tid och i relation till de nära omsorgspersonerna (Herman, 1994).

förändringar i arousal-nivån i kroppen vid stimuli som påminner om traumat, vilket leder till självdestruktivt beteende, koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter. Diagnosen innehåller också symptom av dissociationsreaktioner då patienten känner det som om traumat återupplevs igen samt fysiska reaktioner vid inre eller yttre stimuli som symboliserar traumat. Symptombilden innebär ett försämrat mående i form av negativa affekter såsom skam och skuld, samt känslor av att inte vara närvarande i sociala situationer. PTSD kan leda till depersonalisation, vilket innebär att patienten känner det som om hon/han är utanför sin kropp. Patienten upplever den egna kroppen, tankarna och känslorna som överkliga (APA, 2013).

I en stor undersökning tillfrågades 50 experter inom traumabehandling vilka de mest effektiva interventionerna för behandling av komplex PTSD är. Den intervention som alla experter var eniga om var mest effektiv i alla terapins skeden, och särskilt i det första, var emotionsfokusering och strategier i emotionsreglering (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach & Green, 2011). Emotionsreglering är en inre förmåga att kunna hantera och anpassa sina emotioner till vad situationen kräver och till sina egna mål, vilket är en automatisk inlärd färdighet. Ett sätt att lära sig denna reglering är att uppmärksamma sina känslor i kroppen och försöka anpassa deras uttryck till den specifika situationen (Egidius, n.d.). Emotions-dysreglering har föreslagits vara en av de mekanismer, tillsammans med tendenser att dissociera och låg tilltro till sin egen förmåga (eng. self-efficacy), som tros ligga bakom den psykiatriska problematiken hos traumapatienter (Schmid et al., 2013). Forskning har även visat att behandling med personer som har PTSD, till följd av övergrepp i barndomen, blir mer effektiv med implementering av affektreglering och interpersonell reglering (STAIR) i jämförelse med enbart exponeringsbaserad terapi (Cloitre et al., 2010).

KBT innefattar behandlingsinslag som integrerar kroppen såsom mindfulness. Detta är en intervention som fokuserar medvetenheten inåt på kroppsliga förnimmelser (van der Kolk, 2006). Patienten får lära sig förmågan till introspektion, vilket innebär att vända blicken inåt och observera de förnimmelser som kommer upp här och nu, utan att skydda sig från dem (Wald & Taylor, 2007; van der Kolk, 2006). Ovan nämnda expertundersökning rekommenderar mindfulness som en intervention att implementera i ett andra skede av terapin, samt att mindfulness i sig inte är en tillräcklig intervention utan behöver kombineras med andra behandlingsinterventioner som t.ex. emotionsreglering, kognitiv omstrukturering och psykoedukation om trauma (Cloitre et al., 2011).

Ett kroppsinriktat fokus finner man idag till största delen i periferin till den huvudforskning som finns kring traumabehandling (Langmuir et al., 2012). Men eftersom

konsekvenserna av trauma innefattar omfattande kroppsliga symptom som i många fall behöver bearbetas finns det en ny, framväxande inriktning som ger kroppen en central plats inom terapibehandling (Ogden et al., 2006; Solomon & Heide, 2005; Langmuir et al., 2012; Leitch, 2007; Levine, 2010). Denna nya kroppsorienterade inriktning inom traumabehandling är bland annat behandlingsformen biologisk traumabehandling i föreliggande studie en del av.

I nästkommande text kommer vi att presentera relevant bakgrundsteori över nervsystemet och hjärnan, för att sedan redogöra för forskningsresultat om centrala konsekvenser i dessa biologiska system som komplext trauma visats ge upphov till. Denna kunskap är en betydelsefull del av innehållet i biologisk traumabehandling samt ligger till grund för de praktiska behandlingsinslag som denna traumabehandlingsmetod innehåller (<http://www.skolenforpsykosomatik.dk/velkommen>; Undervisningsmaterial, via mail, av Ulla Rung Weeke, 14 April, 2013).

Traumans biologi

Autonoma nervsystemet. Termen neurobiologi definieras i psykologilexikonet (Egidius, 2005) som kunskap om nervsystemet. I forskningen däremot inkluderar termen både hjärnans- och nervsystemets utveckling, däribland Heim et al. (2010). I det följande kommer termen neurobiologi att användas för att referera till forskning om både hjärnan och nervsystemet.

Det autonoma nervsystemet (ANS) är grunden för kroppens sinnesförmålor, som i sin tur är rötterna till de känslor och tankar som sedan bildas. Hart (2008) beskriver att ”Autonoma nervsystemet är personlighetens fysiologiska grund utan vilken vi inte skulle förnimma någonting alls” (s.109). ANS kommunicerar med hormonella system, såsom HPA-axeln, för att anpassa och reglera kroppens fysiologi i stressfyllda situationer. HPA-axeln är ett neuroendokrint stressresponsystem med hypothalamus, hypofysen och binjurarna som centrala delar (Solomon & Heide, 2005; Hart, 2008).

Den centrala funktionen hos det autonoma nervsystemet är att läsa av situationen som en person står inför i relation till överlevnad och därigenom förbereda kroppen på lämplig handling. Autonoma nervsystemet består av det sympatiska och parasympatiska systemet. Det sympatiska nervsystemets centrala funktion är att mobilisera energi och uppmärksamhet för att bemöta en stressfylld situation. Då aktiverar det sympatiska nervsystemet en kroppsligt hög arousalnivå, vilket tar sig uttryck i form av en flykt eller kamp-respons (Högberg, Nardo, Hällström & Pagani, 2011; Schore, 2002; Heller & LaPierre, 2012; Hart, 2008). Biologiskt innebär hög arousal bland annat en ökad hjärtrytm, blodtryck och muskeltonus (Hart, 2008).

När ANS fungerar ändamålsenligt träder det parasympatiska nervsystemet (PNS) in så fort den hotfulla situationen är över, och dämpar den sympatiska aktiveringen. PNS sparar därmed energi, främjar avslappning och ger individen möjlighet till återhämtning (Högberg et al., 2011; Hart, 2008; Schore, 2002; Heller & LaPierre, 2012).

Det sympatiska och parasympatiska nervsystemet har ett inbördes dynamiskt växelspel, i vilket de alternerar mellan att ha en överdominans av antingen sympatisk eller parasympatisk aktivering. Kroppen strävar efter att upprätthålla ömsesidig balans mellan sympatisk och parasympatisk aktivering (Hart, 2008). Denna s.k. autonoma reglering tar sig uttryck genom att en individ på ett flexibelt sätt kan anpassa sitt beteende till den yttre miljön. Vid en stressfylld situation aktiveras energi snabbt hos individen. Energinivån kan sedan återgå till en lägre nivå när situationen är trygg igen. Detta sker automatiskt i individens kropp när den autonoma regleringen är på en god, fungerande nivå (Heller & LaPierre, 2012; Schore, 2002; Hart, 2008). Dock kan detta växelspel och denna balans mellan systemen komma att störas när individen över tid utsätts för överväldigande stressorer i omgivningen (Hart, 2008).

Hjärnans hierarkiska struktur och relevanta hjärnområdets funktion. Hart (2008) redogör för MacLeans (1985, 1990) teori om den tredelade hjärnan. Hjärnans utveckling och uppbyggnad kan i detta sammanhang med fördel beskrivas som utvecklad enligt en hierarkisk struktur. Den hierarkiska utvecklingen innebär att hjärnstammen utvecklas först, så följer limbiska systemet och till sist utvecklas neokortex. Hjärnstammen är den del av hjärnan som har mindre plasticitet och styr/reglerar de automatiska, fysiologiska systemen i kroppen såsom hjärt-kärlsystemen med hjärtaktivitet och blodtryck, andning och sväljreflexer. Hjärnstammen utgör också grunden för våra kroppsförnimmelser. Limbiska systemet har ansvar för emotioner och minneshantering. Detta system arbetar både med att reglera impulserna från hjärnstammen samt motta information från neokortex (Hart, 2008). Neokortex, som har en hög plasticitet, associeras centralt med högre ordningens funktioner, såsom de exekutiva funktionerna. Med hjälp av dessa kan vi planera, styra och kontrollera vårt beteende. Det är denna ”högre” hjärnstruktur som gör att vi kan hämma impulser och bete oss rationellt (Gade, 1997, refererad i Hart, 2008).

På ett förenklat sätt innebär hjärnans hierarkiska system att högre funktioner enbart kan arbeta väl med hjälp av lägre funktioners välfungerande, medan de lägre funktionerna kan arbeta oberoende av de högre funktionerna (Hart, 2008). Detta får en betydelse för behandling

enligt följande fördjupade beskrivning av hjärnprocesser mellan högre och lägre hjärnfunktioner.

Hjärnan styrs av både bottom-up processer och top-down processer (Gade, 1997, refererad i Hart, 2008). De förstnämnda processerna innebär att ett sinnestillstånd skapas nerifrån och upp i hjärnans tredelade struktur. Till en början uppstår en sådan process av sinnesförmimmelser. Sedan formas, kopplat till dessa sinnesförmimmelser, en samling affekter, som i sin tur styr vårt sinnestillstånd. Top-down innebär istället en motsatt process i den tredelade hjärnan, där vår kognition; tankar och förväntningar färgar och styr våra sinnesförmimmelser (Hart, 2008).

Top-down processerna är beroende av att hjärnan har utvecklat tillräckliga förgreningar mellan neokortex och det limbiska systemet. Utan dessa förgreningar kan man inte hämma sina impulser och sina reflexer, och det blir därmed svårt att reglera sitt beteende (Hart, 2008). Dessa olika hjärnprocesser har betydelse för psykoterapeutisk behandling, då utformningen av terapimetoderna tenderar att ta sin utgångspunkt i en av dessa hjärnprocesser. Konventionell samtalsterapi tenderar att huvudsakligen fokusera på top-down processer medan kroppsinriktade terapiformer utgår ifrån bottom-up processer (Solomon & Heide, 2005).

Komplext trauma och dess biologiska konsekvenser. Spädbarnets hjärna utvecklas till stor del först efter födelsen. Den formas och utvecklas under den enorma utvecklingsperiod som spädbarnstiden är, i direkt interaktion med spädbarnets omgivning (Balbernie, 2001; Skogli & Oie, 2010). Heim et al. (2010) redogör i sin översikt för olika studier som visar på att tidig stress under de första levnadsåren har effekt på den utvecklande hjärnan och att dessa effekter kan få konsekvenser i form av en förhöjd stresskänslighet och ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa (Heim et al., 2010). Långvariga och återkommande stressbelastningar, som komplext trauma i barndomen innebär, är påfrestande för den utvecklande hjärnan. Därför kan en sådan stark yttre stress leda till förändringar i hjärnutvecklingen hos individen (Carrion & Wong, 2012; Schore, 2001, Weiss, 2007).

Inom psykobiologin beskrivs att anknytning inte bara är ett psykologiskt begrepp utan även ett biologiskt sådant (Hofer, 2006). Hofer (2006) har utvecklat en psykobiologisk modell som beskriver att den tidiga interaktionen mellan förälder och spädbarn innehåller olika fysiologiska regleringsmekanismer som är grundläggande för spädbarnets mående och utveckling. Genom sinnliga upplevelser såsom amning och taktill beröring reglerar föräldern barnets hjärtrytm och sömncykel i den postnatala perioden (Hofer, 2006). Vaggande och

verbal interaktion i kombination, samt ökad kroppskontakt med för tidigt födda barn har visat sig bidra till bättre reglering av arousal och negativa emotioner hos spädbarnet (Jahromi, Putnam & Stifter, 2004; Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002; Calkins & Leerkes, 2011).

Schore (2001) beskriver att hjärnans utveckling är ”upplevelse-beroende” (s. 205). Hjärnan hos spädbarnet mognar i det relationella samspelet med de nära omsorgspersonerna. Denna beskrivning betyder att föräldern till en början reglerar spädbarnets stress/arousalnivåer med hjälp av att tona in och reglera positiva och negativa tillstånd hos spädbarnet. I interaktionen mellan förälder och spädbarn sker på detta sätt en yttre reglering av arousalnivåer och affekter, vilken därefter, om allt går väl, omvandlas till en inre självreglerande förmåga hos det växande barnet (Schore, 2001; van der Kolk, 2006). Schore (2001) beskriver detta som att föräldern är en “psykobiologisk regulator” för spädbarnet (s. 208), på så sätt att föräldern bistår barnets utvecklande nervsystem med att reglera arousalnivån i kroppen. Traumatisk stress uppstår när föräldern inte förmår reglera spädbarnets arousalnivåer utan istället ökar stressnivån genom att inte respondera på spädbarnets behov och signaler, eller genom att utgöra ett reellt hot för barnet vid tillfällena av barnmisshandel eller försummelse (Schore, 2001).

Komplext trauma kan leda till störningar i den neurobiologiska utvecklingen, i form av att barnets nervsystem blir tvunget att koppla in extrema överlevnadsstrategier för att kunna anpassa sig till barnets otrygga miljö (Hart, 2008). Nervsystemet blir överbelastat då barnet tvingas använda någon av överlevnadsstrategierna dissociation och hyperarousal, eller en kombination av dessa (Perry, Pollard, Blakely, Baker & Vigilante, 1995; Ogden et al., 2006). Hyperarousal är ett tillstånd som inkluderar en aktivering i det sympatiska nervsystemet (Perry et al., 1995; Weiss, 2007). Det är en kamp-flykt reaktion, som används för att undkomma det aktuella hotet. Antingen kommer barnet fortsatt befinna sig i ett tillstånd av hyperarousal eller så kommer nervsystemet att reagera med en frysrespons (Perry et al., 1995). Denna respons innebär att barnet stänger av omgivningen och även ofta fysiskt fryser (Perry et al., 1995; Marx, Forsyth, Gallup, FUSE & Lexington, 2008). Frystillståndet kan, vid fortsatt hög traumatisering, komma att utveckla sig till ett dissociationstillstånd, vilket involverar det parasympatiska systemet. Detta tillstånd innebär att barnet emotionellt distanserar sig från det farofyllda, både under de traumatiska händelserna och sedermera efteråt, vilket föranleder symptom av; undfallenhet, undvikande och känslolöshet (Schore, 2001; Perry et al., 1995; Lanius, Vermetten, Loewenstein et al., 2010a). “Man kan se det traumatiserade barnet stirra ut i luften med en livlös blick” (Schore, 2001, s. 211). Detta

förlopp i nervsystemet vid bestående traumatisk stress illustreras på utbildningen i biologisk traumabehandling enligt bild 1, tillstånd 4, vilken tillämpas även vid vuxen ålder.

Om barnet utsätts för traumatiska upplevelser över lång tid kan det föranleda en aktivering i både sympatiska och parasympatiska systemen samtidigt. Följaktligen är båda systemen hyperaktiverade och det dynamiska växelspelet dem emellan har blivit dysreglerat, vilket innebär att dess normala funktion är satt ur balans. Detta kan utvecklas till ett kroniskt tillstånd eller en kronisk överkänslighet av nervsystemets funktion (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006; Hart, 2008; Schore, 2001).

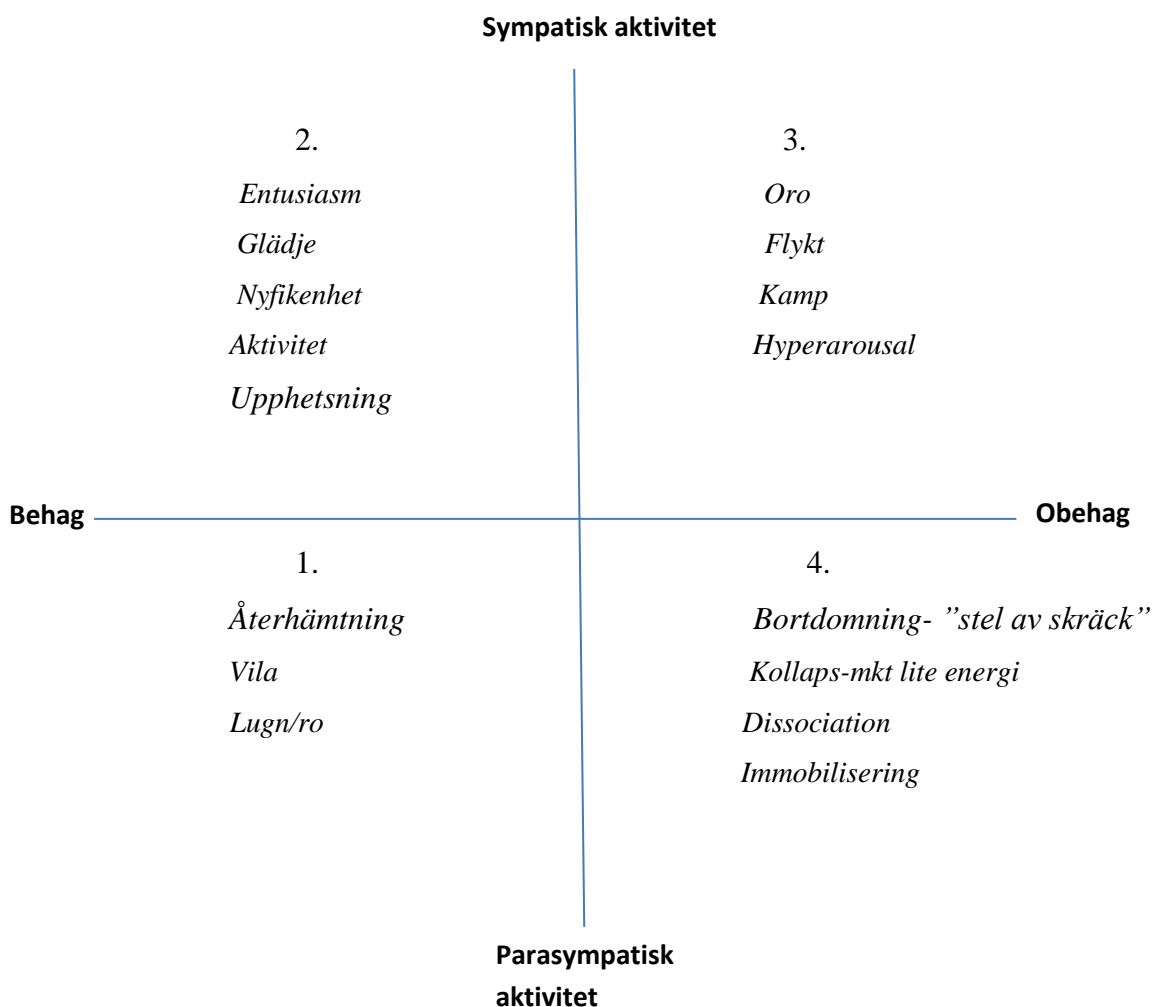


Bild 1. Teoretisk modell över nervsystemet – Undervisningsmaterial av Ulla Rung Weeke, 7 Maj 2013, vid grundläggande kurs på Skolen for psykosomatik.

Ovanstående modell är opublicerad och utvecklad av Ulla Rung Weeke vid Skolen for psykosomatik (<http://skolenforpsykosomatik.dk/velkommen>), mot bakgrund av teoretiska principer av Hart (2008) samt Hart och Bentzen (2013). I denna modell över nervsystemet beskrivs att när hög aktivering i det sympatiska systemet på grund av hot övergår i obehag skapas ett tillstånd av hyperarousal, som exempelvis kan ta sig uttryck som en flykt- eller kampreaktion i kroppen. Motsatsen till detta tillstånd är glädje som skapas ur aktivering i det sympatiska nervsystemet på en behaglig nivå. En behaglig aktivering i det parasympatiska systemet kan ta sig uttryck som vila. Däremot när aktiveringen i samma system övergår till en obehagligt hög nivå kan det exempelvis föranleda tillstånd av dissociation, kollaps eller immobilisering (eng. immobilization). Denna kollaps (4.) kan inträffa som en konsekvens av allt för bestående stress och därmed ett hyperaroused nervsystem (3.) över lång tid.

Flertalet empiriska studier har påvisat hur försummelse och misshandel i den tidiga föräldra-barn relationen leder till en dysreglering av det autonoma nervsystemet hos barnet. Studier har också visat att komplext trauma leder till en dysreglering av kortisolnivån i HPA-axeln (Ford, Fraleigh, Albert & Connor, 2010; Marx et al., 2008; Oosterman et al., 2010; Hill-Soderlund et al., 2008; Luijk et al., 2010; Diamond & Fagundes, 2010).

Gillespie & Nemeroff (2007) redogör i sin översikt för ett antal studier som visar på att en tidig dysreglering i HPA-axeln och ANS följer med individen upp i vuxen ålder. Dessa systems uppgift, att svara på stress i den yttre miljön genom att reglera stressnivån i kroppen, blir störd, vilket senare i livet kan leda till exempelvis depression (Gillespie & Nemeroff, 2007). En dysreglering i nervsystemet kan på det viset bli kronisk (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006). Exempelvis har den vuxne svårt att i stressfyllda situationer flexibelt pendla mellan lagom och välanpassad aktivering i det sympatiska nervsystemet följt av ett lugnt tillstånd som styrs av det parasympatiska nervsystemet. Istället har den traumatiserades kropp lärt in ett beteendemönster, sedan barnsben, som involverar en överaktivering i nervsystemet, såsom hyperarousal och/eller dissociation (van der Kolk, 2006). Det symptomatiska är att den vuxnes nervsystem än idag reagerar med dessa överlevnadsbeteenden även om de traumatiska händelserna skedde för länge sedan (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006). Vid stimuli som påminner om traumat så kan den tidigare dysregleringen i nervsystemet reaktiveras. Klienter kan exempelvis reagera med överväldigande reaktioner såsom frysning och hjälplöshet vid situationer som utifrån sett enbart tycks innebära en mindre påfrestning för individen (van der Kolk, 2006).

Emotion- och arousal dysreglering. Emotionsreglering ses generellt som en effektiv metod att använda vid behandling av traumapatienter (Cloitre et al., 2011). I följande del beskrivs hjärnforskning som stödjer detta påstående.

En utveckling av PTSD och emotionsdysreglering kan förstås utifrån utvecklingsperspektivet om komplext trauma i föregående stycke. En otillräcklig relation mellan spädbarn och omsorgsperson leder till svårigheter hos barnet att reglera sin arousalnivå och sina emotioner i stressfyllda situationer. En traumatisk händelse i vuxenlivet kan efterföljande leda till att individens kropp inte förmår hantera den stressfyllda situationen utan emotionsdysregleringen blir förvärrad. Detta kan sammantaget resultera i PTSD hos den vuxne individen (Yehuda et al., 2010, refererad i Lanius, Frewen, Vermetten & Yehuda, 2010b; Lanius, Frewen, Vermetten & Yehuda, 2010b).

Symptombilden för PTSD involverar två olika former av emotionsdysreglering (Lanius et al., 2011). Lanius et al. (2011) beskriver i sin översikt, utifrån hjärnforskningen, att den ena formen innebär att individen inte förmår nedreglera sina emotioner. Detta har visats sig ha en naturlig förklaring i hjärnforskningen som beskriver att en sådan svårighet beror på att prefrontala kortex misslyckas med sin uppgift att hämma impulser från de limbiska regionerna, inklusive amygdala, vid olika former av stimuli. Detta innebär att amygdala och limbiska systemet blir överaktiva (Lanius et al., 2011). Amygdala har en nyckelfunktion i att förbereda kroppen för yttre hot genom att sända ut larmsignaler till subkortikala motorstrukturer och till hjärnstammen (Weiss, 2007). En överaktivitet i de limbiska regionerna är förknippad med hyperarousal eller patientens tendenser till ett återupplevande av de traumatiska händelserna på nytt (Weiss, 2007; Lanius et al., 2011). Hyperarousal kännetecknas av att patienten lätt överväldigas av sina affekter, att denne kan utveckla aggressionssymptom samt översensitivitet för sinnesintryck och överdriven försiktighet och vaksamhet (eng. hypervigilance) (Weiss, 2007).

Den andra formen av emotionsdysreglering innebär istället det motsatta, att individen nedreglerar sina emotioner. Denna dysreglering har också sin förklaring i hjärnforskningen som visar på att prefrontala kortex i alltför hög utsträckning hämmar samma limbiska regioner, vilket resulterar i att patienten upplever dissociationstillstånd i form av känslolöshet och depersonalisation (Lanius et al., 2011; Lanius et al., 2010a). Symptombilden för PTSD innehåller två distinkta undergrupper av symptom; hyperarousal och dissociation. Därför är det av vikt att differentiera vid diagnosättning, då ett av dessa tillstånd tenderar att dominera hos den traumatiserade. De två tillstånden är biologiskt sett mycket olika, eftersom de aktiverar olika system i båda hjärnan och nervsystemet (Lanius et al., 2010a).

Skamsystemet. Barn som lider av komplext trauma uppvisar överlag svårigheter att reglera ”extrema” affekter, däribland finns skam (Schmid et al., 2013). Skam- och skuldkänslor är en del av symptombilden hos personer som har utvecklat PTSD (APA, 2013). Hart (2008) beskriver ett skamsystems fysiologiska grund i hjärnan. I denna biologiskt kopplade teori om skam associeras den till specifika hjärnområden. I den tidiga interaktionen med närmaste omsorgspersonerna läggs grunden till skamsystemet hos individen, både psykologiskt och biologiskt på följande sätt (Hart, 2008).

Skam är kopplad till två hormonsystem i hjärnan och i kroppen; dopaminsystemet och noradrenalinsystemet. Det förstnämnda är involverad vid det begeistrade beteendet, när barnet nyfiket vill utforska världen (de positiva emotionerna). Medan noradrenalinsystemet är involverat när barnet hämmas/stoppas och ev. straffas i sin lek. Detta system reglerar följaktligen de negativa emotionerna (Hart, 2008).

När ett barn är i full fart med att leka och ha roligt så utsöndras mycket dopamin, plötsligt kan detta barn bli stoppat av sin förälder som inte finner det lämpligt att måla sig i ansiktet exempelvis. Barnets glädjefyllda känslor stoppas abrupt och istället blir barnet ledsen. Denna omvandling av känslor hos barnet sker snabbt vilket leder till förvirring (Hart, 2008), som i sin tur innebär att barnets hjärna utsöndrar både dopamin och noradrenalin på en och samma gång. Denna utsöndring i de båda systemen leder till en skamreaktion hos barnet (Schore, 2003, refererad i Hart, 2008). En utsöndring av hormoner i båda systemen blir också mycket belastande för den utvecklande hjärnan och nervsystemet att hantera. Att reglera den uppkomna skammen, och därigenom återupprätta balansen mellan hormonsystemen, kan inte barnet bemästra själv, utan behöver tröst och hjälp av omsorgspersonerna. Om barn istället blir lämnade i sina skamkänslor leder det till en för hög skamaktivering (Hart, 2008).

Traumatiserade individer har ofta en negativ självbild innehållande skam, skuld och självförebåelse (Schmid et al., 2013; Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009, refererad i Schmid et al., 2013).

Kroppen i terapi

Följande kroppsinriktade terapiformer var de som hittades vid grundlig litteratursök över kroppspsykoterapifältet idag. De presenteras kort för att ge en översikt över de i nuläget existerande terapier som tar in kroppen centralt. En grundlig genomgång av de nya kliniska implikationerna ur traumans biologi följer i nästa del.

En existerande terapiform som utgår från kroppen är Sensorimotor Psychotherapy. Denna terapi är en ny och utforskad terapiform s.k. mind-body behandling av Ogden et

al (2006). Mind-body innebär att man arbetar för att integrera patientens kroppsliga upplevelande av traumat med dennes emotioner och tankar (Langmuir et al., 2012). I denna behandling använder man övningar såsom medveten andning och kroppsövningar, för att patienterna ska öka sin kroppsmedvetenhet. Patienten får lära sig att utveckla sina kroppsliga resurser såsom fördjupad andning och avslappnad kroppshållning. Terapeuten arbetar för att patienterna ska kunna få stöd och hjälp ifrån varandra under kroppsövningarnas gång, i syfte att patienterna ska förbättra sina interpersonella färdigheter och få erfarenhet av att utveckla trygga relationer till andra människor (Langmuir et al., 2012).

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) är en annan terapiform som utgår ifrån kroppen samtidigt som den har ett kognitivt fokus. Denna behandlingsform har starkt stöd i forskningen (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards & Turner, 2007; Solomon & Heide, 2005). Behandlingen går ut på att patienten får erinra sig den värsta delen av traumat samtidigt som vederbörande får följa terapeutens pendlade finger framför ögonen. Under detta arbete så samtalar terapeuten med patienten om de tankar, känslor och kroppsörnimmelser som är kopplade till det traumatiska minnet. Patienten blir ombedd att tänka en positiv tanke istället för en negativ och se hur denna förändring på en kognitiv nivå kan påverka kroppsörnimmelserna förknippade med det traumatiska minnet. Den verksamma mekanismen i behandlingen är att den leder till att patienten kan integrera det traumatiska minnet till ett narrativt minne (Solomon & Heide, 2005).

Alexandertekniken är en terapiform som arbetar för att patienten ska få ett starkare själv genom att förena kropp och psyke. En hörnsten i terapin är varsam, fysisk beröring från terapeuten. I en studie undersökte man hur patienterna uppfattade denna behandlingsintervention och resultatet var att beröring från terapeuten upplevdes som omhändertagande, stärkande och trygg. Författarna belyser i sin diskussion att fysisk beröring kan spegla det tidiga icke-verbala samspelet med den närmaste omsorgspersonen (Jones & Glover, 2012).

Kliniska implikationer ur traumans biologi

En ofta nämnd behandlingsimplikation för vuxna patienter som har blivit utsatta för komplext trauma i tidig ålder är att de behöver långtidsterapi eftersom man har sett att detta trauma tar tid att läka (Craighead & Nemeroff, 2005, refererad i Heim et al., 2010).

Ytterligare en central klinisk implikation som föreslås är att arbeta utifrån ett här och nu perspektiv med patienten (Ogden et al., 2006). Patienten kan på det sättet skapa sig nya

erfarenheter av andra kroppsörnimmelser, här och nu, som inte är kopplade till traumat (van der Kolk, 2006).

Utifrån teorigenomgången av hur den själv-reglerande funktionen i nervsystemet och hur hjärnans utveckling kan komma att störas vid traumatisk stress kommer vi i det följande att presentera kliniska implikationer som kan härledas ur denna kunskap om de biologiska konsekvenserna av komplext trauma. Centrala kliniska konsekvenser ur forskningen som tas upp innefattar; bottom-up behandling, minnesforskningens bidrag till kliniska implikationer, kroppsterapi Somatic Experiencing och betydelsen av den goda kontakten i terapi. Sist en kort presentation av vår studies behandling i fokus; biologisk traumabehandling.

Bottom-up och Top-down behandling. Bottom-up terapier utgår ifrån de grundläggande kroppsliga förnimmelserna som associeras med traumat (Solomon & Heide, 2005). Bottom-up behandling innebär att man arbetar med att återställa patientens fysiologiska arousal-dysreglering i nervsystemet (Ogden et al., 2006; Levin, 2010; Solomon & Heide, 2005; van der Kolk, 2006). Terapeuten arbetar med introspektion i behandling för att patienterna ska få lära känna sin kropp och utveckla förmågan att lyssna till den (van der Kolk, 2006). Detta görs med hjälp av att patienterna får övningar i att beskriva sina kroppsliga förnimmelser och vad de har för betydelse, till exempel att förlammningsörnimmelser i kroppen kan innebära att man är rädd (van der Kolk, 2006; Lanius et al., 2011). När patienten har förbättrat sin förmåga att kommunicera med sin kropp, kan vederbörande uppmärksamma kroppsliga och emotionella signaler på att en situation kan bli för överväldigande och därför stoppa innan det går för långt. Detta är en essentiell färdighet vid bearbetning av trauma eftersom en del traumapatienter inte vet hur mycket exponering för traumat som deras kropp klarar av utan att gå in i en ohälsosam aktivering av de sympatiska och parasympatiska systemen (Lanius et al., 2011).

Inom den konventionella samtalsterapi är top-down synsättet dominerande (Ogden et al., 2006). Det innebär att terapin fokuserar på de processer som sker uppifrån och ner hos patienten. Därmed tänker man sig att en förändring av tankarna också förändrar de svåra emotionella upplevelserna, som färgas av dessa kognitioner. På det här sättet menar man exempelvis att nya insikter hos patienten kan leda till en förändring av symptom (Solomon & Heide, 2005; Ogden et al., 2006). Dock kan det vid samtal om de traumatiska upplevelserna ske en reaktivering av implicita och kroppsliga minnen hos patienten. Det innebär att kroppsliga reaktioner i nervsystemet, knutna till det ursprungliga traumat, reaktiveras såsom hyperarousal och dissociation (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006). Dessa tillstånd

förhindrar att patienten kan använda sig av kognitiva förmågor i neokortex och patienterna förmår därmed inte använda sig av en top-down reglering (Ogden et al., 2006), exempelvis nedreglering av negativa emotioner. Vid dessa höga aktiveringar i kroppen kan det varken ske någon bearbetning eller läkning av dysregleringen i nervsystemet, varför patienten i den behandlande terapin bör få hjälp att reglera sin affekt- och arousalnivå (Ogden et al., 2006; Van der Kolk, 2006). För stor exponering av traumat kan också förvärra symptomen hos patienten (Ogden et al., 2006).

Minnesforskning. En av anledningarna till betydelsen av att arbeta kroppsligt med traumapatienter kan påvisas i hjärnforskningen kring traumatiska minnen. Med hjälp av neokortex processas minnen och integreras till långtidsminnen. En hög fysiologisk arousalnivå vid traumatisk stress försvårar för hjärnan att processa information (Solomon & Heide, 2005; Carrion & Wong, 2012; Lopez, 2011), på så sätt att det episodiska minnet inte integreras tillräckligt i neokortex utan istället lagras i det limbiska systemet. Denna felaktiga lagring leder till att det bildas störande fragment av traumat; ljud, visuella bilder, lukter med mera (Solomon & Heide, 2005; Lopez, 2011). Målet med terapi är därför att det ska integreras ett sammanhängande, autobiografiskt minne av de traumatiska händelserna, vilket följande kroppsbaserade terapiform syftar till (Lopez, 2011 & Levine, 2010).

Somatic Experiencing. Somatic experiencing (SE) är en kroppsbaserad terapiform där patienten får möjlighet att bearbeta den kroppsliga upplevelsen av traumat såsom frystillstånd eller kollaps. Detta görs med hjälp av en manualbaserad behandlingsmetod som innehåller nio olika interventioner (Levine, 2010; Leitch, 2007).

Patienter drabbade av komplext trauma eller trauma generellt upplever allt som oftast känslor av hjälplöshet då det inte var möjligt att fly från den traumatiserande och farofyllda situationen. Patientens kropp bär med sig en mobiliserande kraft från traumat som inte har fått komma till utlopp (Levine, 2010; Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006; Bradshaw, Cook & McDonald, 2011). Denna förståelse av upphopad kraft i kroppen används i vidare interventioner inom Somatic Experiencing.

I det initiala skedet av behandlingsformen fokuserar terapeuten på att skapa en *trygghet* i den terapeutiska relationen. Till en början träder terapeuten in som regulator av patientens smärtfyllda känslor, vilket sker när patienten får känna terapeutens lugna och rofyllda känslor i rummet (Levine, 2010). Eftersom traumatiserade patienter har svårigheter med att vara i sin kropp så arbetar terapeuten, inom SE, kontinuerligt med att införa *positiva*

kroppsförnimmelser hos patienten, specifikt i början av en terapi (van der Kolk, 2006; Levine, 2010). Att patienten får komma i kontakt med positiva förnimmelser/affekter som en startpunkt i terapin är också viktigt i förhållande till att skapa ett nytt minne av traumat i terapin. Om patienten enbart uppvisar rädsla vid processandet av traumat kommer det inte att innebära någon förändring i minnesbearbetningen. Positiva och lugnande förnimmelser i terapin aktiverar också det parasympatiska systemet som kan vara en motvikt till den senare arousal-aktivering som traumabearbetning innebär. Aktivering av det systemet görs genom att införa andningsövningar i terapin eller genom att låta patienten få komma i kontakt med en trygg plats i sitt inre (Högberg et al., 2011).

Vid utforskande av de kroppsförnimmelser som är knutna till traumat finns det en behandlingsintervention kallad *pendling* som är central inom SE. Det innebär att terapeuten låter klienten pendla mellan en positiv förnimmelse och de farofyllda känslorna av rädsla och hjälplöshet. För att patienten inte ska bli överväldigad av de traumatiska känslorna hjälper terapeuten patienten att återknyta till de positiva känslorna (Levine, 2010; Leitch, 2007; Parker, Doctor & Selvam, 2008). Det kan exempelvis vara en trygg plats i kroppen, såsom i benen. Eller en zon i terapirummet, såsom en färg eller tavla i rummet. På det här sättet får patienten upptäcka kroppens medfödda rytm att kunna återhämta sig från farofyllda känslor. Terapeutens styrande pendling medför en trygg ram inom vilken traumat kan bearbetas utan att det blir för överväldigande (Levine, 2010).

Ett senare steg i behandlingen innebär att patienten behöver komma ut ur det icke-mobiliserade tillståndet och komma vidare till ett handlings- och energikraftigt tillstånd, för att det ska kunna komma till stånd en läkning av traumat (Bradshaw et al., 2011; Levine, 2010). Samtidigt är ett sådant energifyllt tillstånd förknippat med rädsla då det kan utlösa ilska, flykt-och kampreaktioner som inte har varit möjliga för patienten att uttrycka tidigare. I detta skede behöver terapeuten hjälpa patienten att bearbeta de skam- och rädsloeffekter som kan uppstå (Levine, 2010). Levine (2010) betonar att kontakten med de mobiliserande känslorna behöver ske gradvis, då det ofta är smärtsamt för patienten att uppleva dessa känslor aktivt i terapin. Det finns en intervention kallad *titrering* som innebär att terapeuten hjälper patienten att dosera kontakten med dessa känslor, så att patienten inte blir överväldigad. Begreppet *titrering* kommer från kemi och innebär att man blandar två ämnen genom att långsamt droppa ned vätska i en behållare för att uppnå en neutraliserande, kemisk reaktion av de två ämnena. Om man omedelbart hade blandat de två ämnena direkt hade det uppstått en explosion. På samma sätt menar Levine (2010) att traumaterapin ska syfta till att uppnå en neutralisering av den energi och kraft som ligger bakom de traumatiska minnena,

såsom en kraft av att vilja fly. Genom att patienten får uppleva de mobiliserande krafterna i små doser kan en neutralisering i nervsystemet komma till stånd hos patienten (Levine, 2010).

Levine (2010) menar att de flykt- och kampreaktioner som inte kom till utlopp vid en traumatisk händelse har lagrats i kroppen som ett sensoriskt-motoriskt minne, ofta som en omedveten reaktion. Rent konkret har det lagrats energi i kroppen som behöver få uttryckas motoriskt. Det kan vara att patienten hade velat springa då hon/han blev utsatt. I det skedet då patienten är i kontakt med dessa flyktreaktioner i kroppen så kan terapeuten låta patienten springa ”på stället”, så att de ofärdiga reaktionerna i nervsystemet kan få fullgöras (Levine, 2010; Parker et al., 2008). Det som sker biologiskt vid en sådan här förlösning av fastfusen energi är att balansen i patientens nervsystem kan återupprättas (Levine, 2010). Efter arousalaktivering, som en uttryckt flyktreaktion innebär, hjälper terapeuten patienten att få uppleva ett lugnt tillstånd, med parasympatisk aktivering. Patienten får, på ett kroppsligt plan, uppleva en självreglering i nervsystemet vilket blir patientens egna, inre trygga bas utifrån vilken vederbörande kan hantera och uppleva svåra kroppsliga och emotionella tillstånd (Leitch, 2007; Levine, 2010; Ogden et al., 2006).

Levine (2010) menar att ett betydelsefullt resultat av arbetet med att återställa jämvikten i nervsystemet är att patienten också kan återgå till att kunna vara närvarande i nuet. Hjälploshet och frystillstånd har lett till isolering och svårigheter att interagera socialt med andra människor. När patienten får bearbeta sitt trauma kroppsligt kan detta i sin tur hjälpa henne att kunna knyta an till andra människor (D’Andrea et al., 2012; Levine, 2010).

Den goda kontakten. Inom alla terapiformer är den terapeutiska relationen av stor betydelse för att behandlingen ska bli effektiv, det är en så kallad ”common factor” (Philips & Holmqvist, 2008; Rappoport, 2012). Vid behandling av patienter som har blivit utsatta för komplext trauma behöver terapeuten arbeta särskilt med att dessa patienter ska känna sig trygga och säkra i terapin (Craighead & Nemeroff, 2005, refererad i Heim et al., 2010).

En klinisk implikation ur kunskapen om nervsystemet och hjärnan som Ogden et al. (2006) beskriver och som kan illustrera betydelsen av denna goda kontakt är att terapeuten, likt föräldern, får ta rollen som en ”psykobiologisk/affektiv regulator” av klientens nervsystem (Schore, 2001, s. 208). Ogden et al. (2006) menar att terapeuten som regulator ska; uppmärksamma när klienten uppvisar kroppsliga tecken på en dysreglering i sitt nervsystem, såsom exempelvis en ökad hjärtrytm och andning eller att patienten försvinner iväg i sin egen värld och inte är närvarande i rummet; anpassa interventioner som kan reglera arousal till en optimal och hanterlig nivå; samt ge klienten empatisk och närvarande kontakt.

Interventioner för att styra arousalnivån består av att anpassa rösten, energinivån, ordval, kroppsspråk och det emotionella innehållet i samtalet (Ogden et al., 2006). Syftet med denna styrning från terapeuten är att patienten ska kunna känna sig lugn och trygg i den terapeutiska relationen då vederbörande får uppleva att terapeuten kan reglera arousalnivån. Denna hanterbara arousalnivå i relationen med terapeuten blir patientens nya trygga bas, utifrån vilken denne vågar utforska och uppleva sina kroppsliga förnimmelser och affekter igen (Ogden et al., 2006): “In the hands of an informed body-oriented psychotherapist, the client’s body gradually becomes his ally rather than his enemy in the process of healing from trauma” (Ogden et al., 2006, s. 267).

Biologisk Traumabehandling. Denna kroppsinriktade psykoterapiutbildning är baserad på kunskapen om komplexa traumans påverkan på den neurobiologiska utvecklingen (<http://skolenforpsykosomatik.dk/velkommen>; Undervisningsmaterial, via mail, av Ulla Rung Weeke, 14 April, 2013). Behandlingsmetoden är inriktad på att utbilda terapeuter i att utveckla personliga egenskaper för att kunna bemöta trauma, ge terapeuterna teoretisk kunskap om hjärnan och nervsystemets utveckling/funktion vid trauma, samt att introducera terapeutiska verktyg, för att terapeuterna i sin behandling kunna bemöta klienter med olika grad av traumatisering på en kroppslig nivå (Rung, n.d.).

Behandlingsmetoden baseras i grunden på de principer som Levine (2010) utvecklat under de senaste årtionden, enligt ovan. Biologisk traumabehandling har dock vidareutvecklats och lägger exempelvis mer betoning på den relationella kontakten vid läkning av komplext trauma.

Utbildningen i biologisk traumabehandling lärs ut i upplevelsebaserad form, där utbildningsledaren pendlar mellan teoretisk undervisning och att låta deltagarna genomföra praktiska övningar, som består av kroppsövningar enskilt och i grupp. I biologisk traumabehandling utgör samtal, relationellt fokus och uppmärksamhet på fysiska förnimmelser olika delar av terapiformens metoder. Fysisk beröring ingår också som en del i behandlingsmetoden, vilket är ovanligt i de ovan beskrivna kliniska implikationerna i dagens forskning.

En annan del av utbildningen innebär att deltagarna under utbildningens gång, genomgår en terapeutisk process i sin egen kropp och i förhållande till sin egen historia. Denna egenterapeutiska del integreras med teori och förståelse av traumatiserings uppkomst.

En genomgående, underliggande princip i arbetet är att reglera den traumatisering som skapat negativa, biologiska konsekvenser i klientens kropp (Rung, n.d.; Undervisningsmaterial, via mail, av Ulla Rung Weeke, 14 April, 2013).

Kolbs kunskapsformer

Eftersom vårt syfte är att undersöka hur terapeuterna använder sina förvärvade kunskaper från den biologiska traumabehandlingsutbildningen har vi valt att använda oss av Kolbs (1984) teoretiska modell vid analysen. Denna modell illustrerar olika kunskapsformer i upplevelsebaserat lärande, som pedagogiken i utbildningen är uppbyggd av. Genom utbildningen ges deltagarna alltså möjlighet att förvärva och integrera olika kunskapsformer, men frågan är i den här uppsatsen delvis vilka kunskapsformer som deltagarna sedan fokuserar på och hur de fyller dessa kunskaper med meningsinnehåll. Först kommer en ursprunglig beskrivning av Kolbs modell (1984) för upplevelsebaserat lärande att presenteras följt av en mer detaljerad beskrivning av hans fyra kunskapsformer, vilka specifikt har valts ut som teoretiska analysverktyg.

I Kolbs modell (1984) finns två lärandedimensioner som ligger till grund för lärandeprocesserna. Den ena dimensionen är förståelse (prehension), som innebär individens sätt att få grepp om en upplevelse. Den andra dimensionen är transformering av den upplevelsen (transformation), vilket innebär att individen på ett aktivt och reflekterande plan omvandlar sin förståelse av en upplevelse (Kolb, 1984). En individ tillägnar sig kunskap genom att de två lärandedimensionerna kombineras, på så sätt att förståelsen av en upplevelse integreras med transformeringen av densamma. Därmed är transformering och förståelse av lika betydelse för lärandet (Kolb, 1984). Kolb (1984) menar att förståelsen av en upplevelse behövs för att det ska kunna ske en transformering av denna och vice versa.

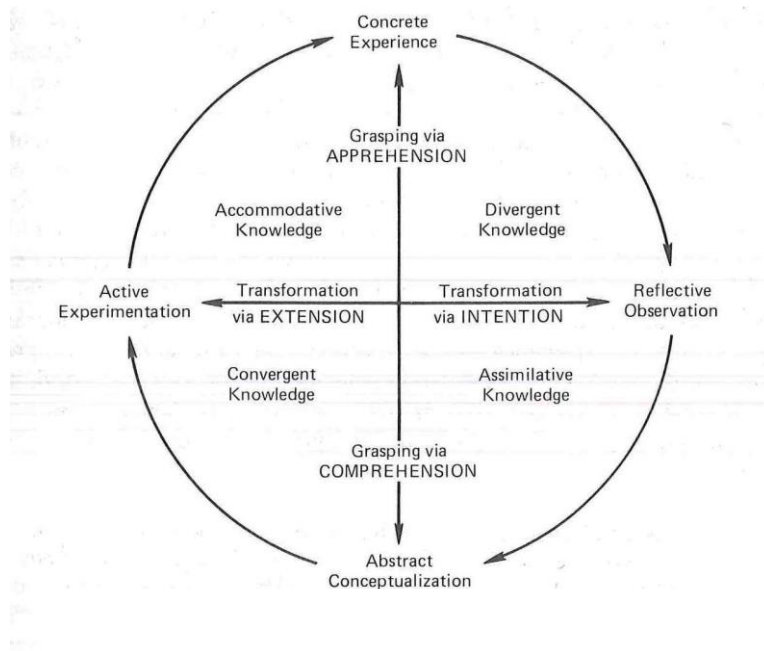


Bild 2. Kolbs (1984, s. 42) lärandecykel och kunskapsformer.

Var och en av de två dimensionerna består av ett dialektiskt motsatspar, detta utgör således två olika lärandeformer av en och samma dimension. Förståelsedimensionen består av lärandeformerna uppfattning och förståelse (apprehension-comprehension). Den förra innebär att få en konkret och omedelbar uppfattning av en upplevelse genom sina sinnen. Med hjälp av den senare formen skapar sig individen förståelse indirekt genom symbolisk representation. Det innebär att man kan tolka och sortera sina upplevelser samt dra slutsatser baserade på något man hört eller sett. Transformeringsdimensionen består av lärandeformerna intention och utvidgning (intention-extension). Den förra lärandeformen består av en inre, reflekterande observation. Medan den senare innebär att individen utvidgar sin förståelse aktivt i den yttre världen och omsätter sin kunskap genom experimentering (Kolb, 1984).

I Kolbs modell (1984) finns det inte någon lärandeform som är överordnad de andra, utan de fyra lärandeformerna är av lika betydelse för att tillägna sig kunskap. Ett upplevelsebaserat lärande kommer till stånd när alla fyra lärandeformerna kombineras och integreras i lärandecykeln.

I denna modell skapas också fyra olika kunskapsformer genom att de två lärandeformerna av förståelse kombineras med de två lärandeformerna av transformeringsdimension (Kolb, 1984). Vilka finns illustrerade i den bildliga modellen ovan.

En konkret upplevelse som omvandlas med hjälp av en inre reflektion skapar en *divergerande kunskap* (divergent knowledge) (Kolb, 1984). Denna kunskap karaktäriseras av

att man genom konkreta upplevelser reflekterar över ett fenomen på ett brett, öppet och kreativt sätt (Sugarman, 1985).

En upplevelse som istället förstås genom tolkning och sedan transformeras med hjälp av inre reflektion bildar en *assimilerande kunskap* (assimilative knowledge) (Kolb, 1984). Till skillnad från att utgå från konkreta upplevelser så innebär en assimilerande kunskapsinhämtning att man abstraherar fenomen och reflekterar över dem med hjälp av teoretiska begrepp. Teoretiska modeller utgör grunden utifrån vilket de reflekterande observationerna får sin mening (Sugarman, 1985).

Konvergerande kunskap (convergent knowledge) är ett resultat av att tolkning och teori kombineras med ett aktivt experimenterande (Kolb, 1984). Denna kunskap innebär att man praktiskt tillämpar och testar olika teoretiska modeller och dess användbarhet (Sugarman, 1985).

Ackommoderande kunskap (accommodative knowledge) innebär att man utgår från konkreta upplevelser och prövar sig fram med aktivt experimenterande. Man experimenterar med olika arbetsätt utifrån det absoluta ögonblicket och löser problem genom att ”testa” i praktiken vad som fungerar bäst (Sugarman, 1985).

Kolbs modell (1984) är abstrakt varför den tillåter en flexibilitet vid användande av den, med andra ord blir det tillåtet att använda modellen på olika sätt (Sugarman, 1985).

Metod

En hermeneutisk ansats

Eftersom syftet med denna studie var att undersöka hur terapeuters förvärvade kunskaper om biologisk traumabehandling kommer till användning i deras dagliga praktik valde vi att genomföra en kvalitativ studie. Kvalitativa studier möjliggör kunskap om intervjupersonernas perspektiv och synvinklar på det studerade ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Frågan om vilken typ av kunskap som produceras är central inom alla kvalitativa studier. I detta arbete används en hermeneutisk ansats, vilket innebär att resultatet tolkas, utifrån vår förförståelse om det studerade ämnet, biologisk traumabehandling. Denna förförståelse är en förutsättning för att kunna förstå resultatet och två andra forskare hade troligtvis landat i andra tolkningar eftersom det inte existerar någon objektiv, sann tolkning (Alvesson & Skoldberg, 2008; Kvale & Brinkmann, 2009).

Hermeneutiken är en mycket bred metodologisk inriktning där två huvudspår kan urskiljas: Objektiviserande hermeneutik och aletisk hermeneutik. Den objektiviserande hermeneutiken vilar på grundvalen att det finns en uppdelning mellan forskaren och

intervjupersonen. Sålunda finns det ett subjekt, forskaren, som tolkar ett objekt, intervjupersonens berättelse (Alvesson & Sköldberg, 2008). Tolkningen av en text kan exempelvis innebära att forskaren uttolkar vad ett visst ämne har för innebörd för den enskilde individen, exempelvis hur en lärare uppfattar implementeringen av graderade betyg i skolan.

Inom den objektiverade hermeneutiken ser sig inte forskaren som delaktig i den kunskap som produceras och reflekterar inte över hur den egna rollen kan spela in vid de tolkningar som görs. Forskarens tolkning av en text anses överensstämma med intervjupersonens berättelse, vilket skapar själva den hermeneutiska förståelsen. Detta synsätt liknar det naturvetenskapliga paradigmet som också gör anspråk på att det finns en objektiv sanning därute i världen som det är forskarens ansvar att finna (Alvesson & Sköldberg, 2008).

I denna studie är dock utgångspunkten den aletiska hermeneutiken som ifrågasätter den beskrivna polariteten mellan subjekt och objekt. Inom denna inriktning anses det att uppdelningen mellan människor är en ”andrahandskonstruktion”, som människan inom den vetenskapliga världen själv har skapat (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 239). I själva verket skapas kunskap i mötet och i relationen mellan forskaren och intervjupersonen (Willig, 2013; Kvale & Brinkmann, 2009). På det här sättet är ”kunskapsproduktionen intersubjektiv och social” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 34). Inom den aletiska hermeneutiken smälter subjektet och objektet samman, vilket innebär att det inte finns någon polaritet mellan uttolkaren (forskaren) och författaren till texten (Alvesson & Sköldberg, 2008). Hur sammansmältningen mellan subjekt och objekt går till blir tydlig när man ser närmare på den hermeneutiska tolkningsprocessen som presenteras nedan.

Aletisk hermeneutisk tolkning. Vid tolkning och analys av en text ser hermeneutiker på sig själva som en samtalspartner till texten. Enligt Alvesson och Sköldberg (2008) heter det att forskaren är i *dialog med texten*, vilket innebär att forskaren ställer frågor och aktivt lyssnar till texten. De frågor som ställs härrör ur forskningsfrågorna och forskarens förförståelse men forskaren behöver samtidigt också respektera intervjupersonens svar och inte infiltrera för mycket i texten. Det är sålunda en balans mellan att föra en dialog med texten och samtidigt låta texten förbli självständig i sig själv (Alvesson & Sköldberg 2008; Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvale och Brinkmann (2009) menar att de ställda frågorna till texten har ”företräde i tolkning” (s. 227), vilket innebär att frågorna kommer att styra den slutgiltiga tolkningen av texten. Det är av betydelse att forskaren på förhand har uttalat och formulerat de frågor som ska ställas till texten under analysens gång, för att undvika selektivitet och bekräftande av den

egna uppfattningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Eftersom olika forskare har olika perspektiv och frågor till texten som tolkas blir resultatet olika tolkningar av en och samma text. Den aletiska hermeneutiken menar således att det inte finns en enda, sann tolkning av en text, utan istället kan en text generera en mängd olika ”legitima tolkningar” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 227).

Forskarens dialog med texten aktiverar den *hermeneutiska cirkeln*, som är ett annat centralt begrepp inom denna metodologi. Den hermeneutiska cirkeln inom den aletiska inriktningen förklarar tolkningsprocessen som ett ömsesidigt växelspel mellan förförståelse och förståelse. För att kunna förstå en ny text behöver vi ha utvecklat en referensram (förförståelse), mot vilken en ny text kan förstås. Förståelsen av den nya texten utvidgar och ökar i sin tur förförståelsen (Alvesson & Sköldberg, 2008).

För att kunna förstå en annan människas begrepps- och meningsfält behöver forskaren kunna empatisera med den andre och känna sig in i dennes värld. Inom den aletiska hermeneutiken kallas individens livsvärld för dennes *horisont* (Alvesson & Sköldberg, 2008). Vid tolkningsarbetet pendlar forskaren, i den hermeneutiska cirkeln, mellan att gå in i den andres horisont och att gå tillbaka till sin egen referensram. Forskaren är inte ett tomt blad utan har sin egen livshistoria som präglar förståelsen av en annan människa. Forskaren är också del i en större historisk, social och kulturell praktik, såsom akademien, vilken består av på förhand uttalad teori om ett studerat fenomen. Denna större kontext som forskaren verkar i präglar också de förutfattade meningarna (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Under tolkningsprocessen behöver forskaren successivt revidera sin egen förförståelse och få feedback på denna genom att gå in i den andre personens förståelsehorisont. Den aletiska hermeneutiken benämner denna alternering mellan den egna och den andres förståelsehorisont som att det sker en *fusion av horisonter* (Alvesson & Sköldberg, 2008; Willig, 2013). Vår egen förförståelse i denna studie kommer vi att redogöra för längre fram i metodavsnittet.

Utbildningens upplägg i Biologisk Traumabehandling

“Skolen for psykosomatik” i Danmark anordnar både utbildning på grundnivå och påbyggnadsutbildning i biologisk traumabehandling (<http://www.skolenforpsykosomatik.dk/velkommen>).

Den grundläggande utbildningen löper över sex månader, där deltagarna träffas cirka tre dagar varje månad (totalt ca 17 gånger). Varje tre dagars modul har sitt eget tema, som

kommer presenteras nedan (Utbildningsöversikt, genom mail, av Ulla Rung Weeke, 24 April, 2013):

Modul ett och två: Introduktion till kroppen och nervsystemet samt till den neuro-affektiva utvecklingen hos barnet. Kunskap kring anknytningens betydelse för barnets kroppsliga utveckling av nervsystemet och biokemin. Under dessa två första moduler lärs det också ut kunskap om hjärnans utveckling och behovet av nära omsorgspersoner för att denna utveckling ska bli ändamålsenlig.

Modul tre och fyra: Under dessa moduler lärs det ut kunskap om hur känslöhjärnan (det limbiska systemet) och det sociala nervsystemet byggs upp och organiseras i relation till de närmaste omsorgspersonerna. Deltagarna får också lära sig om den sunda skamregleringen som sker i tidig ålder samt hur en traumatisk skam kan utveckla sig. Denna traumatiska skam utvecklas hos barn som inte blir tillräckligt omhändertagna av omsorgspersonerna i situationer av gränssättning (vid exempelvis avbruten lek). Ett bristfälligt omhändertagande efter gränssättning utlöser en reaktion i nervsystemet hos barnet, som tappar mycket energi, och som barnet då lämnas ensam i (för höga skamkänslor). Känslor som barnet själv inte kan reglera (Undervisningsmaterial, via mail, av Ulla Rung Weeke, 14 April, 2013).

Modul fem: Under denna modul får deltagarna kunskap om akut traumatisk chock och vad det får för efterreaktioner i kroppens nervsystem.

Modul sex: Vid denna sista modul fördjupas temat på akut chock och dess efterreaktioner. Deltagarna får också lära sig om dissociationsmekanismer som kan utlösas vid traumatisk stress.

Efter genomgången utbildning grundnivå får deltagarna ett diplom. Vidare kan man genomgå påbyggnadsutbildningen och bli certifierad biologisk traumaterapeut. För denna certifiering krävs att man också har gått 40 timmar i handledning hos utbildningsledaren på skolan (<http://www.skolenforpsykosomatik.dk/velkommen>).

Urval

Rekrytering. Rekryteringen av deltagare har skett via Skolen for psykosomatik i Danmark, där utbildningsledaren åtog sig att kontakta tidigare utbildningsdeltagare med förfrågan om att delta i studien. Denna kontakt och hjälp av utbildningsledaren möjliggjordes av att författarna, vid tillfället för studien, genomgick den grundläggande utbildningen på skolan.

Utbildningsledaren mailade inledningsvis ett informationsbrev om studien (se Bilaga A och B) till 20 tidigare utbildningsdeltagare. Både ett informationsbrev på danska och ett på

svenska skickades ut, då några av dessa 20 tidigare utbildningsdeltagare var från Sverige. De tillfrågade terapeuterna kunde vid intresse av att delta kontakta författarna genom de kontaktuppgifter som stod angivna i informationsbrevet.

I förhållande till syftet i studien har det funnits två huvudsakliga inkluderingskriterier vid rekryteringen av deltagare. Ett inkluderingskriterium var att deltagarna skulle ha genomgått och avslutat grundutbildningen i biologisk traumabehandling. Det skulle ha inneburit en begränsning att enbart rekrytera terapeuter som har genomgått påbyggnadsutbildningen eftersom det är färre personer som har avancerat till denna nivå. Genom att bredda urvalet till att inkludera terapeuter från båda utbildningarna ökades chanserna för att rekrytera tillräckligt med deltagare.

Det andra givna inkluderingskriteriet var att deltagarna skulle vara terapeuter och utöva klinisk behandling med klienter. Det är inte enbart terapeuter som går denna utbildning på skolan, varför detta kriterium var nödvändigt.

I informationsbrevet specificerades vilken vecka under hösten som terapeuterna senast kunde kontakta författarna. Efter att denna vecka hade passerat hade två terapeuter rekryterats. Vid detta tillfälle i rekryteringsprocessen kontaktades utbildningsledaren med förfrågan om att skicka ut informationsbrevet till fler terapeuter, vilket ledde till att ett par stycken fler terapeuter kontaktades. Vid denna tidpunkt var det också två stycken terapeuter som hade visat ett muntligt intresse för utbildningsledaren om att delta. Dessa två fick ytterligare ett mail om att kontakta oss skriftligen vid intresse. Rekryteringsprocessen drog ut på tiden och det tog lång tid innan fler terapeuter kunde rekryteras. Under denna tid kontaktade vi själva två terapeuter som vi hade fått kontaktuppgifter till via den andra intervjupersonen.

Rekryteringsprocessen resulterade i att sex terapeuter anmälde sitt intresse för att bli intervjuade. Den terapeut som anmälde sitt intresse sist av alla fick uteslutas på grund av tidsbrist. I ett första urvalsskede ingick fem terapeuter, vilka alla uppfyllde inkluderingskriterierna för deltagande. Dock fick en intervju uteslutas på grund av för svag intervjukvalité (Kvale & Brinkmann, 2009). Det slutgiltiga urvalet bestod således av fyra stycken deltagare.

Deltagare. I urvalet ingick fyra utbildade psykoterapeuter, som i dagsläget utövade terapi med klienter. Av dessa terapeuter var tre kvinnor och en man.

Deltagarna hade fem till elva års erfarenhet som psykoterapeut och samtliga arbetade i Danmark. Deras tidigare terapeutbakgrund varierade med alltifrån kroppsorienterad

terapiutbildning till mer samtalsorienterad sådan. Deltagarna uppgav ingen annan grundutbildning än sin psykoterapeututbildning. De psykoterapeutiska utbildningarna som deltagarna hade genomgått var i privat regi och, enligt det danska systemet, inte kopplade till krav på grundutbildning som exempelvis psykolog. Utbildningslängd 4-5 år.

De hade alla genomgått både grundutbildningen och påbyggnadsutbildningen på Skolen for psykosomatik. Antalet påbyggnadsutbildningar som terapeuterna hade genomgått varierade, från allt mellan 1 till 5 gånger.

Förberedelser inför intervjuandet

En intervjuguide (se Bilaga C) skapades med både bakgrundsfrågor och tematiska intervjufrågor i relation till studiens syfte (Kvale & Brinkmann, 2009). Bakgrundsfrågorna berörde terapeuternas utbildningsbakgrund, antal yrkesverksamma år som terapeut, nuvarande arbetsplats samt vilka utbildningar de hade genomgått på Skolen for psykosomatik.

Intervjufrågorna i guiden var strukturerade utifrån ett jämförande perspektiv, mellan dåtid och nutid. Detta för att kunna fånga in implementeringen av terapeuternas förvärvade kunskaper i deras kliniska arbete idag. Dåtidsperspektivet behandlade dels hur deras kliniska arbete såg ut innan de började på utbildningen i biologisk traumabehandling och dels vilka lärdomar, praktiska och teoretiska, som de bar med sig från utbildningen. Nutidsperspektivet berörde användandet av dessa lärdomar i det praktiska arbetet idag och hur de lärdomarna har påverkat behandlingsresultatet.

Intervjuguidens frågor prövades i en pilotintervju med en terapeut vid Lunds universitet. Pilotintervjun bestod av samma intervjufrågor som vid de efterföljande intervjuerna, med undantag för en fråga som var specificerad till kunskapen från biologisk traumabehandling. I det senare förändrades formuleringen på ett antal frågor, dock inte innehållet.

Frågorna i intervjuguiden var strukturerade utefter en given ordningsföljd. Inför intervjuförandet beslutades det att intervjuarna kunde frånga denna följd för att flexibelt kunna följa intervjupersonens berättande (Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2013). ”Omdöme och känslighet” prioriterades således framför att rigid följa ordningen på frågorna (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 146).

Genomförande

Datainsamling. Kvalitativa, semistrukturerade djupintervjuer har använts i studien. Det är en flexibel datainsamlingsmetod eftersom den inte är bunden till en specifik

analysmetod, utan den är anpassad till att användas tillsammans med många olika analysmetoder. I linje med den typiska semistrukturerade intervjun innehöll intervjuguiden många öppna frågor, som kompletterades med följdfrågor utifrån intervjupersonernas svar (Willig, 2013).

Intervjuerna utfördes över totalt sju veckor, under hösten 2013. Intervjupersonerna erbjöds välja var intervjuerna skulle äga rum. Samtliga terapeuter föreslog att intervjuerna skulle genomföras på deras arbetsplats i Danmark, vilket också gjordes. Intervjuerna genomfördes med en intervjuare, vilket beslutades i samspråk med handledaren. Tre av fyra intervjuer genomfördes på danska. Det var enbart en av oss som talade flytande danska, varför en av oss fick genomföra majoriteten av intervjuerna. Intervjuaren har per automatik, i och med sin forskarroll, mer makt och inflytande under intervjun än intervjupersonen. Denna maktobalans skulle förstärkas om det hade varit två intervjuare under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009).

Vid tiden för intervjuerna tillfrågades deltagarna om de accepterade röstinspelning. Alla fyra deltagare gav ett muntligt informerat samtycke till detta. Intervjuerna startade med att intervjuaren berättade om syftet med studien och hur intervjun var strukturerad. Intervjuerna varade mellan 75 - 102 minuter.

Analys

Tematisk analys i relation till Kolbs kunskapsformer. En tematisk analys har utförts med hjälp av Braun och Clarkes (2006) tillvägagångssätt. Deras beskrivning innehåller sex olika steg i analysprocessen, vilka har följts i anknytning till Kolbs (1984) kunskapsformer i upplevelsebaserat lärande.

Kolbs (1984) teoretiska ramverk ansågs lämpligt att tillämpa i analysen av två skäl: Den aktuella utbildningen i biologisk traumabehandling sker i upplevelsebaserad lärandeform. Modellen fångar också in studies syfte; att åskådliggöra användande av kunskap i praktiken. Vi har båda två lyssnat till och läst alla fyra intervjuerna. Dock delade vi upp analysen av intervjuerna mellan oss.

I första steget transkriberade vi ljudinspelningen och bekantade oss med den färdiga texten. Eftersom majoriteten av intervjuerna skedde på danska transkriberades texten ordagrant till danska. I denna fas fick den av oss som inte talade danska hjälp med att förstå den färdiga texten, vilket var en förutsättning för att kunna analysera.

I ett andra steg skrev vi ned våra initiala reflektioner av den färdiglästa intervjun samt tankar kring vilka centrala ämnen som intervjupersonen lade tyngdpunkten vid. Därefter

kodades materialet genom att skriva ned sammanfattande koder längs marginalerna på sidan av texten. En kod kunde exempelvis vara ”14. Låta skammens ställe komma fram”.

Tredje steget bestod av att läsa igenom texten igen och kategorisera meningar och stycken utefter Kolbs åtta olika kategorier: De fyra lärandeformerna och de fyra kunskapsformerna (se beskrivning i teoridelen). Till hjälp för att kunna kategorisera texten användes åtta olika färgpennor för respektive kategori. Exempelvis föll koden ”kunskap om skam” under kategorin abstrakt konceptualisering. Medan koden ”arbetar mer med kroppen nu” föll under kategorin aktivt experimenterande.

Det fjärde steget innebar att vi skrev ned alla åtta kategorier som rubriker i ett word-dokument. Därefter sammanfördes alla de koder som hörde till respektive kategori.

Det femte steget bestod av att se över alla koderna som fanns under de åtta rubrikerna/kategorierna och undersöka vilka som var lika varandra. Exempelvis kunde koderna ”67. Skammens utveckling i nervsystemet”, ”69. skammen kommer till uttryck i kroppen” och ”70. skammens uttryck på flera olika plan, inte bara tankemässigt” sammanföras till en och samma kod: ”kroppslig skamutveckling”. I detta exemplifierande fall var kategorin abstrakt konceptualisering. På basis av koderna skapades därefter teman för varje Kolbkategori. Detta steg avslutades med att skissera upp åtta stycken tematiska kartor, innehållande diverse olika teman.

Det sjätte steget innebar att skissera upp Kolbs lärandecirkel på ett papper. Vi gick därefter igenom de åtta initiala tematiska kartorna var för sig och abstraherade de tillhörande temana till ett övergripande tema. Exempelvis kunde temana ”förstå sig själv och sina klienter utifrån kunskap om skam”, ”låta skamuttryck komma fram i terapi”, ”förstår hur skammen kan bli dysreglerad” abstraheras till ett övergripande tema kallat: ”Skamregleringens plats i terapi”. Detta steg avslutades med att vi hade fyllt Kolbs lärandecirkel med åtta stycken övergripande teman.

Efter att alla fyra analyserna var genomförda, var för sig, riktades den övergripande analysen in på att undersöka och jämföra vad Kolbs fyra kunskapsformer innehöll hos de olika deltagarna. Vid de individuella analyserna var det nödvändigt att först urskilja vad de olika inlärningstillstånden innehöll för att sedan uttolka hur kombinationer av dessa skapade specifika kunskapsformer hos deltagarna. Under den övergripande och jämförande analysen användes dock enbart Kolbs fyra kunskapsformer för att kunna besvara frågeställningarna som handlar om just terapeuternas förvärvade kunskaper.

Trovärdighet och reflexiv objektivitet

Syftet med denna studie var i korthet att undersöka hur terapeuters förvärvade kunskap om utbildningen kommer till användning. Mot bakgrund av detta syfte och våra frågeställningar utformades en intervjuguide som skulle säkerställa att intervjuerna fokuserades på detta område. Detta gjordes genom att utforma intervjufrågor som avsåg undersöka hur terapeuternas implementering av kunskapen ser ut. Det jämförande perspektivet möjliggjorde en undersökning av hur deras praktik har förändrats efter att de hade gått utbildningen i biologisk traumabehandling. Med andra ord ämnade vi att fånga användandet av kunskapen på många olika nivåer i deras praktik.

Inom kvalitativ forskning är det av avgörande betydelse att man strävar efter reflexivitet, vilket innebär att forskaren beskriver och reflekterar över hur den egna rollen har påverkat datainsamlingen och de tolkningar som har lett fram till resultatet. För hermeneutiker innebär detta att analysen ska präglas av en *reflexiv objektivitet* där forskaren medvetandegör och synliggör sin förförståelse i forskningen, samt uttryckligen beskriver den så snart den är relevant för forskningen. På det här sättet kan forskaren bli objektiv i förhållande till sina egna tolkningar (Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2013). Av den anledningen lägger vi fram vår förförståelse i nästa avsnitt.

Vid analysen har vi säkerställt att tolkningarna av texterna är legitima genom att ställa valida frågor till texten. Inom hermeneutiken är forskaren som tidigare nämnt i dialog med texten. Frågorna som ställs får stor betydelse eftersom de styr den efterföljande tolkningen (Alvesson & Sköldberg, 2008; Kvale & Brinkmann, 2009). Våra ställda frågor har varit valida då de är direkt tagna ur frågeställningarna och vårt teoretiska ramverk, Kolb (1984). Vi är två personer som har tolkat texterna och därför har vi varit noggranna med att diskutera och formulera de frågor som vi ska ställa till texterna. På det här sättet har vi säkerställt att vi har ställt samma frågor och inte låtit eget intresse eller selektivitet styra de gjorda tolkningarna. I huvudsak har följande tre frågor ställts: 1) Vilka kunskaper är centrala i intervjupersonens berättelse? 2) Vilken kunskapsform tillhör dessa; är det en divergerande, assimilerande, konvergerande eller ackommoderande kunskap? 3) Hur använder den enskilde terapeuten denna kunskap i sin specifika praktik?

Vår förförståelse. En viktig del av vår egen förförståelse inför denna studie är att vi båda deltog i grundutbildningen i biologisk traumabehandling parallellt med pågående studie (m.a.o. samma utbildning som de intervjuade terapeuterna har gått). Vi sökte oss till denna utbildning som en del av vårt personliga engagemang i traumabehandling och i att få

fördjupad kunskap om psykosomatik. I vår utbildningsgrupp bestod deltagandet av ungefär hälften psykologer och hälften personer med annan psykoterapeutisk bakgrund. Från denna utbildning bär vi med oss en bredare förståelse för kroppen och trauma än innan samt egna upplevelser av behandlingsmetodens effekt. Detta ska förstås ur att biologisk traumabehandling innebär en egenerapeutisk del, varvid vi i grupp upplever och bevitnar behandlingens utförande. Under hela utbildningens gång har vi lärt oss praktiska interventioner och vägledande principer som används inom denna kroppsriktade terapibehandling av trauma. Både i grupp och självständigt med utbildningsledaren har vi fått uppleva vad dessa terapi-interventioner har för effekt på en själv och på de andra deltagarna i gruppen.

En annan del i vår förförståelse har varit Kolbs teoretiska ramverk (1984). Med hjälp av detta ramverk har vi tolkat texterna utifrån hans fyra kunskapsformer, vilka har hjälpt till att besvara våra frågeställningar. Kolbs modell (1984) har blivit ett analysfilter som vi har lagt på texterna för att kunna urskilja terapeuternas förvärvade kunskaper från utbildningen i biologisk traumabehandling. Med en annan förförståelse och ett annat teoretiskt ramverk hade vi sannolikt landat i andra tolkningar och teman av texterna (Kvale & Brinkmann, 2009).

Anna-Karins förförståelse och förväntningar. Utifrån min förförståelse förväntade jag mig att terapeuterna skulle berätta om hur de använder dosering och reglering av affekter och kroppstillstånd i arbetet med klienterna. Detta är praktiska verktyg som jag har lärt mig på utbildningen och som jag tänkte skulle vara en central del i terapeuternas egen verksamhet.

Inför intervjuerna hade jag tankar om att terapeuterna skulle berätta mycket om sin egenerapeutiska del i utbildningen och hur lärdomarna om sig själva har lett till en förmåga att bättre kunna möta och bearbeta klientens trauma. Jag tänkte att det skulle vara av stor betydelse att själv ha bearbetat sitt eget trauma som terapeut för att bättre kunna förstå hur svårt det kan vara för klienten att uppdaga trauma i kroppen.

Jag tänkte också att terapeuterna skulle ha förvärvat en bred teoretisk kunskap kring komplext trauma och dess påverkan på kroppen och hjärnans utveckling. Detta är en stor del av den grundläggande utbildningen och därför tänkte jag att terapeuterna skulle ha integrerat kunskapen på samma sätt som jag har gjort. Däremot trodde jag att terapeuterna skulle tycka att det var utmanande att tillämpa denna kunskap i praktiken.

Inför intervjuerna hade jag förväntningar om att terapeuterna skulle finna det utmanande att arbeta aktivt med handpåläggning i terapi, såsom görs på utbildningen. Utifrån ett klientperspektiv upplevde jag det svårt att genomföra dessa övningar under utbildningen

och som terapeut skulle jag därför själv haft svårt att implementera sådana kroppsövningar i terapi.

Annaparjatas förförståelse och förväntningar. Enligt min förförståelse hade jag förväntningar om att terapeuter som gått utbildningen i biologisk traumabehandling skulle fokusera på att skapa en trygg kontakt till sina klienter mer än innan. Detta var sprunget ur den del på utbildningen som jag har tagit till mig mycket och som handlar om att traumatiserade delar av oss kan få läkning i erfarenheten av en ny positiv kontakt i samband med att traumakänslor uppstår.

Jag förväntade mig också att den stora del kunskap om kroppen och den påverkan som trauma har visats ha på utvecklingen av hjärnan och självreglering skulle ha påverkat terapeuterna på ett betydelsefullt sätt. Detta, att förstå den fysiska påverkan av trauma, har haft inverkan på min egen inställning till att använda kroppen som terapeutiskt verktyg och det förväntade jag mig att finna hos terapeuterna i någon grad också.

Jag tänkte också att terapeuterna nog hade upplevt svårigheter med vissa klienter i processen att nå fram till dem med det kroppsliga perspektivet, eftersom det är ovanligt i psykoterapi generellt. Även balansen mellan att dosera mängden aktivering av trauma förnimmelser och att stärka klientens inre resurser, tänkte jag på förhand att terapeuterna kanske skulle tycka var svår att bedöma i sin behandling.

Etiska ställningstaganden

Det finns tre viktiga etiska principer som är till för att skydda intervjupersonerna: informerat samtycke, anonymitet och möjlighet att avbryta intervjun (Willig, 2013). De fyra rekryterade deltagarna gav sitt informerade samtycke till att delta i studien, dels via mail samt muntligt i samband med att intervjun skulle genomföras. Terapeuterna fick i det utskickade brevet information om att de när som helst kan avbryta intervjun och att deras namn kommer att aidentifieras.

Transparens och öppenhet om syftet med studien är i överensstämmelse med de etiska riktlinjerna om informerat samtycke (Willig, 2013; Kvale & Brinkmann, 2009). I informationsbrevet beskrevs syftet med studien, vilket också gjordes vid intervjutillfället innan intervjufrågorna ställdes.

All den information om intervjupersonerna som kan avslöja deras identitet ska utelämnas (Willig, 2013; Kvale & Brinkmann, 2009). Deltagarnas anonymitet har säkrats genom att aidentifiera deras namn och genom att inte ange den ort som de arbetar på. Detta

har gjorts genom hela processen med intervjuerna; vid transkribering, analys och vid redovisning av resultatet.

Ett etiskt ställningstagande som vi har diskuterat i samspråk med utbildningsledaren och med varandra rörde rekryteringen av deltagarna och vårt förhållningssätt vid intervjuerna. Utbildningsledaren var noggrann med att påtala att studien inte skulle kunna misstolkas som att den var på uppdrag av hennes skola. Utbildningsledaren tydliggjorde att deltagarna inte skulle känna sig tvungna att ”ge tillbaka” något till henne. I informationsbrevet var vi tydliga med att beskriva syftet med studien, vilket inte involverade skolan i sig eller utbildningsledaren. Under intervjuerna var vi som intervjuare noggranna med att referera till utbildningen som sådan och inte till utbildningsledaren.

I en kvalitativ intervju är det av betydelse att intervjuaren är uppmärksam på sin egen professionella roll. Det är en etisk fråga att samtalet inte glider över till en personlig interaktion, utan att rollerna mellan intervjuare och intervjuperson upprätthålls (Kvale & Brinkmann, 2008; Willig, 2013). Vi hade aldrig mött intervjupersonerna tidigare, däremot delade vi en gemensam erfarenhet av att ha genomgått samma utbildning på Skolen for psykosomatik. Detta innebar att vi delade en gemensam upplevelse av att ha haft samma terapeut (utbildningsledaren) under kursens gång. Medvetenheten om denna gemensamma erfarenhet och om vår egen förförståelse för utbildningens innehåll var av betydelse för att vi som intervjuare skulle kunna upprätthålla en professionell roll. Vi var noggranna med att poängtera att intervjupersonerna inte behövde berätta om en egen personlig upplevelse från utbildningen, utan det var på deras villkor om de ville delge en sådan upplevelse.

Resultat

I det följande kommer vi att presentera resultatet, där samtliga citat är översatta från danska till svenska. Terapeuterna har vi gett fingerade namn såsom: Kim, Robin, Sophia och Mikaela. Samtliga beskriver sin terapi som en behandling av olika former av problematik, vilken oftast innehåller någon grad av trauma. Ingen av terapeuterna definierar relationellt trauma i tidig ålder som komplext trauma, utan det är ett begrepp taget ur forskningsfältet.

Inledningsvis presenteras terapeuternas grundläggande fokus på kontakten i relationen till klienten, ett tema kallat relationell medvetenhet, som genomsyrar hela deras praktik i biologisk traumabehandling. Det var ett tema som återkom inom alla kunskapsformer och ligger av den anledningen utanför den strukturella presentationen av varje kunskapsform.

Efter beskrivningen av relationell medvetenhet går vi närmare in på hur terapeuternas förvärvade kunskaper i biologisk traumabehandling kom till användning i deras praktik med fokus på kunskapernas innehåll och form. Avslutningsvis reflekterar vi över hur dessa kunskaper har integrerats hos terapeuterna.

Terapeuternas relationella medvetenhet

Terapeuternas relationella fokus stammar ur att dem framhåller det som en förutsättning för att behandlingen ska leda till läkning av relationellt trauma. En god relation mellan terapeut och klient är central i alla typer av psykoterapi, något som samtliga terapeuter i den här studien också lade stor vikt vid. Däremot skilde sig terapeuternas sätt att beskriva relationen och kontakten med sina klienter från den allians som i allmänhet menas med terapeutisk relation. Det som växer fram är en bild av en kontakt mellan terapeut och klient som är grundad i direkt, nära och även personlig autentisk kontakt. För terapeuterna var det viktigt att kontakten med klienten var genuin och närvarande även på ett kroppsligt plan, som en läkande plattform för behandlingen att utgå ifrån. Detta innebär att terapeuterna är noga med att vara närvarande i sin egen kropp, vilket de upplever skapar en kroppsligt förankrad kontakt med klienten. De beskriver genomgående i sina berättelser hur de kontinuerligt känner in om kontakten mellan dem och klienten är aktivt närvarande i rummet, eller om klienten svävar iväg i tankar, försvinner bort i sina känslor eller att kontakten på annat sätt blir bruten eller svag.

Detta centrala fokus terapeuterna har på kontakten grundar sig i deras teoretiska förståelse att när traumatisering har uppstått relationellt behöver det därmed läka i relation till andra människor. Terapeuternas förståelse av trauma är grundad i ett utvecklingsperspektiv, att traumatisering motsvarar upplevelser av felaktig, övermäktig eller avsaknad av kontakt. Med andra ord, när det som saknats vid traumatiseringen har varit en trygg kontakt för personen att utvecklas i, kan läkning av detsamma enbart ske om hon långsamt får uppleva effekterna av traumat, men denna gång i en närvarande trygg kontakt med en annan människa:

Alltså min uppfattning är att, i grund och botten är mänskligt besvär och lidande... Det kan vi spåra tillbaka till att det handlar om en form av erfarenhet, eller upplevelse av, förlust av kontakt. I en eller annan utsträckning. Så det som fungerar, om något ska bli annorlunda, är just kontakt. (Kim)

En annan aspekt som framträder är att även deras förståelse av vad traumatisering gör med kroppen, i form av nervsystemets dysreglering och påverkan på hjärnans utveckling, underbygger denna relationella medvetenhet. Dessa kroppsliga inlärdade effekter av trauma behöver korrigeras i kontakten till terapeuten. Som en fortsättning på ovan nämnda resonemang lade terapeuterna därmed stor vikt vid att vara varsamma och att gå fram i långsamt tempo, så att klienten hela vägen kan bevara en kontakt till sitt eget vuxna jag, här och nu, och inte regrediera i de starka kroppsupplevelser som aktiveras. Terapeuten avser att hjälpa klienten att uthärda det outhärdliga genom att bevara trygghet och lugn i sitt eget nervsystem, samt genom att se till att klienten inte faller ut ur kontakten och tillbaka helt in i de traumatiska förnimmelserna och minnena. Här ska framhållas att de menar att det är mycket viktigt att arbetet sker i nuet, för att som mål ge klientens kroppsliga nivå en ny korrigerande upplevelse av att det farliga *är* över, tillsammans med att traumat behandlas i den nuvarande relationen till terapeuten. Detta menar de, på ett teoretiskt plan, kan förändra och skapa nya spår i hjärnan som i ett traumatiserat tillstånd inte har förstått att faran är över:

Så berättar hon [klienten] om hennes känsla av isolation, och ångest och medan hon pratar är hon inne i det, tittar ner och är långt inne i den känslan, mycket mörkt och tungt. Jag säger till henne: "Pröva också att lägga märke till om det också är så NU? Pröva om du kan titta upp och se, om det är så nu?" Och det var väldigt starkt, för så tittar hon upp i ögonen och blir helt lycklig och säger "NEJ, det är det ju inte", så bara det att hon kände, att det var någon där med henne, det att det alltid har varit så [isolerat och tungt], behöver inte betyda att det fortsätter att vara så. Det är ganska otroligt att det sker så [hänvisar på förändringen i klienten] tycker jag, och det förändrade i övrigt också hela hennes värld. (Mikaela)

I biologisk traumabehandling är det inte bara klientens kroppsliga symptom som beaktas utan även terapeutens kroppsliga förnimmelser är av betydelse, eftersom de speglar hur klienten mår och hjälper terapeuten framåt i arbetet. Vissa terapeuter var öppna med sina egna kroppsupplevelser inför klienten i rummet, till exempel genom att tala om för klienten att de kände sig trötta och fråga om klienten kände likadant. En del terapeuter reserverade sig dock för att vara öppna på detta vis, dels för att det kunde kännas konfronterande för klienten och dels för att det inte alltid kändes bekvämt att vara så pass öppen själv.

Terapeuternas användning av kunskaperna i praktiken

Genom terapeuternas reflektioner kring deras praktik framkom det att de använde sina kunskaper i biologisk traumabehandling på flera olika vis. En översikt över de teman som framkom i relation till kunskapsformerna framgår nedan.

TERAPEUTERNAS...	Huvudtema	Undertema
Divergerande kunskap: Den kroppsligt förankrade terapeuten	Kroppen som inkännande verktyg	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Graden av kroppslig närvaro</i> • <i>Spegling av nervsystemen</i> • <i>Bära klientens trauma i sin kropp</i>
Assimilerande kunskap: Terapeutens kroppsliga konceptualisering	Nervsystemet som teoretisk kompass	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Öppensinnat förhållningssätt</i> • <i>Förstå klientens kroppsliga överlevnadsstrategier</i> • <i>Skammens essentiella problematik</i> • <i>Skillnader i tillämpning av teoretisk förståelse</i>
Konvergerande kunskap: Terapeutens riktade arbetssätt	Aktivt använda regleringsprincipen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Styra klientens kroppsförnimmelser</i> • <i>Dosera den personliga kontakten</i> • <i>Avgöra klientens stopp</i> • <i>Skillnader i tillämpning av fysisk beröring</i>
Ackommoderande kunskap: Terapeutens beprövade erfarenheter	Kroppens centrala roll i läkningen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medvetandegöra ordlösa kroppssymptom</i> • <i>Skapa behagliga kroppsupplevelser</i> • <i>Förklara de kroppsliga processerna</i>

Bild 3. Resultatens teman

Divergerande kunskap: Den kroppsligt förankrade terapeuten

Den divergerande kunskapen i denna studie innebär att i stunden känna in och skapa sig en uppfattning av klienten. Terapeuterna var med hjälp av denna kunskap öppna och reflekterande inför vad som kommer upp i rummet och reflekterade brett över vad klientens reaktioner kunde betyda. De menade att denna direkta reflektion var mer än bara intuition. Det handlade om en utvecklad implicit förmåga att använda sin egen kropp som verktyg i det relationella samspelet. Denna kroppsligt förankrade terapeut gestaltar således sin divergerande kunskap genom att använda ”Kroppen som inkännande verktyg”.

Kroppen som inkännande verktyg. Terapeuterna beskrev att de redan innan utbildningen hade en utvecklad kroppslig medvetenhet. De berättar om en livslång egenskap att de kan känna in andra människor med hjälp av egna kroppsörnimmelser, vilket som terapeut blir en inre tillgång i biologisk traumabehandling. Terapeuterna menade dock att utbildningen i biologisk traumabehandling hade bidragit till en fördjupning och förfining av denna förmåga att känna in klientens kroppsliga tillstånd. Under utbildningens gång används nämligen utbildningsledaren som rollmodell för att tona in utbildningsdeltagarnas kroppstillstånd. Att utgångspunkten i terapi är kroppsliga upplevelser hos både klienter och terapeuter, var något som alla fyra terapeuterna berörde under intervjuerna och det blev också tydligt att de använde sin egen kropp som ett inkännande verktyg för att hjälpa klienten.

Terapeuterna beskrev hur de i stunden kunde känna in klienten med hjälp av sina sinnen och på så vis få en första icke-verbal uppfattning av klienten. Det framgick att de hela tiden reflekterade över klientens kroppsliga tillstånd och reaktioner, samt att de var uppmärksamma på hur dessa förändras under samtalets gång. Terapeuterna förklarade nämligen att de kroppsliga signalerna i rummet är betydande meningsbärare som beskriver klientens mående och grad av aktivitet i nervsystemet. Denna avstämning och inkänning leder i sin tur till att terapeuterna i ett nästa steg kan spegla klienten i dennes mående. Terapeuterna påpekade att det kroppsliga inkännandet är en grundförutsättning för terapins genomförande och att det kroppsliga upplevandet därför alltid stod i centrum för dem. Med hjälp den egna kroppen kunde de resonera i sin kropp om vad som sker i klientens kropp. Sophia beskrev det som att hennes kropp ofta var långt klokare än hennes huvud:

Min kropp, liksom allas kroppar, är så kloka så kloka att hämta information därifrån. Å det kan man säga jag har tränat min kropp sedan jag var helt ung att

märka...jag tror att min kropp och min kroppsliga förnimmelse eller känsla för vad den andre har behov för är ofta långt klokare än vad mina tankar är.

(Sophia)

Graden av kroppslig närvaro. En specifik aspekt som terapeuterna berättade att de var uppmärksamma på, både hos sig själva och hos klienterna, var graden av närvaro i kroppen under samtalets gång. De tog hjälp av sina egen och klientens kropp för att avgöra detta genom tysta iakttagelser. Till exempel kunde terapeuterna observera att klienten får en tom blick eller att de själva blir trötta och seglar iväg i tanken. De förklarade att båda dessa signaler kan betyda att klienten eller terapeuten inte är kroppsligt närvarande i rummet, även om de fortfarande kan vara aktiva verbalt. Terapeuterna upplevde det som en styrka, att kunna iaktta närvarograden i rummet då den kan ge de indikationer på om klienten exempelvis behöver en paus i samtalet för att bättre kunna tillgodogöra sig terapin, eller om klienten behöver hjälp med att orientera sig till rummet här och nu genom att återknyta till sina kroppsförnimmelser. Att känna av en låg närvarograd kan ta sig uttryck som att terapeuten mister sin förmåga att tydligt uppfatta vad som sker, blir diffus i tanken eller får kroppsförnimmelser på följande vis:

Jag får metallsmak i munnen så vad händer i rummet? Nu kan jag inte se klart, nu försvinner, ah rent visuellt kan inte ögonen se klart. Vad händer i rummet? Att, att vara otroligt uppmärksam, eller det behöver jag ju i och för sig inte vara så otroligt uppmärksam på för det är rätt starka saker, men att när jag ställer mig till rådhighet som flockledare, när jag undervisar, så är jag flockledare. (Sophia)

Spegling av nervsystemen. Terapeuterna beskrev en form av terapeutisk överföring, som ju även sker i andra terapier. Inom biologisk traumabehandling menar man att denna överföring innebär att terapeuten och klientens nervsystem påverkar och speglas i varandra. Om klienten exempelvis har en hög arousal-nivå kan en skicklig terapeut känna det i sin kropp. Speglingar av detta slag var något som framkom tydligt i terapeuternas beskrivningar av deras praktik och det skildrades som en implicit, tyst kunskap som terapeuterna tillämpade automatiskt. Att de hade denna divergerande kunskap värderades högt av terapeuterna, då den är en förutsättning och utgångspunkt för att kunna arbeta på en kroppslig nivå. Exempelvis kunde klientens nervsystem speglas i terapeutens nervsystem såsom Mikaela förklarade:

Så öppnar min kropp sig och jag förnimmer vad som sker. Om det är något som hålls tillbaka, om folk inte andas t ex, så registrerar jag det och jag kan också uppleva det i mig själv...jag förnimmer allt som försiggår, inte bara det jag kan se, men också det jag kan hämta in från min egen kropp. För det sker ju en stor spegling mellan nervsystemen. Det är lite speciellt. (Mikaela)

Terapeuterna menade att det var viktigt att kunna skilja på vad som var deras egna kroppsförnimmelser och vad som var en direkt överföring av klientens kroppstillstånd, eftersom fokus ska ligga på inkänningen av klientens behov.

Bära klientens trauma i sin kropp. Terapeuterna påpekade vikten av att kunna bära klientens trauma i sin egen kropp genom att vara fullt närvarande och klara av att själva känna klientens affekter. De menade att när klienterna märker att terapeuten kan vara med och hålla deras svårhanterliga traumatiska tillstånd, så utvecklas en tillit till att terapin kommer att bära vid bearbetning av traumat. Detta hållande kunde ta sig uttryck som att terapeuten på ett icke-verbalt plan är lugn i sin kropp och närvaro med klienten, exempelvis genom att ha ett avspänt ansiktsuttryck och kroppsspråk.

Förmågan att kunna bära klientens trauma i sin egen kropp hade terapeuterna utvecklat genom egenterapin som ingick i deras utbildning, där de tillsammans med utbildningsledaren hade lärt sig att känna och successivt bearbeta rädsla, skam, ilska och ångest m.m. i sin egen kropp. Deras bearbetning inom ett visst område hade bidragit till en bättre förmåga både att igenkänna och att bära klientens kroppsförnimmelser/affekter inom samma område. Exempelvis var bearbetning av skam ett återkommande tema hos alla terapeuterna i detta avseende. Terapeuterna menade att deras egen erfarenhetsprövade förmåga att kunna bära någon annans trauma var fullkomligt avgörande för att hjälpa klienten:

Erfarenheten [hos klienten] att det nog ska bära där inne [i terapeutens kropp], det är fullständigt avgörande för hur mycket klienten kan förändras. Fullständigt. Och jag tror det sker helt organiskt. Om jag har en i terapi så registrerar den organismen [kroppsligt] fullständigt klart hur mycket tillit är det DÄR inne [hos terapeuten] till att det här kommer att bära. (Kim)

Assimilerande kunskap: Terapeutens kroppsliga konceptualisering

Assimilerande kunskap innebär i denna studie att terapeuterna med hjälp av utbildningen hade integrerat teoretiska begrepp som de kunde använda sig av och applicera i praktiken för att förstå sina klienter. Denna teoretiska förståelse tar sin utgångspunkt i terapeuternas inkännande förmåga, den divergerande kunskapen. Deras inkänning av klientens kroppstillstånd blev tillsammans med teorin begripliggjord och en förståelse för hur klientens kroppsliga symptom är orienterade kunde då uppstå. Detta innebar att terapeuten inledningsvis i behandlingen skapade sig en bild av klientens kroppsliga tendenser att reagera i specifika situationer. På så vis fick terapeuten en överskådlig karta över personens inre landskap som beskrevs som viktig. Kartan vidareutvecklades och förfinades sedan under terapins gång. Hur terapeuternas kroppsliga konceptualisering av klienten såg ut och vad den föranledde för förhållningssätt i terapin beskrivs nedan.

Nervsystemet som teoretisk kompass. Mycket av teorin som lärs ut på utbildningen var förhållandevis ny för terapeuterna. Från utbildningen hade terapeuterna integrerat teoretiska begrepp och beskrivningar, vilka utgjorde byggstenarna i deras förståelseram av klienten. Det som terapeuterna lyfte fram mest i sin förståelseprocess av klienten var att observera klientens aktivering i nervsystemet och koppla detta till teoretiska reflektioner utifrån sina betraktelser. Till exempel hade neurobiologisk kunskap om nervsystemet och hjärnans fungerande samt kunskap om skamsystemet vid traumatisk stress, betytt mycket för Mikaelas förståelse:

*Det här med att förstå, att det finns något jag kan hänga upp det [som sker i terapin] på, den vetenskapliga delen, att det är beståndsdelar i hjärnan som jag kan koppla reaktionerna [hos klienterna] till, som jag ju har vetat innan också sker, men detta gör att jag begriper det bättre. Det är en god känsla för mig.
(Mikaela)*

Från utbildningen bar de alltså med sig en teoretisk kompass över nervsystemet som kontinuerligt användes i samspelet mellan terapeut och klient. Kompassen innehöll det sympatiska- och parasympatiska nervsystemets olika sätt att reagera vid stressbelastning och vad som sker vid traumatisering. Om klienten exempelvis blir helt överväldigad av sina affekter kan det innebära en för hög arousal-nivå i det sympatiska systemet, medan en tydligt

märkbar känslolackhet kan indikera att klienten riskerar att kollapsa eller dissocierar vissa delar av sig själv. Med hjälp av den teoretiska kompassen kunde terapeuterna skapa sig en förståelse över hur klientens nervsystem fungerar utifrån processen i rummet här och nu:

Det med nervsystemet, det är att det inte vet hur gamla vi är och det känner inte till tid och plats... och känner faktiskt inte till själva innehållet... och därför kan det vara något som blir aktiverat, inte för att vi är i samma situation men för att den kroppsliga upplevelsen är densamma. (Robin)

Öppensinnat förhållningssätt. Terapeuterna menade att ett traumatiserat nervsystem kunde se väldigt olika ut hos klienterna och att det därför var av stor betydelse att vara öppensinnad och nyfiken i förståelseprocessen. Två personer som har upplevt samma trauma, exempelvis förlust av sin mamma som litet barn, kan ha utvecklat väldigt olika överlevnadsstrategier i sitt nervsystem. Eftersom terapeuterna på detta sätt utgick ifrån att varje människas nervsystem är unikt, kategoriserade de inte sina klienter utefter vilket trauma som de har varit med om. Istället undersökte terapeuterna varje klients nervsystems orientering i relation till det som behandlades i rummet med hjälp av sin erhållna kunskap om nervsystemets fungerande och hjärnkemin vid trauma:

För jag tycker ju det här är så svårt att kategorisera....det är så många faktorer som spelar in, om varför är dom där dom är? Och hur olika deras resurser är, till närmaste utvecklingszon, som är ett arbetsredskap jag använder, som är en del av utbildningen också, som innebär... var är det jag överhuvudtaget kan göra ett litet skifte eller en liten rörelse?... Det är mer så jag tänker, för det är så många element som spelar in... (Robin)

Denna förståelseprocess innebar att terapeuterna i nästa skede, i det mer aktiva arbetet med olika interventioner för bearbetning av traumat hela tiden undersökte hur klientens kropp reagerade på olika interventioner och tog utgångspunkt i det, vilket vi går närmare in på längre fram under terapeuternas konvergerande kunskap. Terapeuternas kroppsbaserade terapi kan således tolkas som två parallella spår, där ett är det aktiva samtalet och det andra är terapeutens tysta förståelsekunskap av klientens kroppslandskap som inverkar och påverkar de efterföljande interventionerna.

Förstå klientens kroppsliga överlevnadsstrategier. Genom att tillämpa den teoretiska kompassen fick terapeuterna en förståelse över vilka överlevnadsstrategier som klienten hade använt sig av i livet. Exempelvis kunde dissociation eller flykt vara sådana strategier som klienterna har utvecklat tidigare under sin uppväxt men som inte var funktionella idag. Terapeuterna menade att det var essentiellt att avgöra vilka överlevnadsstrategier som klienten hade och i hur stor utsträckning dessa användes. Det var viktigt att identifiera dem då det gav en indikation på hur mogen kroppen var att bearbeta traumat. Om klienten exempelvis i stor utsträckning uppvisade tendenser att reagera med frysning kunde detta vara signaler på att klientens kropp inte var mogen för att närma sig traumat ännu. När dessa reflektioner och bedömningar gjordes gällande graden av mogenhet hos klientens kropp innebar det att terapeuten navigerade i klientens kroppslandskap. Terapeuten undersökte då hur klientens kroppsreaktioner såg ut vid olika interventioner (som att samtala om obehagliga kroppsörnimmelser) och utifrån det gjordes en avvägning om klienten var redo att exempelvis genomföra en kroppsövning.

Skammens essentiella problematik. Affekten skam var ett återkommande tema som terapeuterna höll ögonen på i terapin mot bakgrund av deras utbildning. Terapeuterna berättade att utbildningen hade lett till att de har fått en fördjupad förståelse för hur skam skapas, hur skam kan ta sig uttryck och kan regleras. Förståelsen som de hade utvecklat innebar att skammen verkade isolerande för klienten, att den hade blivit fastlåst i kroppen på grund av felaktig reglering från omsorgspersonerna sedan klienten var liten. Terapeuterna behövde därför upptäcka denna skam och möta klienten i det. Skam uppfattades ur ett grupperspektiv där individen har blivit utstött ur "flocken" och gör allt för att få komma in igen. Terapeuterna förklarade att skam är en affekt, biologiskt rotad i nervsystemets uppbyggnad, att den utvecklas tidigt, och att den behöver regleras tillsammans med en annan människa för att den inte ska bli osund. Patologisk skam uppfattades alltså som en mycket utbredd problematik och terapeuterna menade att det var essentiellt att kunna förstå och arbeta med detta, eftersom skam förknippades med de relationella trauman som terapeuterna mötte.

"Där jag har blivit påverkad [av utbildningen] det är det här med chock-skam-traumatisering. Det låter enormt våldsamt och det är det på ett sätt också, det med att alla människor går runt med en slags traumatisering av någon grad, i form av det här med skamreglering....Det är mycket svårt att prata med människor om skam, och förklara vad det är, för det är så svårt att få tag i.

Eftersom, skammens väsen är, igen, ordlös, och det med isolering och att känna sig fel. Om det har blivit en dålig skamreglering så menar jag att det är en traumatisering, kan hända jag tar fel, men...om du blivit negativt skamreglerad och det har varit ett kontaktbrott, så ditt nervsystem får ett våldsamt fall...känslan av att vara en 1 åring och ha blivit reglerad så våldsamt att...det blir så rädslofyllt att barnet tror det är i livsfara...därför menar jag att det är traumatiserande” (Robin)

Skillnader i tillämpning av teoretisk förståelse. Sammantaget visade det sig att av den biologiska kunskapen verkade nervsystemet ha haft mest betydelse för terapeuternas praktik. Detta framgick genom att terapeuterna i sina berättelser delade omfattande om nervsystemet, samt exemplifierade nervsystemets användningsområden i sina behandlingar. Dessutom poängterades av terapeuterna genomgående att nervsystemet var något som de använde sig mycket av. Samtliga terapeuter använde förståelsen om nervsystemet antingen för sig själva i en inre förståelse av klientens kroppslandskap eller tillsammans med denne genom psykoedukation för att skapa en gemensam förståelse. Hur utbildningen hade hjälpt terapeuten att förstå vissa processer på ett teoretiskt plan beskrevs till exempel såhär:

Det är nog den djupaste lärdomen. Hur jag ställer mig till rådighet i undervisningssituationen genom min kropp och har börjat mentalisera så att jag börjar förstå. Det har utbildningsledaren hjälpt mig med att förstå... När jag blir trött så vet jag att det är andra som börjar dissociera exempelvis. (Sophia)

Dock var det olika bland terapeuterna i hur stor utsträckning de tillämpade de teoretiska begreppen i praktiken. Kim utmärkte sig då han i liten utsträckning uttalade sig i teoretiska ordalag och han reserverade sig för att sätta ett teoretiskt ord på en process i sin terapi, exempelvis spegling. För att kunna förstå sina klienter bättre hade han behållning av den teoretiska kunskapen som handlade om relationellt trauma och dess effekter på kroppen. Dock så begripliggjorde han inte sin förståelse tillsammans med klienten, han använde exempelvis inte psykoedukation som ett behandlingsinslag.

Konvergerande kunskap: Terapeutens riktade arbetssätt

Terapeuternas berättelser innehåller en tydlig konvergerande kunskapsform i hur de förstår och använder sina lärdomar från utbildningen i biologisk traumabehandling. Man kan uttolka

en konsensus i hur vissa av de teoretiska delarna i utbildningen tillsammans med aktivt experimenterande i deras behandling, har landat i det sätt de tänker och arbetar utifrån vissa inlärd principer. Utifrån den ovan beskrivna inkännande kroppsliga förmågan och teoretiska kompassen som terapeuterna utvecklat på ett divergerande och assimilerande förståelseplan, följer nu en beskrivning av vad de i praktiken gör i sin behandling och hur detta fångar deras konvergerande kunskap. De nya behandlingsprinciperna hade nämligen i stor utsträckning integrerats i praktiken och terapeuterna hade också en genomgående tonsättande tendens att beskriva sitt arbetssätt som riktat.

Med riktat arbetssätt menas att terapeuterna upplevde att de hade ett styrande ansvar för behandlingsprocessen utifrån den karta som deras kroppsliga förmåga att känna in klienten möjliggör tillsammans med inlärd teori. Efter att terapeuten hade fått en bild av vilket tillstånd klienten var i och dennes kroppsorientering i relation till sitt nervsystem, gjorde terapeuten riktade val av interventioner. Med andra ord anpassade terapeuterna sina interventioner utifrån klientens behov och uttryckte att medvetenheten om klientens kroppsliga behov skapade en navigerande förmåga hos dem. Terapeuterna visste vilken riktning de kunde, och i vissa fall, borde ta i behandlingsarbetet:

Jag tycker det [att ha gått utbildningen i biologisk traumabehandling] har gjort något för mig, på det sättet att det är mer förståeligt att jag kan och ska vara mer aktiv som terapeut, reglera processen, och det passar mig riktigt bra. Inte för att kontrollera, men för att inte bara låta folk sitta och lida i deras eget känslolov. Det tror jag aldrig riktigt jag har begripit mig på, det var mer förståeligt för mig när jag kunde vara med dem på ett annat sätt (Mikaela)

Aktivt använda regleringsprincipen. Ur intervjuerna kan det urskiljas att terapeuterna hade en målmedvetenhet i sitt agerande genom att de utgick ifrån sina erfarenheter av hur kroppen kan reagera på olika interventioner, sin upplevelsebaserade kunskap samt de teoretiska principer som de hade lärt sig under utbildningen. Sammantaget medförde detta att terapeuterna aktivt tillämpade regleringsprincipen som de hade lärt sig.

Kliniska teoretiska principer som accentuerades var således att det är nödvändigt att reglera klientens grad av aktivering i sin kropp, vilket innebar att terapeuten styr och håller öga på att klienten inte reaktiverar sitt trauma så pass mycket att reaktiveringen blir ohanterlig på kroppslig nivå. Detta uttrycktes som avgörande utifrån regleringsprincipen, att en läkande bearbetning endast kan ske när de aktiverade traumatiseringsförmågorna är på en

hanterlig nivå i kroppen. Terapeuten ansvarar då för att reglera aktiveringen av svåra affekter hos klienten, så att aktiveringen sker i lagom stora ”doser”. Följaktligen framkom det under intervjuerna att arbetssättet där man som terapeut enbart verkar som en hållande container utan att reglera processen, kunde bli direkt skadligt för klienten då det kan reaktivera traumatiserade minnen så starkt att klienten saknar något konkret nytt, tryggt och läkande i upplevelsen i rummet:

Jag tycker, det allra viktigaste är det med dosering... jag tycker nästan att ingen borde få göra terapi som inte kan något om det här. För jag tror det har gjorts mycket skada på människor, i det godas namn, men att människor fortsätter att upprepa samma sak år ut och år in, utan att det förändrar något. En MASSA känslor som fortsätter att vara i det oförlösta, och inte veta vad man ska göra med dem. Det förändrar sig aldrig inuti dem. Det är skönt att träffa någon var fjortonde dag och gråta, bli tröstad, vad vet jag, men det förändrar inte något. Och så tror jag det ibland skett allvarligare saker, där folk har fått lov att glida iväg i något spår [traumatiserade upplevelser] som har varit riktigt skadliga för dem. Jag tycker alla skulle veta något om det här [reglering]. (Mikaela)

Styra klientens kroppsförnimmelser. En reglerande intervention som regelbundet nämndes var att terapeuterna under terapisaftalen om upplevt trauma hjälpte klienten att återknyta till sina kroppsförnimmelser här och nu. Detta kunde till exempel ske genom att terapeuten frågade klienten: ”Hur känns det i din kropp när du berättar om den här traumatiska upplevelsen?” och samtidigt fortlöpande undersökte kroppens reaktioner under det samtalet. Om klienten uttryckte att vederbörande miste känslan av att ha några kroppsförnimmelser, till exempel genom att försvinna in i en dimma eller kanske inte känna kontakten med terapeuten längre, så kunde det vara signaler på ett tillstånd av för hög hyperarousal hos klienten. Terapeuten valde då ut specifika arbetssätt för att åter bringa klienten till ett lugnare och mer närvarande tillstånd. Sådana reglerande tekniker kunde innebära att terapeuten ledde in klienten på delar av den berättade historien som gav möjlighet att få avstånd till hotet eller att terapeuten förde in klientens uppmärksamhet på behagliga platser i kroppen. En annan reglerande teknik i en sådan situation kunde också vara att använda fysisk beröring:

Så gör jag några övningar där jag arbetar med att skapa "långa fötter", som sträcker vävnaden i foten, inviterar den vävnad som har dragits uppåt, eftersom vi ju ofta om vi är rädda eller något så spänner vi ju upp i sympatiska nervsystemet. Så vävnadsmässigt gör vi också så att vi drar upp vävnaden, nervspetsarna. Allt vi kan drar vi upp mot vårt centrum om vi är rädda eller ska springa eller känner oss hotade. Så bildligt är det också så att vi försvinner från det yttersta i oss. Det vet vi ju också att vi gör när det är mycket aktivitet i det sympatiska systemet.
(Mikaela)

Regleringen innebar hela tiden ett undersökande arbete tillsammans med klientens feedback på interventionen. Sådant kroppsligt arbete skedde i regel under terapisalet utan att terapeuten på förhand kunde veta om den kroppsliga interventionen fick den avsedda effekten eller om insatsen eventuellt aktiverade klienten ytterligare i negativ riktning. Denna oförutsägbarhet hade till exempel Robin fått erfara när hon provade att hålla klientens händer på ett särskilt vis som hon hade fått lära sig under utbildningen. Tanken var då att låta klientens parasympatiska system träda in:

Så sitter jag och rör lite vid hennes händer för att få det [det parasympatiska nervsystemet] ytterligare att falla till ro. Så blir hon plötsligt illamående... men då är det det här med att vara med henne i det, inte göra så mycket med det men att vara där. Så gick jag från händerna, och gick och satte mig vid hennes fötter och gav henne en förnimmelse av dem, och det tyckte hon om. Så lade sig illamåendet och så sitter vi tillsammans och hon går igenom det [från obehaget till lugn]. (Robin)

Om klienten istället för en hög arousal har en livlös känsla och inte har kontakt med den kroppsupplevande nivån, kan reglering istället innebära att frambringa förnimmelser och upplevelser:

Det är ju också att bringa fram det som är helt borta, det som är dissocierat, eller, på annat sätt försvunnit. Och om en person bara kan sitta och berätta den ena efter den andra fruktansvärda historien, utan att...ja det sker inte NÅGOT överhuvudtaget, vi kan inte känna av det [som klienten berättar om] någon av oss,

att hon berättar om det. Då är det ju också något som ska bringas till liv. Bringas till närvaro i alla fall... kanske, OM det gör något gott. (Mikaela)

Dosera den personliga kontakten. Terapeuterna var särskilt uppmärksamma på sin personliga kontakt med klienten. Detta eftersom relationen med terapeuten kunde aktivera tidigare, negativa relationella erfarenheter och då vara påfrestande för klientens traumatiserade nervsystem. Den personliga kontakten med terapeuten, som kan vara speciellt intensiv eftersom denne är så närvarande i sin kropp, kan regleras genom att dosera det fysiska avståndet mellan terapeut och klient. Ett vanligt förekommande verktyg för att anpassa mängden kontakt kunde vara att flytta sin stol och fråga klienten på vilket avstånd de skulle sitta i förhållande till varandra. Om terapeutens stol eventuellt var lite bortvänd kunde kontakten också minska och därmed anpassas efter klientens behov.

”Så satt jag och gjorde ett arbete...som ju också är något jag gör utifrån min första utbildning, där jag frågar hur långt från varandra vi ska sitta? Sitter vi på ett passande avstånd? Så gör jag ett reglerande arbete där han flyttar sig längre bort, och jag flyttar mig bort, ca 5 cm åt gången. Och helt plötsligt känner han, kroppsligt, att han blir varm igen. Och det blir han ju totalt förundrad över”.
(Robin)

Avgöra klientens stopp. En annan del i regleringsarbetet som också tillämpades av terapeuterna var att fråga efter, fånga upp och följa klientens ”stopp” för att klienten skulle få en upplevelse av att ha kontroll och kunna bemästra vad som sker med dem. Det kroppsliga stoppet kunde vara att klienten fick en impuls att springa ut, varvid terapeuten föreslog att klienten skulle föreställa sig att vederbörande gjorde det, eller rent av faktiskt fullföljde rörelsen och förflyttade sig mot dörren. Att följa det kroppsliga stoppet hos klienten kunde också innebära att röra sig bort från det emotionella innehållet då det blev för överväldigande. Terapeuterna menade att det var mycket viktigt att klienterna fick undersöka och lära sig om sina kroppsliga gränser under behandlingen och att de fick dela detta med terapeuten.

Enligt terapeuterna var klienterna dock ofta omedvetna om sitt kroppsliga stopp och de nämnde därför att det kunde vara svårt att avgöra gränserna för klientens aktiveringsnivå. Det var väldigt viktigt att vara försiktig så att inte alltför kraftfulla reaktioner hos klienterna frammanades. Terapeuterna reflekterade därför kontinuerligt över dessa gränser och

samtalade med klienten om dem, för att på det sättet avväga vilken intervention som var mest hanterlig och lämplig för den specifika klienten:

Och jag tog honom i händerna och så gick det inte särskilt lång tid så blev han iskall. Så, det var ju allt för mycket. Och han var HELT med på det; ”JA du kommer bara över, det är helt okej” ... men hela hans kropp sa sedan ifrån. Och det var han själv djupt förundrad över. (Robin)

Skillnader i tillämpning av fysisk beröring. Samtliga terapeuter ansåg att det var verksamt att arbeta enbart med uppmärksamhet på kroppen i samtal, utan fysisk beröring, för att det kroppsliga reglerande arbetet skulle ske. Däremot skilde terapeuterna sig åt när det gällde i vilken utsträckning de hade integrerat fysisk beröring som terapeutiskt verktyg i regleringsprocessen. Mikaela och Robin hade utvecklat en skicklighet i att använda fysisk beröring med klienterna, i synnerhet klientens händer och fötter. De uppgav två skäl till detta. Teoretiskt förklarade de det med att händer och fötter har ”nervändar” som de kan komma i kontakt med. De nämnde också att händer och fötter är minst utmanande kroppsområden för många klienter att ta emot fysisk beröring på. Utbildningen hade hjälpt Mikaela och Robin att känna sig säkra i att använda denna typ av intervention då de numera kan bedöma hur och när det är lämpligt eller inte att arbeta med fysisk beröring. Sophia beskrev också att hon utförde fysisk beröring, men enbart vid extrema tillstånd som allvarligare chocktillstånd. Hon kände en viss tveksamhet inför att tillämpa fysisk beröring liksom Kim som inte kände sig särskilt bekväm i detta:

Ja, det har minsann också varit... svårt att göra, det må jag säga. Första gången jag skulle fråga en klient om jag kunde hålla denne på fötterna, det fick jag verkligen vänja mig vid och jag kan fortfarande känna mig märklig i just det... Jag gör det i verkligheten inte särskilt mycket. (Kim)

Sophias och Kims kroppsliga undersökande innebar således huvudsakligen att de samtalande med sina klienter om kroppen och guidade klienterna in i kroppen vid övningarna. Mikaela och Robin däremot experimenterade gärna med fysisk beröring i sin kontakt med klienterna. En bidragande faktor till denna skillnad mellan terapeuterna kan vara att Mikaela och Robin, i jämförelse med Kim och Sophia, hade mer erfarenhet och utbildning från biologisk

traumabehandling. De hade även sedan tidigare en kroppsinriktad psykoterapeutisk utbildning i grunden, vilket Sophia och Kim inte hade.

Ackommoderande kunskap: Terapeutens beprövade erfarenheter

Terapeuternas ackommoderande kunskap kom till uttryck genom deras beprövade erfarenhet som var grundad i en integration av de övriga kunskapsformerna: den divergerande, assimilerande och konvergerande kunskapen. Med hjälp av egen beprövad erfarenhet hade terapeuterna med tiden kommit till insikt om vad som var särskilt effektivt med biologisk traumabehandling och svaret var inte överraskande: att kroppen har en central roll i alla typer av behandlingsinterventioner som sträckte sig från samtal till fysisk beröring. I arbetet var det tre övergripande faktorer som terapeuterna upplevde var särskilt verksamma i deras kontakt med klienten: medvetandegöra ordlösa kroppssymptom, skapa behagliga kroppsupplevelser, och att förklara de kroppsliga processerna.

Kroppens centrala roll i läkningen. Hos terapeuterna fanns det en genomgående entusiasm för biologisk traumabehandling och de arbetade aktivt med att pröva sina kunskaper i praktiken med resultatet att de tyckte att deras behandling hade effektiviserats. Förklaringen till denna upplevda effektivisering låg i att det nu fanns ett koncentrerat fokus på den kroppsliga nivån i terapin sedan terapeuterna hade gått utbildningen i biologisk traumabehandling. Samtliga resonerade att det upplevelsebaserade kroppsliga mötet med klienterna gav andra möjligheter till läkning av relationellt trauma än att jobba på de annars mer vanliga verbala, kognitiva och känslomässiga nivåerna. Terapeuterna menade att de genom sitt kroppsliga fokus kunde nå en djupare nivå hos klienten genom att kunna ta itu med sådana kroppsliga konsekvenser av trauma som klienterna inte själva kunnat bearbeta, som: dysreglering i nervsystemet, frystillstånd, samt fragmenterade och dissocierade delar hos klienten. En av de viktigaste verksamma faktorerna i denna läkningsprocess var att medvetandegöra de ordlösa kroppssymptomen hos klienten.

Medvetandegöra ordlösa kroppssymptom. En faktor som samtliga terapeuter upplevde som verksamt i biologisk traumabehandling var att kroppen fick en röst i terapin. Detta skedde genom att kroppsliga ordlösa symptom först lyftes upp i medvetandet, för att sedan få bestämma takten, riktningen och mängden av svåra känslor och förnimmelser som skam eller rädsla till exempel. Terapeuten kunde då låta den delen i klientens kropp som var rädd att få uttrycka sig och berätta vad den skulle vilja göra, för att sedan undersöka hur det

vore att följa den röstens vilja. Klienten kanske inte hade medvetandegjort sin rädsla tidigare och sålunda inte lärt sig hur man skulle kunna hantera den förnimmelsen, men med hjälp av terapeutens insatser skulle klienten kunna vara med sin rädsla på en hanterlig nivå:

Så för mig är det, det allra mest avgörande, det är det där med att, när vi närmar oss något man kan kalla ett grundtrauma, det som är jätteobehagligt, om vi ska göra något med det, så ska vi VERKLIGEN också snacka med det som INTE vill göra något med det – den delen som blir skräckslagen. (Kim)

Att medvetandgöra de ordlösa symptomen kunde även ske genom kroppsövningar, till exempel genom att låta klienten få ta en kroppshållning som uttrycker kroppslig ”kollaps” för att lära sig att slappna av. En klient som har lärt sig kroppsliga strategier att rigid hålla sig själv uppe (för att det inte känns tryggt att slappna av) kan alltså behöva ge efter kroppsligt:

Jag har ett arbetssätt som jag kallar en kollapsövning, som liknar det som vi lärt oss [på utbildningen]. En kollapsövning, att tillåta sig att falla ihop kan vara jätteviktigt för människor som alltid bitit ihop och varit stronga och klarat sig själva. Så bara det att tillåta sig att hänga lite kan vara en enorm förlösning, men det kan också sätta igång agg och ångest. För det har liksom varit farligt att slappna av. (Sophia)

Enligt terapeuterna var det väsentligt att denna ordlösa process skedde *tillsammans* med terapeuten och dennes kroppsliga resurser såtillvida att terapeuten delar klientens ordlösa förnimmelser i rummet, känner in dem, samtalar om dem med klienten och hela tiden leder in upplevelsen på att vi är i ett ”nytt nu”. Terapeuterna uttryckte det som att klienten under sin bearbetning av trauma ”lånade” terapeutens nervsystem för att reglera sin egen kropp. På så vis fick klientens, annars ordlösa kropp, en röst och möjlighet att berätta mycket som tidigare hade varit osagt:

Det hon beskrev efterföljande det var ju...” det har jag aldrig berättat för någon”. Och det som är så intressant, det är att hon faktiskt inte berättade särskilt mycket, men inne i henne har hon berättat allt. Och det är därför jag tror att vi har varit i kontakt med något av de här ordlösa tillstånden där hon har gått runt med några kroppsörnimmelser. (Robin)

Skapa behagliga kroppsupplevelser. För att behandlingen skulle leda till positiv förändring menade terapeuterna att det även var viktigt att de införde behagliga kroppsupplevelser hos klienten i situationer som annars varit skrämmande och obehagliga. Som biologisk traumaterapeut gick deras experimenterande därför alltid i sökljuset efter hur en upplevelse skulle kunna innehålla eller mynna ut i en ny och behaglig känsla. Detta fokus även på behagliga upplevelser under traumabearbetning är en del av synsättet att klienten behöver få en korrigerande ny erfarenhet in i sitt nervsystem och i hjärnan, för att terapin ska vara verksam. Ett exempel på en kroppsövning som kan illustrera detta och som terapeuterna använde sig av ganska utbredd var att använda en liten boll som hjälpmedel:

Jag startar nästan alltid med fötterna med folk jag inte känner särskilt väl, eftersom fötterna är långt från huvudet, så det är inte så aktiverande [i nervsystemet]. För de allra flesta är fötterna ett förhållandevis tryggt ställe. Så jag har en övning där jag har en liten boll som jag låter dem rulla över med hela foten och sedan ställa ner foten igen, och det är en stor markant skillnad när man gjort den på den ena foten och inte på den andra. Den är riktigt bra, och den kan de använda hemma också. Så på ett vis, får de nervändarna ner i jorden igen och hjärnan får sin orientering tillbaka, huvudet upp och benen ner, det är skönt, det älskar hjärnan. (Mikaela)

Många av terapeuternas klienter var dock ovana vid att ha kontakt med sina kroppsliga reaktioner på detta sätt och det var därför inte alltid så lätt för klienterna att lyssna till och ha kontakt med sin egen kropp. Att hjälpa klienten dithän var alltså många gånger en utmaning för terapeuterna, samtidigt som det var nödvändigt för att terapin skulle vara verksam på djupare nivå:

Hur ska jag veta hur det är att vara med min sorg om jag inte tillåter mig att vara med den? Det finns en anledning som har gjort att klienten stängt av [de kroppsliga förnimmelserna av obehagliga känslor], och prövat att tänka eller prata om det istället för att vara med det... och det är viktigt att kunna förstå sig själv på sikt. Men om det bara blir en kognitiv förmåga så är det liksom några lager som saknas. (Sophia)

Förklara de kroppsliga processerna. De terapeuter som betonade betydelsen av sin teoretiska förståelse av biologisk traumabehandling hade integrerat psykoedukation som en viktig del i deras praktik. Psykoedukationens verksamma faktorer var enligt dessa terapeuter att den skapade trygghet och acceptans hos klienten. Mikaela och Robin menade att psykoedukationen kunde hjälpa klienterna att känna sig trygga med att genomföra kroppsövningar. Terapeuterna förklarade då på förhand för klienten vilken nytta en viss kroppsövning kunde ha och under övningen förklarade de också vad som skedde i klientens kropp. Om kroppsövningen sedan visade sig vara verksam kunde de även förklara för klienten, utifrån sin teoretiska förståelse, hur denna förändring hade blivit möjlig.

Genom att klienterna fick en biologisk förklaring till varför de reagerade på ett visst sätt i sitt relaterande till andra människor skapades en acceptans hos klienterna, som i sin tur hade en normaliserande positiv effekt enligt terapeuterna. Förklarande av skammens biologi kunde till exempel ha en märkbar effekt på klientens upplevelse av sin egen skam. Denne kunde då få hjälp med att förstå skam som en universell affekt som alla människor upplever. Sålunda kunde klienten bli hjälpt i att inte behöva vara skamsen över sin skam. Robin gav en levande beskrivning av hur hennes psykoedukation kunde gå till:

Och så berättar jag om hur hjärnan, den treeniga hjärnan, om hjärnstammen, och känslöhjärnan- limbiska systemet och den tänkande hjärnan-frontalloberna, där jag berättar, att så är vi utvecklade, att när vi föds då är det, det autonoma nervsystemet som styr oss. Och det vill säga, det handlar om ren överlevnad. Sedan kommer den omogna känslöhjärnan ovanpå i form av att amygdala redan kommer i funktion, men sedan kommer hela det limbiska systemet, och sist kommer den tänkande hjärnan. Och så säger jag så där lite på skoj, att den del som kommer in sist, kliver först av, på det sättet förstått att när hjärnstammen och det autonoma nervsystemet via amygdala blir aktiverat, så kliver vår tänkande hjärna av [fungerar inte]. Det förklarar jag ofta, att så är vi skapade och jag använder det ofta på det sättet att jag förklarar att det är helt allmängiltigt, så är vi organiserade. (Robin)

Avslutande reflektioner: Tydlig integration av kunskaperna i praktiken

Sammantaget visar resultatet att terapeuterna använde sina kunskaper i biologisk traumabehandling vid all form av problematik och vid alla former av trauman. De kategoriserade inte sina klienter utefter om de hade upplevt komplext eller annan form av

trauma, utan terapeuternas fokus var att undersöka kroppen och nervsystemets fungerande här och nu.

Gällande Kolb (1984) visar resultatet att terapeuterna integrerade och kombinerade samtliga av de fyra kunskapsformerna. Terapeuterna ägnade sig sällan åt en kunskapsform i taget utan det skedde en kontinuerlig interaktion dem emellan, exempelvis sker assimilerande kunskap av nödvändighet parallellt med den konvergerande kunskapen, eller den divergerande tillsammans med den assimilerande. Kunskaperna följer och bygger på varandra i terapeuternas berättelser och de är varandras förutsättning för att terapeuten ska kunna utföra sitt arbete i enlighet med biologisk traumabehandling. I enlighet med Kolb (1984) så menar vi att alla fyra kunskapsformer är av lika stor betydelse och det inte finns någon kunskapsform som väger tyngre än någon annan. Detta eftersom alla kunskaper behövs, i integrerad form, för att terapeuternas praktik ska kunna fungera ändamålsenligt.

Den divergerande kunskapen utgör själva grunden, terapeuten behöver ett konkret kroppsligt råmaterial för att kunna göra sig en teoretiskt förankrad karta över klientens kroppstillstånd. Utan den assimilerande förståelsen skulle terapeuten inte kunna genomföra medvetet riktade interventioner utifrån vägledande teoretiska principer (konvergerande kunskap). Slutligen framkommer i den ackommoderande kunskapen att detta kroppsliga, terapeutiska arbete är verksamt. Terapeuterna får konkreta erfarenheter av att deras fokus på kroppen ger positiva resultat för klienten, vilket ger dem en bekräftelse i att lita på både sin egen och klientens kropp som en nödvändig resurs i det terapeutiska arbetet. Att samtliga kunskapsformer aktualiserades i terapeuternas beskrivningar är alltså en tydlig indikation på att terapeuterna verkligen har tagit till sig kunskapen från utbildningen och använder den i sin praktik.

Eftersom utbildningen är uppbyggd på ett sådant sätt att den stimulerar lärandet inom samtliga fyra kunskapsformer var förutsättningarna goda beträffande terapeuternas möjligheter att integrera biologisk traumabehandling i sin egen praktik. Dock blev det genom vår analys tydligt att de mer teoretiskt förankrade delarna i utbildningen (med anknytning till assimilerande och konvergerande kunskap) föreföll kräva mer av terapeuterna för att de skulle kunna omsätta dessa kunskaper i praktiken. De två terapeuter (Mikaela och Robin) som tydligt hade integrerat behandlingsmetodens teoretiska grunder var utbildade inom kroppsinriktad terapi sedan tidigare. Det är möjligt att dessa terapeuter därför hade bättre förförståelse i relation till teoribildningen inom biologisk traumabehandling, vilket i så fall hade gjort det lättare för dem att ta till sig den teoretiska kunskapen inom området.

Diskussion

Resultatdiskussion

Vårt resultat visar på en rik beskrivning av att terapeuterna använder många delar av kunskapen från utbildningen i sin dagliga praktik och den har gjort ett genomgripande intryck på deras yrkesutövande. Utgångspunkten för den här uppsatsen var att svara på följande två frågor: 1) Vilket kunskapsinnehåll och vilka kunskapsformer står i fokus när terapeuterna reflekterar över sin praktik i biologisk traumabehandling? 2) På vilket sätt kommer dessa kunskaper till användning i terapeuternas behandling? Resultatet visade att terapeuternas kunskaper kom till användning i praktiken på följande vis: genom *den kroppsligt förankrade terapeuten (divergerande kunskap)* med innehållsligt fokus på kroppen som inkännande verktyg, genom *terapeutens kroppsliga konceptualisering (assimilerande kunskap)* med innehållsligt fokus på nervsystemet som teoretisk kompass, genom *terapeutens riktade arbetssätt (konvergerande kunskap)* med fokus på att aktivt använda regleringsprincipen, samt genom *terapeutens beprövade erfarenheter (ackommoderande kunskap)* med fokus på kroppens centrala roll i klientens läkningsprocess. I den följande diskussionen lyfts vissa aspekter ur resultatet som kan bidra till en fördjupad förståelse av denna komplexa bild.

Neurobiologins användbarhet i praktiken. Den breda teoretiska baskunskapen från utbildningen i biologisk traumabehandling lägger ungefär lika stor vikt vid neurobiologi och utvecklingspsykologi. I terapeuternas yrkesutövande framkom dock en tydlig skillnad i hur utvecklingspsykologi och neurobiologi kom till uttryck. Kunskapen om det relationella samspelets betydelse för uppkomsten av komplext trauma används på ett mer *implicit* sätt i deras behandling, genom terapeuternas betoning av en god och trygg terapeutisk kontakt, som de menar behövs för att klientens trauma ska kunna bearbetas. Kunskapen om hur tidig traumatisering i relation till de nära omsorgspersonerna påverkar hela organismens biologiska utveckling har gett relationen i terapi denna stora tyngd och betydelse, för att behandlingen ska bli verksam.

Terapeuternas betoning på neurobiologi var mer påtaglig i deras behandlingsfokus. De använde neurobiologiska begrepp i större utsträckning och på ett *explicit* sätt, till exempel förklarar nervsystemets funktion och dysreglering ofta för klienter i psykoedukativt syfte, terapeuterna tar medvetna reglerande initiativ och de använder till viss del fysisk beröring. Terapeuterna applicerar även teoretiska, förvärvade biologiska kunskaper om nervsystemet och hjärnan i sin behandling på ett *implicit* sätt, då de genomför en kroppslig konceptualisering av klienten, såsom att läsa av graden av aktivering i klientens nervsystem.

När denna konceptualisering i biologisk traumabehandling baseras på en kroppslig nivå och terapeuterna även använder förståelsen på sig själva, blir denna del av kunskapen använd på ett genomgripande djupt sätt.

Det är även inom den neurobiologiska bakgrundsteorin som en huvudsaklig kunskap hos terapeuterna har sin utgångspunkt; regleringsprincipen. Den framstår som själva kärnan i deras behandling och det har blivit tydligt för dem att det är en verksam intervention i traumabehandling. Detta arbetssätt har en teoretisk förankring hos Levine (2010) i form av hans pendlingsbegrepp och han har även utvecklat konkreta interventioner utifrån denna princip som man kan se att terapeuternas arbetsform liknar. I enlighet med Levine (2010) och även Ogden (2006), fokuserar terapeuterna på att exempelvis skapa en trygg kontakt, på att föra in behagliga förnimmelser i traumabearbetningsprocessen, och på att stärka klienternas kroppsliga resurser. Liksom Levine (2010) menar terapeuterna att dessa element är grundläggande för en god behandling, och utgör grunden i reglering av trauma. Det är inte ett överraskande resultat att regleringsprincipen får en central plats i terapeuternas behandling, eftersom det är en grundläggande del i den biologiska traumabehandlingsutbildningen.

Insikter vid traumabehandling. Tidigare forskning menade att verbal bearbetning, i för stor grad, kan reaktivera starka traumatiska förnimmelser i för hög grad (van der Kolk, 2006; Ogden et al. 2006). Terapeuterna menade att deras kroppsliga regleringsprincip syftade till att förhindra en sådan reaktivering, men den har också en annan funktion. En ytterligare fördel med att arbeta kroppsligt och reglerande är att det skapar en ny möjlighet att frambringe förändring i de ordlösa tillstånden.

En grundförståelse terapeuterna har fått från utbildningen och som skapat ett starkt fokus i behandlingen är hur trauma ”sätter sig” i kroppen. En förståelse som är linje med både van der Kolk (2006), Ogden et al. (2006) samt Levine (2010). Den sistnämnda författaren har en särskild förklaringsmodell som beskriver hur trauma lagras i kroppen som ett sensorimotoriskt minne. Denna kroppsliga förståelse av trauma hos terapeuterna tar sig uttryck genom att de genomgående har centralt terapeutiskt fokus på ett kroppsligt plan, i syfte att framkalla, bemöta och därmed behandla de ordlösa symptomen av komplext trauma. Dessa kroppsliga ordlösa effekter av trauma menar terapeuterna får först en chans att förändras om de tas fram i medvetet fokus tillsammans med klienten.

Ett intressant resultat som framkom var att terapeuterna har integrerat ett arbetssätt i denna behandlingsform där man arbetar med trauma från det förflutna, men med övervägande utgångspunkt i nuet. Med andra ord, det är inte nödvändigt i behandlingen att klienten verbalt

berättar mycket om, eller får insikt i, sin traumatiserade historia för att kunna behandla den. Ofta tas de händelser upp som inneburit trauma för klienten, men huvudfokus ligger på det som samtidigt sker kroppsligt i nuet och på de svårigheter som klienten har i sitt liv idag. Även detta är förankrat i terapimetodens kroppsliga grundfundament, att de symptom som lever kvar i klienten kroppsligt, är mest verksamt att ta sig an i nervsystemets reaktioner här och nu. Fokus på nuet, som en behandlingsimplikation, tas även upp i litteraturen kring traumabehandling (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006).

Terapeutens betydelsefulla roll vid behandling. Att som terapeut ha genomgått en egenerapeutisk process är en annan typ av förvärvad kunskap som de menar är en förutsättning för att utöva biologisk traumabehandling. Terapeuterna har under utbildningen lärt sig att reglera och förstå sitt eget nervsystem, vilket blir en grundförmåga i arbetet med att hjälpa klienten att göra detsamma. Detta innebär även att terapeuterna utvecklar en inneboende implicit förmåga att kroppsligen kunna låta sitt eget nervsystem stå till förfogande för klientens bearbetning av svåra dysreglerade tillstånd i nervsystemet. Terapeuternas beskrivning av sin roll i terapi liknar den terapeutroll som Ogden et al. (2006) förespråkar i sin ”Sensorimotor Psychotherapy” där terapeuten verkar som en ställföreträdande affektiv regulator av klientens nervsystem (Langmuir et al., 2012). Ogden et al. (2006), liksom terapeuterna i studien, menar att traumaterapeutens uppgift är skapa en trygghet i terapin genom att reglera klientens arousal till en optimal nivå. Först då kan en läkning komma till stånd.

Terapeuternas inre läkning på utbildningen kan förstås som ett utvidgat förhållningssätt till egenerapi för terapeutiska yrken, exempelvis har psykologutbildningen inte detta avgörande synsätt på att en egenerapi är nödvändig för att kunna utöva yrket. Egenerapi i psykologutbildningen och biologisk traumabehandlingsutbildningen syftar till att utveckla olika förmågor hos terapeuten. I konventionell samtalsterapi kan detta beskrivas som att terapeuten behöver utveckla en känslomässig förmåga att kunna hålla klientens problematik. I biologisk traumabehandling ligger fokus istället på att förstå och utveckla förmåga till ett kroppsligt hållande, på nervsystemsplan. Sålunda kan sägas att den verbala terapin och den kroppsinriktade terapin arbetar på olika nivåer hos klienten. I enlighet med Solomon & Heide (2005) framkommer i resultatet att den kroppsinriktade terapin, i vårt fall biologisk traumabehandling, tar sin utgångspunkt i bottom-up medan den verbala terapin som i huvudsak rör sig på en känslomässig och tanke-mässig nivå utgår från top-down.

Skam som betonad affekt. Terapeuterna betonar skam som en central kunskap som de använder sig av i sin traumabehandling. En anledning till att skam är en viktig del i deras behandlingsfokus kan vara att denna affekt även är en betonad del under utbildningen i biologisk traumabehandling. En annan förklaring till detta fokus kan vara det faktum att skam ofta är en del av symptombilden hos traumadrabbade klienter (Schmid et al., 2013; Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009, refererad i Schmid et al., 2013; APA, 2013). Skamregleringskunskap har terapeuterna tagit till sig och den kommer till användning genom att de avläser klienter för denna problematik och hjälper dem att reglera sin skam på nya sätt.

Terapeuterna beskriver sin roll i denna skamreglering återigen i enlighet med förståelsen som Ogden et al. (2006) har av terapeuten som en affektiv regulator. Ogdens et al. (2006) beskrivning av denna regulatorroll har tonen av att terapeuten ska agera ställföreträdande förälder i regleringen av svåra, affektiva tillstånd (Schore, 2001). En teoretisk tolkning av vårt resultat kan här sägas bli relevant då terapeuten i kraft av att vara en trygg bas för klienten ”lär” denne att reglera skammen, vilket blir en korrigerande erfarenhet till klientens tidigare upplevelser av vara i relation med en omsorgsperson som inte har förmått reglera klientens skam. Andra affekter, än skam, benämns inte lika mycket under utbildningen och får därför inte heller lika stor plats i terapeuternas praktik. Ifall detta fokus på skam kan innebära att andra affekter försummas eller misstolkas i terapin, är oklart.

Avancerad integrering av utbildningen. Samtliga terapeuter benämnde fysisk beröring som en del av kunskapen som de använder sig av, eller som de har försökt implementera i sin behandling. Fysisk beröring är ett nytt och utforskat behandlingsinslag i psykoterapi. Det förekommer nästan ingen forskning inom detta ämne, speciellt inte inom dominerade tidsskrifter riktade mot psykologer. Utifrån vår litteratursökning var den kroppsinriktade alexandertekniken den enda terapiform som hade fokus på fysisk beröring (Jones & Glover, 2012).

Det visade sig att terapeuternas tidigare utbildningsbakgrund får en betydelse för i vilken utsträckning som de kunde implementera fysisk beröring i sin behandling. Robin och Mikaela var sedan tidigare utbildade i en kroppsinriktad terapiform och de visade sig använda mer fysisk beröring i sin behandling efter genomgången vidareutbildning i biologisk traumabehandling än de terapeuter som inte hade denna kroppsliga terapeutbakgrund.

Eftersom det var olika bland terapeuterna i vilken grad de använde sig av fysisk beröring, om de gjorde det överhuvudtaget, så är det en intressant fråga vilka färdigheter och egenskaper som krävs för att få användning av fysisk beröring som en intervention vid

trauma. Utifrån de resultat som vi har funnit samt utifrån våra egna erfarenheter från utbildningen förefaller i huvudsak fyra komponenter vara viktiga; tidigare erfarenhet av kroppsbehandling, att de har en inkännande kroppslig förmåga, biologisk kunskap om kroppen samt trygghet och bekvämlighet som terapeut att vara fysiskt nära sina klienter. Den fysiska beröring som mestadels används av vissa terapeuter är av klienternas händer och fötter. Mer avancerad form av fysisk beröring som också lärs ut i den biologiska traumabehandlingsutbildningen förefaller inte terapeuterna använda sig av, som exempelvis kroppsbehandling där klienten får ligga på en massagebänk och terapeuten genomför en kroppslig behandling på ryggraden och huvudet.

Utifrån terapeuternas fokus på reglering och försiktighet vid bearbetning av kroppsliga symptom av trauma kan fysisk beröring tänkas vara en intervention som är extra kraftfull och som kan reaktivera traumatiserade känslor hos klienten. Att fysisk beröring implementeras i begränsat omfång kan även förstås ur att det är ett nytt och gränsöverskridande steg att ta, både för terapeut och klient. Specifikt gränsöverskridande kan det tänkas vara för psykologer att ta till sig och använda denna kunskap om fysisk beröring, då traditionen inom psykologisk behandling är lång och fast förankrad i främst samtalsterapi som arbetssätt.

Kolbs kunskapsformer vid biologisk traumabehandling. Utbildningen i biologisk traumabehandling har i sin helhet ett utbrett *upplevelsebaserat* genomförande, vilket förefaller ha haft inverkan på det sättet att terapeuterna har kunnat ta till sig många delar av utbildningen och även underlättat för dem att implementera kunskaperna i sin egen praktik.

Detta upplevelsebaserade fokus har förutom egenterapin inneburit att utbildningsledaren har blivit som en rollmodell för terapeuterna, som de har observerat när hon utför behandlingen på andra utbildningsdeltagare. Detta står i linje med Kolbs teori (1984), som menar att för att lärande ska kunna ske och omsättas, behöver den bygga på upplevelse och erfarenhet, i motsats till enbart teori.

I enlighet med Kolbs modell (1984) har terapeuterna, om än i olika grad, kombinerat teori med praktik. Från biologisk traumabehandling bär de med sig teoretiska element samt praktiska element som kombineras till de olika kunskapsformerna, exempelvis vårt huvudtema; förmåga att aktivt använda regleringsprincipen i praktiken. Det är först när alla fyra av Kolbs kunskapsformer finns representerade i terapeuternas verksamhet som deras behandling tar stora delar av metoden från biologisk traumabehandling i bruk. Detta blev tydligt vid ett jämförande perspektiv mellan terapeuterna. De terapeuter (Mikaela och Robin) som i hög utsträckning hade integrerat biologisk traumabehandling i sin praktik använde

också alla fyra kunskapsformerna aktivt och kontinuerligt.

Robin och Mikaela beskriver mer uttryckligen att deras behandling har blivit mer effektiv i och med biologisk traumabehandling och de uttrycker sig även mer självsäkert i sina framgångar med metoden. Detta kan förstås som att deras integrering av alla fyra kunskapsformer har lett till en ökad kompetensutveckling. Kim och Sophia hade inte omsatt sin kunskap från biologisk traumabehandling i praktiken i lika stor utsträckning, vilket syntes tydligt i form av att de inte hade alla fyra kunskapsformerna i sin terapeutiska verktygslåda i lika stor grad. Exempelvis kom teorin, från utbildningen, inte lika explicit till uttryck i deras behandling.

Betydelse för psykologens praktik. Vår studie, som undersöker kroppsligt inriktad behandling vid trauma, kan ha stor betydelse för psykologer just eftersom det inför ett nytt sätt att tänka och inrikta sig i klinisk behandling. En kroppsligt inriktad psykoterapi erbjuder nya möjligheter att vidga sin terapeutiska repertoar med. De förklaringsmodeller som biologisk traumabehandling bygger på, utifrån nervsystemets organisation och hjärnans utveckling, kan ge en grundval att förstå kroppsliga problem med psykisk orsak utifrån, som till viss grad hittills har stått utan förklaring. Med hjälp av denna arbetsmetod kan psykologer närma sig kroppsliga besvär från en annan infallsvinkel, mer konkret och kroppsligt. Det psykologiska möter det biologiska i denna behandling på ett sätt som idag inte finns med i särskilt stor utsträckning i psykologers grundutbildning. Biologisk traumabehandling är en nyutvecklad terapiform, som direkt bottnar i en integration av kunskapsfälten neurobiologi och utvecklingspsykologi.

Kunskap om biologiska konsekvenser av trauma är essentiellt i psykologisk behandling eftersom det ger information om hur påverkbar kroppen är av den omgivande miljön. Kroppsligt fokus kan utifrån detta menas vara essentiellt inte enbart vid behandling där det finns en tydlig traumatiserande barndom i bakgrunden utan är av betydelse vid också mildare kliniska fall som på ett kroppsligt plan kan ha upplevts traumatiskt.

Terapeuterna i denna studie använde kunskaper från biologisk traumabehandling utifrån synsättet av trauma som huvudsakligen orsakat av ett kontaktavbrott i nära relationer, vilket var en vanligt förekommande upplevelse bland deras klienter. Vetskapen om vad kontaktavbrott innebär kroppsligt för individen skapade ett relationellt och kroppsligt fokus i terapi, snarare än att kunskap om komplext trauma blev ett kategoriskt verktyg som avgjorde en specifik problematik eller ett specifikt behandlingsval.

Metoddiskussion

Den aletiska hermeneutiska ansatsen var ett framgångsrikt val av vetenskapsteoretisk inriktning eftersom vi både har en så tydlig förförståelse för biologisk traumabehandling samt ett teoretiskt analysramverk. Detta tillsammans har möjliggjort fördjupade tolkningar och därmed tolkande tematiserande resultat samt diskussionsteman.

Urval och deltagare. En styrka med urvalet av terapeuter var att alla deltagare hade genomgått grundutbildningen och påbyggnadsutbildningen, vilket förstärker att de faktiskt har förvärvat kunskaper från utbildningen som de fokuserar på samt att de kan beskriva det sätt som de kommer till användning på i deras dagliga praktik. Vi kunde på det sättet få rik data som besvarade våra frågeställningar. Vi tänker oss att terapeuter som enbart genomgått grundutbildningen inte har haft möjlighet att tillägna sig tillräckligt med kunskaper för att kunna få användning för dessa, i jämförelse med de terapeuter som har uppnått en mer integrerad kunskap i biologisk traumabehandling.

En styrka i detta sammanhang var också att alla terapeuter hade liknande bakgrundsutbildning på ”Skolen for psykosomatik”, samtidigt som en del av terapeuterna hade genomgått påbyggnadsutbildning fler gånger än andra. Detta bidrog till att vi kunde jämföra terapeuternas förvärvade kunskaper i deras kliniska praktik. Dock hade terapeuterna olika terapeutisk grundutbildning, vilket föreföll ha inflytande över de förvärvade kunskaper som de använde i sin behandling. På så sätt att en terapibakgrund med kroppsinriktad fokus visade sig hänga samman med en större integrering av de praktiska momenten från utbildningen, såsom fysisk beröring.

En svaghet med urvalet var att vi hade få deltagare i studien, samt var tvungna att utesluta en intresserad terapeut på grund av tidsbrist. Eftersom vi enbart hade fyra terapeuter i det slutgiltiga urvalet skulle en femte terapeut ha bidragit till ett rikare resultatunderlag. Det visade sig ta lång tid att få kontakt med tidigare utbildningsdeltagare, vilket bidrog till att rekryteringen resulterade i detta antal deltagare. Om vi hade gjort om studien hade vi börjat rekryteringsprocessen under sommaren för att bättre kunna skapa utrymme, tidsmässigt, för fler intervjuer.

Terapeuterna var genomgående positiva till kunskapen från utbildningen. Vår studie syftar inte till att utvärdera biologisk traumabehandling, varför deras positiva upplevelse av utbildningen inte bör tolkas som ett snedvridet urval. Det är ett urval terapeuter som genom sitt intresse för kunskapen har tagit in biologisk traumabehandling i sin psykoterapi och därmed har kunnat, på ett fördjupat sätt, beskriva sina förvärvade kunskaper och hur de

kommer till användning.

Förberedelser inför intervjuandet. Innan påbörjat intervjuarbete genomförde vi en pilotintervju för att utvärdera intervjufrågorna. Denna intervju innehöll både starka och svaga beröringspunkter. En svaghet var att intervjun genomfördes med en terapeut som inte hade ett kroppsinriktat fokus, utan bedrev Kognitiv beteendeterapi samt Dialektisk beteendeterapi. Eftersom det är två olika terapiskolor var inte pilotintervjun uppenbart överförbar till de senare intervjuerna. Vi diskuterade innan utförandet av pilotintervjun om det var relevant att intervjua en terapeut från en annan skola, vilket vi ansåg att det var. Vi hade inte råd att använda en deltagare från den biologiska traumabehandlingsutbildningen då rekryteringsprocessen var långsam och vi behövde därmed samtliga anmälda till studien.

En styrka med att genomföra en pilotintervju var att intervjuaren fick öva sig på att genomföra en intervju och erfarenhet av att ställa relevanta följdfrågor. Pilotintervjun syftade till att förbereda intervjuaren på att ställa intervjufrågor och att engagera intervjupersonen i samtalet.

I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) fann vi att den semi-strukturerade djupintervjun var lämplig att använda för att samla in material då denna intervjuform möjliggjorde ett fritt samtal, med en flexibilitet kring ordningsföljden, vilket skapade utrymme för intervjupersonen att fördjupa sig i relevanta ämnen. Det kunde vara att intervjupersonen berättade om ett ämne, som under intervjun inte verkade relevant för våra intervjufrågor men som under analysen gav upphov till intressanta teman direkt kopplade till frågeställningarna.

Våra intervjuer gav upphov till rik data att analysera, vilket delvis berodde på urvalet (som tidigare diskuterat), vår förförståelse för ämnet som gav upphov till fördjupande följdfrågor, samt vår intervjuguide med intervjufrågor som vara formulerad direkt utifrån våra frågeställningar.

Den första frågan i intervjuguiden har vi dock ifrågasatt under arbetets gång ("hur arbetade du kliniskt tidigare, innan utbildningen"), huruvida den var valid samt en eventuell svårighet att besvara den. Frågans validitet gällde om den kunde ge upphov till material som var relevant för frågeställningarna om "vilka förvärvade kunskaper terapeuterna fokuserar på från utbildningen och på vilket sätt de kommer till användning i praktiken". Frågan visade sig vara svår att svara på då en del terapeuter hade börjat på skolan för flera år sedan och sålunda inte kunde erinra sig tillräckligt konkret hur de arbetade innan. Istället för att berätta utförligt om sin tidigare praktik, började terapeuterna direkt berätta om skillnader mellan hur de

arbetade innan och efter utbildningen. Varför en fråga såsom ”vad är den största skillnaden mellan hur du arbetade tidigare och hur du arbetar idag, efter genomgången utbildning?”, bättre kan fånga in och besvara frågeställningarna. Detta skedde också, eftersom terapeuterna själva svarade på den första frågan utifrån det jämförande perspektivet om skillnader. Vi som intervjuare blev tidigt medvetna om detta och fördjupade intervjun enligt det perspektiv som deltagarna styrde in på.

Kolb som raffinerat analysverktyg. En övergripande styrka med vår analys är valet av analysverktyg. Vårt val av Kolbs modell över upplevelsebaserat lärande (1984) var framgångsrikt då denna teoretiska modell matchades väl med den specifika utformningen av utbildningen i biologisk traumabehandling, som lärs ut i upplevelsebaserad form.

En specifik styrka med att använda Kolbs lärandemodell (1984) som analysverktyg var att det möjliggjorde en nyanserad analys av terapeuternas verksamhet. Med nyanserad menas att vi har kunnat urskilja två delar i deras användning av kunskapen i praktiken; både den tysta, förståelsekunskapen och den aktiva, vägledande (samt experimenterande) kunskapen. Även om dessa delar sker parallellt i praktiken hos terapeuterna så har det möjliggjort en djupare och mer detaljerad analys att särskilja och uppmärksamma dem som två olika delar vid analysen, eftersom de är kvalitativt olika.

Det arbete som sker i det tysta hos terapeuterna har tydligt växt fram under analysen på grund av detta analysverktyg som fångar in dessa mer osynliga delar i deras praktiska arbete. De aktiva delarna som terapeuterna gör och tillägnar sig, de ackommoderande och konvergerande kunskaperna, är vid en första anblick mer ”synliga” i analysprocessen och det hade kunnat bli en överdominans av analys inom enbart dessa två områden utan Kolb (1984). Vi menar inte att de assimilerande och divergerande kunskaperna är överordnade de två andra kunskapsformerna, utan att analysen bidrog till en större uppmärksamhet inom alla de olika delarna av terapeuternas verksamhet.

Denna styrka med Kolbs modell (1984), att den bidrar till en nyansering, var också inledningsvis en svaghet i de fall då vi fann det svårt att kategorisera ett tema till en specifik kunskap. Ett sådant resultat var temat ”relationell medvetenhet” som inte gick att kategorisera eftersom det var ett övergripande tema som tangerade alla fyra kunskaperna. I den slutgiltiga analysfasen fann vi dock att det inte behöver vara en svaghet att ett tema inte låter sig bindas till en kunskap. Snarare är det en indikation på att Kolbs kunskaper (1984), i vår studie, är förbundna med varandra och tillsammans blir till en sammanhängande helhet.

En specifik svårighet med att använda Kolbs modell (1984) är att man kan tolka hans fyra kunskapsformer på olika sätt eftersom det är en abstrakt modell (Sugarman, 1985). Definitionen av hans kunskapsformer fann vi i en annan artikel (Sugarman, 1985) då hans ursprungliga modell lägger mer vikt vid den cykelbaserade lärandeprocessen som sådan. I början av analysprocessen var det oklart hur terapeuternas uttalanden skulle kategoriseras. En förståelse av klienten kunde både vara en divergerande kunskap och en assimilerande kunskap, beroende på var terapeuten lade tyngdpunkten, om terapeuten exempelvis gav uttryck för en tydlig teoretisk förankring kring sin förståelse eller inte. Vilken del som terapeuten betonade, om det var teori eller en mer implicit kunskap, avgjorde kategoriseringen. Det blev viktigt att diskutera kunskaperna tillsammans då kategoriseringen blev mer tydlig vid gemensam reflektion.

Reflektioner kring vår förförståelse. Vår förförståelse i biologisk traumabehandling har, med en hermeneutisk formulering, varit en nödvändighet för att kunna ta del av meningen i intervjupersonernas förståelsehorisont (Alvesson & Sköldberg, 2008). Med andra ord för att kunna följa intervjupersonernas resonemang och föra intervjun vidare till en fördjupad nivå. Detta har konkret skett genom att vi under intervjuerna regelbundet har formulerat fördjupande följdfrågor som bygger på vår egen förförståelse av biologisk traumabehandling.

Inför datainsamlingen var vi medvetna om en risk för att intervjuerna skulle kunna bli ett införstått samtal mellan två parter med samma kunskap. Det visade sig sedan under intervjuerna finnas ett tydligt behov av att undersöka begrepp som de nämner från utbildningen närmare, för att förstå vilken innebörd de lägger in i begreppen och hur den enskilda terapeuten använder dessa i praktiken. Därför ställde vi konkreta frågor där terapeuterna fick utrymme att förklara begrepp och principer.

Vår hermeneutiska ansats har genomgående genomstrukturerat alla empiriska steg i studien (Alvesson & Sköldberg, 2008). Under analysen har vi tolkat intervjupersonernas förståelsehorisont mot bakgrund av vår förförståelse i biologisk traumabehandling. För att motverka tolkningar som var påverkade av vårt intresse för metoden under analysens gång har Kolbs teoretiska modell (1984) varit mycket hjälpsam. Hans modell har bidragit till en distans till det insamlade materialet och till en struktur under analysens gång. Med hjälp av modellen och frågeställningarna har vi kunnat ställa valida frågor till texten, vilket har säkerställt att våra tolkningar blir valida (Kvale & Brinkmann, 2009).

Vår kunskap och erfarenhet av biologisk traumabehandling har möjliggjort en fördjupad tolkning av hur intervjupersonernas behandling och förhållningssätt har påverkats

av utbildningen. På så sätt att det finns ett behandlingsspråk inom denna inriktning, bland intervjupersonerna och på skolan, som vi är välbekanta med och som skiljer sig från andra terapiskolor. Förståelsen av detta språk kan man inte läsa sig till utan det krävs att man har varit i den miljö där det används. Därmed har vår vistelse på skolan och vår förståelse av behandlingsspråket varit en nödvändighet för att kunna fånga in essensen och andemeningen vid tolkningarna. Vi föreställer oss att en tolkning utan denna förförståelse skulle ha lett till att mycket tid hade lagts ned på att förstå behandlingsspråket och mestadels sammanfatta olika vägledande principer. På det här sättet har vår förförståelse lett till en fördjupad tolkning av texterna.

Vår förförståelse om utbildningen har även varit en förutsättning för att kunna genomföra en jämförande bedömning och detaljerad analys av vilka kunskaper terapeuterna använder mer än andra, på vilket sätt, och vilka delar av kunskapen som inte har integrerats. Våra förväntningar innan intervjuerna på vad studien skulle komma fram till ser vi i efterhand överensstämmer till viss del med resultatet, exempelvis fokus hos terapeuterna på kontakt och regleringsprincipen. Detta, kan tänkas vara eftersom vi själva parallellt deltagit på biologisk traumautbildning och har stor inblick i dess innehåll och fokus.

Vår förförståelse har successivt reviderats under studiens gång då vi har tagit del av terapeuternas berättelse om sina kunskaper. Vi har fått en fördjupad och utvidgad förståelse för regleringsprincipen, betydelsen av egenterapi och kontakten i terapi. Det har med hermeneutiska termer skett en fusion av horisonter (Alvesson & Sköldberg, 2008), då vi har utvecklat en förståelse för hur terapeuterna använder sina kunskaper i praktiken. Vår förståelse har gått från att innefatta enbart förförståelse för hur utföra biologisk traumabehandling i den befintliga utbildningskontexten på skolan i Danmark till att omfatta förståelse för hur terapeuterna har implementerat behandlingsinslag i terapi med kliniska fall. På det här sättet har vår förståelse utvecklats från att vara knuten till en liten, begränsad utbildningskontext till att omfatta en klinisk verklighet.

Framtida forskning

Befintlig klinisk forskning på kroppsinriktade interventioner är mycket begränsad. Enbart en handfull studier har undersökt de nya kliniska implikationer som stammar ur den integrerade kunskapen om neurobiologi och utvecklingspsykologi, varvid detta är ett nästintill outforskat område. I denna studie beskrivs användandet av en traumabehandling som sätter kroppen i centrum. Detta förefaller även vara något som terapeuterna principiellt menar är en förutsättning för att behandla trauma på ett djupt och genomgripande sätt.

Till skillnad från samtalsbaserade terapimetoder, såsom KBT och PDT, som inkluderar kroppen till viss del, har biologisk traumabehandling ett explicit och omfattande fokus på och intervensering i den kroppsliga nivån hos klienten. Inga av dessa samtalsbaserade inriktningars kroppsliga inslag är jämförbara med det kroppsfokus som finns inom biologisk traumabehandling. Exempelvis är användandet av kroppsövningar, kontinuerlig uppmärksamhet på och reglering av nervsystemet, samt fysisk beröring, i stort sett obefintliga arbetssätt inom de dominerande samtalsterapierna.

Mycket tyder på att den biologiska traumabehandlingens genomgripande användning av kroppen i psykoterapi verkar fungera i terapeuternas arbete med patienter. Denna studies resultat ger en betydelsefull indikation på att kroppen med fördel skulle kunna ges större betydelse vid framtida forskning om traumabehandling. Denna behandlingsansats kan tänkas förbättra existerande traumabehandling då den med dess explicita kroppsorientering ger stor plats till ordlös terapeutisk kommunikation och därmed ges de många kroppsliga symptom, som traumadrabbade lider av, utrymme att förändras. Därmed är psykoterapi med dylikt kroppsfokus viktigt att undersöka vidare, med exempelvis effektstudier. Även den tidigare forskning som har visat att traumadrabbade individer bildar en svårbehandlad klientgrupp motiverar början på en sådan forskningsinriktning. Om effektstudier finner att kroppsinriktad terapi ger ett värdefullt bidrag till dagens traumabehandling, behövs vidare studier som kartlägger vilka interventioner, samt dess underliggande mekanismer, som ligger till grund för en slik terapeutisk effekt.

Forskning kring traumabehandling kan med fördel i framtiden även undvika att begränsas till att enbart inrikta sig på uppenbart trauma, såsom övergrepp i barndomen (komplex trauma), eller diagnosen PTSD. Denna studie visar på en klinisk bild där begreppet trauma vidgas till att innefatta också mindre traumatiska händelser som har lett till betydelsefulla kroppsliga konsekvenser hos individen. Inom traumabehandlingsforskningen och terapiforskningen generellt kan begreppet trauma på liknande vis också breddas. Detta genom att undersöka kroppsliga, traumatiska symptom vid olika typer av patologier samt undersöka huruvida kroppsorienterad terapi är verksamt vid annan psykiatrisk problematik än primärt vid uppenbart trauma. Föreslagsvis kan detta leda till en stabilare forskningsgrund av kroppsorienterade interventioner utifrån vilken samtalsbaserade behandlingsformer kan börja införliva evidensbaserade behandlingsinlag från kroppsorienterad traumaterapi.

Denna forskningsutveckling inriktat på kroppens betydelse i psykoterapi tror vi är essentiell för att utveckla mer kunskap samt nya perspektiv på vad som behövs för att förbättra dagens traumabehandling.

Referenser

- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Balbernie, R. (2001). Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal Of Child Psychotherapy*, 27(3), 237-255.
doi:10.1080/00754170110087531
- Berg, J. K., Lundin, T & Michel, P-O. (2005). Specialistteam för traumarelaterade störningar – En bristvara i Sverige. *Läkartidningen*, 47(102), 3532-3536. Hämtad nionde September, 2013 från:
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/2/2558/LKT0547s3532_3536.pdf
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry*, 190(2), 97-104.
doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Braarud, H., & Nordanger, D. (2011). Komplex traumatisering hos barn: En utvecklingspsykologisk förståelse. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*, 48(10), 968-972. Hämtad 28 December, 2013 från:
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/968-972.pdf>
- Bradshaw, R. A., Cook, A., & McDonald, M. J. (2011). Observed & experiential integration (OEI): Discovery and development of a new set of trauma therapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 104-171.
doi: 10.1037/a0023966
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101.
doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Calkins, D. S., & Leerkes, M. E. (2011). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. I K.D Vohs & R. F Baumeister (Red.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (pp 355-373). New York: The Guildford Press

- Carrion, V. G., & Wong, S. S. (2012). Can Traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *Journal of adolescent health, 51*(2), 23-28.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.04.010
- Children's Bureau, Administration of Children, Youth, and Families. U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *Child Maltreatment 2011*. Washington, DC: U.S. Hämtad 1/12 2013 från: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm11.pdf#page=9>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., & ... Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal Of Psychiatry, 167*(8), 915-924.
doi:10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinical survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627.
doi: 10.1002/jts.20697
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187-200.
doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development And Psychopathology, 13*(3), 539-564.
doi:10.1017/S0954579401003078
- Diamond, L. M., & Fagundes, C. P. (2010). Psychobiological research on attachment. *Journal Of Social And Personal Relationships, 27*(2), 218-225.
doi:10.1177/0265407509360906
- Egidius, H. (2005). *Psykologilexikon* (3. uppl.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Egidius, H. (n.d.) *Psykologilexikon: Emotionsreglering*. Hämtad den 29 December 2013 från: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=emotionsreglering>
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Developmental Psychology, 38*(2), 194-207.
doi:10.1037/0012-1649.38.2.194

- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders: Clinical implications. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 13 - 30). New York: The Guildford Press.
- Ford, J. D., Fraleigh, L. A., Albert, D. B., & Connor, D. F. (2010). Child abuse and autonomic nervous system hyporesponsivity among psychiatrically impaired children. *Child abuse and Neglect*, 34(7), 507-515.
doi: 10.1016/j.chiabu.2009.11.005
- Gillespie, F. C., & Nemeroff, B. C. (2007). Corticotropin-releasing factor and the psychobiology of early-life stress. *Current directions in psychological science*, 16(2), 85-89.
- Hart, S. (2008). *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- Hart, S & Bentzen, M. (2013). *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med born*. Gyldendal Akademisk A/S: Hans Reitzels Forlag.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671-690.
doi:10.1002/dev.20494
- Heller, L., & LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Herman, J. (1994). Coping with trauma- theory prevention and treatment - Kleber, RJ, Brom, D, Defares, PB. *Journal Of Traumatic Stress*, 7(1), 151-152. Hämtad 28 December, 2013 från:
<http://ehis.ebscohost.com/ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a5616acd-e900-4cee-b88a-c516c160711f%40sessionmgr112&vid=5&hid=4210>
- Hill-Soderlund, A. L., Mills-Koonce, W., Propper, C., Calkins, S. D., Granger, D. A., Moore, G. A., & ... Cox, M. J. (2008). Parasympathetic and sympathetic responses to the strange situation in infants and mothers from avoidant and securely attached dyads. *Developmental Psychobiology*, 50(4), 361-376.
doi:10.1002/dev.20302
- Hofer, M. A. (2006). Psychobiological Roots of Early Attachment. *Current Directions In Psychological Science*, 15(2), 84-88.
doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00412.x

- Högberg, G., Nardo, D., Hällström, T., & Pagani, M. (2011). Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: memory reconsolidation and play. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, Jul 5, 87-96. Hämtad från: <http://www.dovepress.com/psychology-research-and-behavior-management-journal>
- Jansson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige: en nationell kartläggning 2011*. Karlstad Universitet. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jahromi, L. B., Putnam, S. P., & Stifter, C. A. (2004). Maternal Regulation of Infant Reactivity From 2 to 6 Months. *Developmental Psychology*, 40(4), 477-487. doi:10.1037/0012-1649.40.4.477
- Jones, T., & Glover, L., (2012). Exploring the psychological processes underlying touch. Lessons from the Alexander technique. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1824
- Kolb, D. A.(1984). *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall P T R
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214-220. doi: 10.1037/a0025588
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J., & Spiegel, D. (2010a). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal Of Psychiatry*, 167(6), 640-647. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Vermetten, E., & Yehuda, R. (2010b). Fear conditioning and early life vulnerabilities: two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, Dec 10. doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5467
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331-348. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01755.x

- Leitch, L. M. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology*, *13*(3), 11-20.
doi: 10.1177/1534765607305439
- Levine, A. P. (2010). *In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores godness*. California: North Atlantic Books and Colorado: ERGOS Institute Press.
- Lopez, G. (2011). Why verbal psychotherapy is not good enough to treat Post Traumatic Stress Disorder: A Biosystemic approach to stress debriefing. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *6*(2), 129-143.
doi: 10.1080/17432979.2011.583060
- Luijk, M. M., Saridjan, N., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. V., & ... Tiemeier, H. (2010). Attachment, depression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. *Developmental Psychobiology*, *52*(5), 441-452.
doi:10.1002/dev.20446
- Marx, B. P., Forsyth, J. P., Gallup, G. G., Fusé, T., & Lexington, J. M. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense: Implications for sexual assault survivors. *Clinical Psychology: Science And Practice*, *15*(1), 74-90.
doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00112.x
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A., Schatzberg, A. F., & ... Keller, M. B. (2003). Differential Responses to Psychotherapy versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, *(24)*, 14293.
doi:10.2307/3148951
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, *29*(1), 263-279.
- Oosterman, M., De Schipper, J., Fisher, P., Dozier, M., & Schuengel, C. (2010). Autonomic reactivity in relation to attachment and early adversity among foster children. *Development And Psychopathology*, *22*(1), 109-118.
doi:10.1017/S0954579409990290
- Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, *14*(3), 103-109.
doi: 10.1177/1534765608319080
- Philips, B & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi*. Stockholm: Liber AB

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, A. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become traits. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), Win.
doi: 10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B
- Rappoport, E. (2012). Creating the umbilical cord: Relational knowing and the somatic third. *Psychoanalytic Dialogues, 22*, 375-388.
doi: 10.1080/10481885.2012.679607
- Rung, W. U. (n.d.). *Skolen For Psykosomatik*. Hämtad den 29 November, 2013, från:
<http://skolenforpsykosomatik.dk/kurser>
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry, 13*(3).
doi: 10.1186/1471-244X-13-3
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affectregulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 201-269.
doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 36*(1), 9-30.
doi:10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x
- Skogli, G. K. W & Oie, M. G. (2010). Desorganisera tilknytning i et psykobiologisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*, 403-407. Hämtad 8 januari från:
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/403-407.pdf>
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (2005). The biology of trauma. Implications for treatment. *Journal of interpersonal violence, 20*(1), 51-60.
doi: 10.1177/0886260504268119
- Sugarman, L. (1985). Kolb's model of experiential learning: Touchstone for trainers, students, counselors and clients. *Journal of counseling and development, 64*(4), 264-268.
doi: 10.1002/j.1556-6676.1985.tb01097.x
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America, 12*(2), 293-317.
doi:10.1016/S1056-4993(03)00003-8

- Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annual. N.Y. Academy. Science*, 1071, 277-293.
doi:10.1196/annals.1364.022
- Wald, J., & Taylor, S. (2007). Efficacy of interoceptive exposure therapy combined with trauma-related exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1050-1060.
doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.010
- Weiss, S. J. (2007). Neurobiological alterations associated with traumatic stress. *Perspectives In Psychiatric Care*, 43(3), 114-122.
doi:10.1111/j.1744-6163.2007.00120.x
- Widom, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229. Hämtad från:
<http://ajp.psychiatryonline.org/issues.aspx?journalid=13>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3ed.). Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Education.

Bilaga A. Svenskt informationsbrev

Hej!

Vi kontaktar dig då vi söker deltagare till vår psykologexamenstudie. Vi heter Anna-Karin och Annaparjata och går sista terminen på psykologprogrammet på Lunds universitet, Sverige.

För närvarande deltar vi i Ulla Rung Weeke's grundkurs "Efteruddannelesesforløbet, livet i chok/traume og glæde (biologisk traumebehandling)". Den kunskap som lärs ut på grundkursen om det tidiga relationella samspelets betydelse för den neuroaffektiva utvecklingen samt för den reglerande funktionen i nervsystemet ligger till grund för vår studie.

Syftet med studien är att undersöka hur terapeuter använder sig av denna kunskap i sitt behandlingsarbete. T.ex. hur har ert förhållningssätt till och förståelse av trauma förändrats? Hur har ert behandlingsarbete påverkats, på vilket sätt?

Deltagande i studien innebär en intervju på 1-2 timmar. Intervjun kommer att spelas in och avidentifieras i det vidare arbetet med materialet. Som deltagare har du alltid möjlighet att avbryta intervjun.

Tid och plats för intervju väljs av dig som deltar och vi kommer till dig. Intervjuerna kommer att ske mellan vecka 39-42.

Vi hoppas att du vill delta! Hör gärna av dig senast vecka 39 via email eller telefon om du vill tacka ja till att delta i studien och/eller har några frågor.

Vänliga Hälsningar

Anna-Karin Dybeck Mobil: 0046-73-6537153, Email: annakarindybeck@gmail.com

Annaparjata Sandström Mobil: 0046-73-0528722, Email: annaparjata@hotmail.se



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga B. Dansk informationsbrev

Hei!

Vi kontakter dig fordi vi søger deltagere til vores afsluttende speciale på psykolog uddannelsen. Vi heder Anna-Karin og Annaparjata og er igang med sidste semester på psykolog uddannelsen ved Lunds Universitet, Sverige.

For tiden deltager vi i grundkurset, Ulla Rung Weeke's efteruddannelesesforløb; "Livet i chok/traume og glæde, biologisk traumebehandling". Den viden som det nævnte kursus formidler, er viden om de tidlige relationers samspil og deres betydning for den neuro-afektive udvikling og for den selv-regulerende funktion i nervesystemet, hvilket ligger til grund for dette forskningsstudie som vi vil foretage.

Formålet med studiet er at undersøge hvordan terapeuter bruger denne viden i jeres arbejde med klienter – f.eks. hvordan jeres forståelse af trauma har ændrets? Hvordan jeres måde at forholde jer til klienter på er blevet påvirket? Brug af nye behandlingsmetoder?

Deltagelse i studiet indebærer et interview på 1-2 timer. Interviewet indspilles og alle informationer som indsamles af-identificeres i det videre arbejde med materialet. Som deltagere har du altid mulighed for at afbryde interviewet når som helst.

Tid og sted for interviewet vælges af dig som deltager og vi kommer til dig. Interviewerne finder sted mellem uge 41-43 og interviews med danske deltagere vil ske med en dansktalende interviewere.

Vi håber at du vil deltage! Du er velkommen at kontakte os via e-mail eller telefon senest uge 42 hvis du takker ja til at deltage og/eller har noen spørgsmål.

De venligste hilsener

Anna-Karin Dybeck Mobil: 0046-73-6537153, Email: annakarin.dybeck@gmail.com

Annaparjata Sandström Mobil: 0046-73-0528722, Email: annaparjata@hotmail.se



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga C. Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Antal yrkesverksamma år?

Arbetsplats?

Utbildningsbakgrund (Tidigare terapeutisk skola, vilka utbildningar de har gått på ”Skolen for psykosomatik” samt andra vidareutbildningar)?

Intervjufrågor

Hur arbetade du kliniskt tidigare, innan du vidareutbildade dig på utbildningen biologisk traumabehandling?

Fanns det några utmaningar i ditt tidigare kliniska arbete?

Vad gjorde att du sökte dig till vidareutbildning i biologisk traumabehandling?

Vilka är dina starkaste lärdomar från utbildningen?

Hur använder du dig av de lärdomarna idag i din praktik? Hur då? (berätta gärna om ett fall)

Finns det någon teoretisk del från utbildningen som du använder dig av mer i din behandling?

Har du stött på utmaningar i ditt kliniska arbete idag? (berätta gärna om ett fall)

Vad har förbättrats i din praktik idag med klienter? (berätta gärna om ett fall)

Arbetar du på olika sätt med personer som har varit med om olika typer av trauma?

Har du haft en egen inre erfarenhet av biologisk traumabehandling som påverkat ditt kliniska arbete idag och som du vill berätta om?