



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

”... och Fjärilen flög”

Obehandlad PTSD - tio år efter olyckan

Fallstudie med psykodynamisk korttidsterapi och hypnosterapi

Författare: Cecilia Eliasson

Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Gunvor Stenlund

Examinator: Mats Fridell

Jag vill tacka Fjärilen,
som satt på min vägg i många veckor
innan den slutligen bestämde sig ... och flög!
Tack för att du gav hopp!
Fjärilen är ett gammalt tecken på själen –
och faktiskt själva livet.
Fjärilen kan också symbolisera glädje, lycka,
pånyttfödelse och transformation...

Sammanfattning

Syftet med denna fallstudie har varit att undersöka i vilken mån psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi kan hjälpa en klient som fått diagnos depression, men med symtom likt PTSD - ca tio år efter en bilolycka, där modern förolyckas. Studien undersöker vilka symtom på PTSD som kan identifieras i den psykoterapeutiska processen, hur PTSD-symtomen förändras under terapiprocessen samt hur den terapeutiska processen och uttrycken för PTSD påverkas av de hypnotiska interventionerna. Instrumenten PCL-C och CSQ-8 användes. Det förefaller som om klienten fått hjälp att behandla sin komplexa PTSD-problematik med psykodynamisk korttidsterapi och inslag av hypnosterapi, under totalt tio 90-minuters sessioner. Det är sannolikt så att hypnosinterventionerna har skyndat på terapiprocessen och att detta har hjälpt klienten att bearbeta sitt trauma. De tre teman kring klientens förhållningssätt, till sig själv, till andra och till sin moder, förändrades i positiv riktning. De skattningar som klienten gjorde på det Allmänna hälsotillståndet och PTSD-symtomen visade också på en positiv trend, när mätningarna jämfördes mellan första sessionen och uppföljningen. Det finns idag få studier publicerade om PTSD där man använt denna behandlingsform, dvs. psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi. Studiens begränsningar och förslag på framtida forskning diskuteras.

Sökord: posttraumatisk stress syndrom, PTSD, psykodynamisk terapi, hypnosterapi, fallstudie.

Abstract

The purpose of this case study was to explore in what way psychodynamic shorttime-therapy with elements of hypnotherapy could help a client with diagnosis depression, but with symptoms like PTSD – about ten years after a car accident, where her mother dies. This study examines which symptoms of PTSD that can be identified in the psychotherapeutic process, how the PTSD-symptoms changes during the process with therapy and how the therapeutic process and the expressions of PTSD are affected of the hypnotic interventions. The instruments PCL-C and CSQ-8 were used. It seems as if the client has received help to treat her complex PTSD-problem with psychodynamic shorttime-therapy and elements of hypnotherapy, during totally ten 90-minutes sessions. Probably have the hypnotic interventions accelerated the therapy process and helped the client to treat her trauma. The three themes about the clients approach to herself, to others and to her mother, were changed in a positive direction. The client's estimates on the General Health Status and the PTSD-symptoms also showed a positive trend, when the measurements were compared between the first session and the follow-up. There are only a few studies published about PTSD with this treatment approach, ie. psychodynamic shorttime-therapy with elements of hypnotherapy. The limitations of this study and suggestions for future research are discussed.

Keywords: posttraumatic stress disorder, PTSD, psychodynamic therapy, hypnotherapy, case study.

På min privata psykologmottagning får jag emellanåt remisser från vårdcentralsläkare där klienten har erhållit diagnosen depression. I den korta remissen står det sällan något som indikerar posttraumatiskt stressyndrom [PTSD] (Bilaga 1 och 2), men det är inte ovanligt att det i samtalet framkommer att klienten utsatts för hot, våld eller varit med om civila olyckor. Instrumentet PCL-C, (Posttraumatic checklist – civilian version) (Bilaga 3), kan användas för att kartlägga om det går att diagnostisera PTSD, och om så är fallet kan behandlingsmålen omarbetas. Detta har väckt mitt intresse för PTSD och behandlingen av denna problematik. Det är vanligt att posttraumatiska besvär omnämns i samband med hemska upplevelser under krig och tortyr. Efter både första och andra världskriget användes hypnosbehandling i stor utsträckning för att behandla dessa psykologiskt krigsskadade patienter då andra behandlingsmetoder, t ex. olika varianter av beteendeterapier, inte gav tillfredsställande resultat. Med ett förändrat medvetandetillstånd i hypnos kunde traumat bli ihågkommet, och abreaktion kunde därefter läka traumat (van der Kolk, B. A., i Friedman, Keane & Resick, 2007). I USA har Veterans Administration [VA] sedan 1960-talet varit väldigt aktiva för att bredda utbudet av psykologiska behandlingsmetoder med bl.a. självhypnos för behandling av PTSD (VA, 2015). Vid en konferens som arrangerades av Psykologfagligt Selskab For Klinisk Hypnose, [PSKH] 2012-02-04, höll en dansk psykolog en föreläsning om ett projekt, där hemkomna danska soldater med diagnos PTSD efter utlandstjänst behandlades med en typ av terapi där hypnosinterventioner ingick. Resultaten av behandlingen visade ett positivt utfall. Vad gäller psykologiska posttraumatiska konsekvenser efter civila olyckor, exempelvis bilolyckor och bränder, är dessa mindre uppmärksammade i både fackpress och massmedia. PTSD-symtom uppstår ofta i direkt samband med en traumatisk händelse, men de kan också utvecklas efter ett långt fritt intervall (Socialstyrelsen, 2015). Eftersom jag ofta i min verksamhet erbjuder psykodynamisk korttidsterapi, där jag även vid behov använder inslag av hypnosterapi, dvs. klinisk hypnos, är detta ett område som intresserar mig. Emellertid finns det idag få studier publicerade om PTSD där man använt denna behandlingsform, dvs. psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi.

Denna studie har som syfte att undersöka i vilken mån psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi kan hjälpa en klient som fått diagnos depression, men med symtom likt PTSD - ca 10 år efter en bilolycka.

Teori

Posttraumatiskt stress syndrom

PTSD är en förkortning av engelskans posttraumatic stress disorder, som i Sverige kallas posttraumatiskt stress syndrom (American Psychological Association, [APA], 2000). PTSD blev en officiell diagnos 1980 i DSM-III (Friedman et al., 2007). PTSD ger ett psykiskt lidande som kan drabba en person som har varit vittne till eller varit med om en livshotande händelse eller en allvarlig kränkning av integriteten. Det kan exempelvis handla om bilolycka, tågolycka, flygplansolycka, mobbing, misshandel, sexuella övergrepp, rån, kidnappning, tortyr, krigshändelser, terroristangrepp, brand, överfall, svår arbetsolycka, naturkatastrofer, en nära anhörigs bortgång, svåra upplevelser under intensivvård eller en svår förlossning.

PTSD-symtom har emellertid beskrivits långt tillbaka i tiden. I det amerikanska inbördeskriget fick tillståndet namnet ”Da Costa´s syndrom” eller ”soldiers heart” eftersom ett ångestanfäll kunde drabba ex-soldaten utan förvarning vilket skyldes på hjärtat. Under första världskriget beskrevs tillståndet som ”granatchock” – ”shell-chock” och traumatisk neuros och under andra världskriget benämndes tillståndet ”war sailor syndrome” efter de sjömän som levde under ständigt hot att bli torpederade. Efter Vietnamkriget kunde tillståndet tydligt identifieras hos alla de krigsveteraner som återvände till USA (Friedman et al., 2007). I Sverige blev tillståndet uppmärksammat efter andra världskriget hos personer som under kriget suttit i koncentrationsläger. Tillståndet kallades KZ-syndrom, efter nazisternas Konzentrationslager (Ottosson, 2000). PTSD kan orsaka symtom som klassificeras i tre kategorier; återupplevande, undvikandebeteende samt överspändhet (DSM-IV TR). Det finns forskare som har gjort andra kategoriseringar, men författaren har valt att i denna studie utgå från de ursprungliga kategorierna i DSM-IV TR.

Återupplevande av den traumatiska situationen kan vara ”flashbacks”– återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, inklusive fysiska symtom som ett galopperande hjärta eller svettningar, mardrömmar och skrämmande tankar. Återupplevandesymtom kan triggas igång av ord, saker, personer eller situationer som påminner om händelsen.

Undvikandebeteende efter händelsen kan visa sig genom att individen aktivt undviker platser, händelser eller saker som ger påminnelser. Individer som på detta sätt tillämpar ett undvikandebeteende uppvisar ofta emotionell avstängdhet samt förmedlar oförmåga att känna kärlek och har starka känslor av skuld, depression och/eller oro. De uttrycker ofta ett förlorat intresse för aktiviteter som tidigare varit viktiga samt en känsla av att sakna framtid. Saker som kan påminna individen om den traumatiska händelsen kan trigga igång undvikandebeteende, vilket kan leda till att han/hon isolerar sig från familj, vänner och

arbetskamrater. Dessa symtom kan förändra individens personliga rutiner i det dagliga livet. Exempelvis kan en individ som varit med om en bilolycka undvika att köra bil eller åka bil, eller en person som har varit med om en brand kan undvika fester med grillbuffé, eftersom doften sätter igång flashbacks.

Överspändhet efter händelsen kan visa sig hos individen som en överdriven vaksamhet och rädsla, som koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, omotiverad irritabilitet samt minnesförlust. Denna minnesförlust kan vara total och är oftast begränsad till tiden precis före, under eller efter traumat. Symtomen på överspändhet är ofta konstanta, istället för att triggas igång av saker som påminner om traumat.

PTSD-symtomen påverkar individens dagliga liv på ett destruktivt sätt och det är inte ovanligt att en individ, som drabbats av PTSD, också tillgriper destruktiva strategier som exempelvis alkohol- och drogmissbruk, för att hantera sina problem (NIMH, 2015). För att uppfylla kriterierna för PTSD i enlighet med DSM-IV TR (2000), skall symtom från samtliga tre kategorier vara identifierade minst i en månad, med minst ett återupplevandesymtom, minst tre undvikandesymtom och minst två överspändhetssymtom samt ha orsakat individen kliniskt signifikant lidande, försämrad funktion socialt, arbetsmässigt och/eller påverkat någon annan viktig aspekt i livet. Variationerna är många och några individer återhämtar sig inom sex månader, medan andra har symtom som varar mycket längre, och hos några individer kan tillståndet bli kroniskt. Symtomen anses vara kronisk PTSD när de har varat i tre månader eller längre. Enligt Världshälsoorganisationens [WHO] förklaring är fysiska symtom som huvudvärk, trötthet, ingen aptit, värk och smärta, sorg och gråt, insomnia och mardrömmar, överlevnadsskuld, desorientering och förvirring tidiga tecken på besvär (WHO, 2013). Sena eller komplexa tecken är utöver de traditionella PTSD-symtomen - återupplevande, undvikande och överspändhet – ofta förknippade med affektiva störningar och svårigheter att reglera affekter, exempelvis impulsgenombrott, psykologisk avskärmning och dissociation, förändringar i självperception och identitetsuppfattning, förändringar i relation till andra, risk för retraumatisering samt somatisering (Gerge, 2010). Tidig eller upprepade traumatisering kan leda till en komplex klinisk bild. Det är därför viktigt att utreda individens historia – om det exempelvis finns tecken som tyder på brist på anknytning och inslag av traumatiserad försummelse i barndomen, upprepade övergrepp, familjevåld eller andra former av upprepade hot mot psykisk och fysisk säkerhet. När klienten varit utsatt för extrem traumatisering förvärras symtomen gradvis (Gerge, 2010) och det finns en risk att klientens symtom inte i första hand betraktas som PTSD utan diagnostiseras som en annan typ av psykisk störning (APA, 2000). PTSD har en hög komorbiditet med bl. a. ångest,

depression, dissociation, somatisering och missbruk (Gerge, 2010). Komplex PTSD finns inte med som en självständig diagnos i DSM-IV-TR, utan ligger under ”associated features” av PTSD (Herman, 1992, refererat i Gerge, 2010). Begreppet Komplex PTSD nämns inte heller som självständig diagnos i den nyare engelska versionen av DSM-5 (2013), (författarens anmärkning). Komplex PTSD, menar Gerge (2010), uppkommer då närstående individer är orsak till den oundvikliga traumatiseringen. En svensk studie visar att dubbelt så många kvinnor som män fick diagnos PTSD och hamnade över det kritiska värdet på PCL-C 90 % för kvinnor respektive 52 % för män (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005). En annan studie fick liknande resultat, där ungefär dubbelt så många kvinnor i jämförelse med män utvecklade PTSD (Michel, Bergh Johannesson, Ahmad & Lundin, 2006). Riskfaktorer för PTSD är exempelvis att ha en bakgrund med psykisk ohälsa och begränsat socialt stöd efter händelsen. Resiliensfaktorer, dvs. faktorer som kan hjälpa individen att minska risken att få PTSD är att få stöd av andra människor, framför allt av vänner och familj. Forskare studerar olika risk- och resiliensfaktorer och strävar efter att i framtiden kunna förutspå vilka som riskerar att drabbas av PTSD och därmed också finna åtgärder som kan förhindra detta (NIMH, 2015).

Behandling av PTSD

Det är vanligt att individer med PTSD erbjuds läkemedelsbehandling och psykoterapi (Socialstyrelsen, 2015). Enligt Foa et. al. (2009) utgörs behandling av debriefing, psykologisk första hjälpen, dvs. psychological first aid [PFA], kognitiv beteendeterapi [KBT], medicinering, eye movement desensitization and reprocessing [EMDR] samt gruppterapi. Empirisk forskning är begränsad vad gäller klienter med PTSD som behandlas med psykodynamisk psykoterapi [PDT] (Foa, 2009). Författaren gjorde en sökning (2015-03-14) på PsycINFO, (som är APAs databas med ca 3,7 millioner referenser från psykologisk litteratur sedan 1800-talet) utifrån olika kombinationer av sökorden PTSD, posttraumatic stress disorder, psychodynamic psychotherapy, shortterm psychotherapy, short psychotherapy, brief psychotherapy, hypnosis, hypnotherapy. Endast 47 referenser framkom. Av dessa var det ett fåtal studier vad gäller behandling med psykodynamisk terapi och hypnotherapy.

I en studie (Barabasz, 2013) användes manualiserad, abreaktiv, ego state terapi-intervention för att behandla PTSD på soldater i en singel-session på 5-6 timmar. Resultaten visar att hypnotherapy var en effektiv behandling av PTSD. I en annan studie (Phillips, 2013) användes också hypnotherapy, framför allt ego state terapi för att laga och stärka de

fragmenterade inre och yttre gränserna vid PTSD och dissociation, i syfte att förbättra klientens härbärgerande och självregulation. Resultatet visar även där att hypnosterapi var en effektiv behandling av PTSD. I en studie (Gantt och Tinnin, 2007) behandlades 72 klienter med diagnosen PTSD under en intensiv period på en eller två veckor med bildterapi, hypnos och videoterapi. Vid hypnosmomentet filmades klienten och fick åta sig rollen som observatör, enligt Hilgard-modell. Klienten beskrev då den traumatiska händelsen och identifierade den intensiva traumaresponsen. Filmen gav därefter klienten möjlighet att detaljerat återskapa traumat, diskutera och noggrant studera händelserna som gav traumaresponsen. Denna återblick på film gav traumaberättelsen en historisk kontext och ett avslut. Resultaten visar att 54 % blev återställda, 44 % blev förbättrade, 8 % blev oförändrade och 3 % blev sämre av behandlingen. Resultatet är statistiskt signifikant när det gällde PTSD-mätningarna.

I två randomiserade större studier, dvs. där man använde kontrollgrupp, fann man att undersökningsgruppen med posttraumatiska symtom som behandlats med hypnosterapi och PDT förbättrades jämfört med kontrollgruppen, som bestod av klienter på väntelista. I studierna minskades undvikandebeteende och återupplevande signifikant (Brom, Kleber, & Defares, 1989; Foa et. al., 2009).

I en äldre artikel skriven av forskaren MacHovec (1985) användes brief psychotherapy och hypnosterapi vid PTSD hos fyra patienter. Genom att initialt minska spänningen hos klienten, med en kortare posthypnotisk suggestion, kunde behandlingen fortskrida med hypnotisk regression för att bearbeta traumat och emotionerna, och därefter kunde klienten gradvis återintegrera erfarenheten. I resultaten sågs förbättrade copingstrategier.

Några forskare (Cardeña, Maldonado, van der Hart, & Spiegel, 2009, refererat i Foa et.al., 2009) framhåller att hypnos är effektiva tekniker för symtom som samvarierar med PTSD, som exempelvis mardrömmar, smärta, ångest, dissociativa processer och dissociativa tillstånd.

Utifrån de senaste 30 årens internationella forskning vid ISSTD (International Society for Studies of Trauma and Dissociation) är användandet av klinisk hypnos väl erkänt och bedöms vara evidensinformerad behandling (Brand, Classen, Lanius, Loewenstein, McNavy, Pain, & Putnam, 2009, refererat i Gerge, 2009).

En oberoende forskargrupp (Boalt Boëthius, Bohman, Carlberg, Hau, Philips, Sandahl, Schubert, Sigrell, Werbart, Wilczek & Öman, 2009 i Gerge, 2009) har kommenterat Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom 2009-06-05, där de frågasätter Socialstyrelsens preliminära riktlinjer som endast rekommenderade

korttidsbehandling med KBT. Forskargruppen refererar till flera forskningsöversikter som påvisar empiriskt stöd även för andra terapiformer. Exempelvis visar ett flertal naturalistiska studier att kliniskt utprövad psykodynamisk behandling gav goda resultat, dvs. varaktig symtomreduktion och ökad adaptiv kapacitet hos klienter. De hävdar vidare att om man drar slutsatsen att metoderna, p.g.a. olösta forskningsmetodologiska problem i sig skulle sakna vetenskapligt stöd eller evidens i det ännu mycket osäkra forskningsläget, så vore det olyckligt.

Forskargruppen Boalt Boëthius et. al. (2009) trycker på fyra punkter där de hypnosterapeutiska principerna och psykodynamisk behandling är helt samstämmiga.

1. Klienten har utvecklat strategier, ibland omedvetna, för att skydda sig mot överväldigande affektiva händelser i relation till omvärlden. Dessa strategier utlöser psykiska symtom och besvär med relationer, och därför bör terapeuten fokusera på dessa maladaptiva strategier.
2. Klient och terapeut samarbetar med god arbetsallians för att synliggöra och modifiera klientens aktuella maladaptiva mönster som framkommer i den pågående terapirelationen.
3. Klientens behov och resurser gör att behandlingen anpassas och med hänsyn till detta anpassas även de stödjande och medvetandegörande momenten till klienten.
4. Behandlingen syftar till att ge klienten symtomreduktion, få tillgång till och acceptera egna affekter, ge tillfälle till att överge fastlåsta, stereotypa föreställningar om sig själv och andra samt kunna relatera till andra i nutida och framtida relationer på ett adaptivt sätt.

Psykodynamisk psykoterapi

Alltsedan Freud introducerade psykoanalysen 1896 har psykodynamisk psykoterapi utvecklats såväl teoretiskt som praktiskt. Psykodynamisk psykoterapi, men främst psykodynamisk korttidsterapi (Levenson, 2010), bygger bland annat på anknytningsteori, affektteori och interpersonell teori. Psykodynamisk psykoterapi inrymmer också betydelsefulla beståndsdelar som exempelvis intoning, emotionell reglering, överföring-motöverföring samt mentalisering. Emellertid utgör fortfarande antagandet om individens omedvetna en grundpelare i den psykodynamiska teorin och metoden, där ambitionen är att söka förståelse för klienten, snarare än att följa i förväg uppställda manualer. Det finns en strävan att skapa en tillitsfull kontakt med klienten och att tillsammans undersöka svåra och ofta omedvetna känslor och tankar hos klienten och att försöka hitta sammanhang som gör dem begripliga, hanterbara, meningsfulla och mindre farliga. Vid arbete med klient som varit utsatt för svåra traumatiska händelser ägnas ofta en stor del av arbetet åt att bearbeta minnen och känslor från dessa händelser. Detta kombineras med ett arbete kring hur traumat påverkar

känslor och relationer här och nu (Gabbard, Litowitz & Williams, 2012; Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Psykodynamisk korttidsterapi bygger på de psykodynamiska teorierna och metoderna, utvecklas ur en meningsfull terapeutisk relation, men har en tydlig tidsbegränsad ram. Korttidsterapi innehåller andra kvalitéer än att bara vara en kortare variant av långtidspsykoterapi. I korttidsterapi formuleras tillsammans med klienten ett fokus för terapin och terapeuten arbetar aktivt för att upprätthålla detta fokus. Det är viktigt att tidigt i processen försöka skapa en positiv terapeutisk allians och optimism i kontakten samt att aktivt bearbeta avslutningen av terapin. En korttidsbehandling omfattar 10-20 sessioner á 45 minuter (Levenson, 2010; McWilliams 1994).

Klinisk hypnos

Sigmund Freud började sin utforskning av det omedvetna genom att använda hypnos vid en tidpunkt när han trodde att hysteriska reaktioner var resultatet av traumatiska erfarenheter i barndomen (Spiegel, 2013). Freud själv övergav i början av 1900-talet användandet av hypnos till fördel för psykoanalysen, men hypnotiska tekniker användes i stor utsträckning under andra världskriget för att behandla det som då kallades ”traumatiska neuroser” (Spiegel, 2013). Hypnotiska tekniker visade sig dock vara effektiva i att hjälpa soldater med akuta stridsreaktioner och när PTSD blev en diagnos 1980 i DSM-III ökade intresset av hypnos som ett verktyg i psykoterapin (Spiegel, 2013).

Hypnos är ett djupt avslappningstillstånd som gör att du skärper fokus på ditt inre. Du kan själv kontrollera vad som sker i hypnosen och hantera vad som kommer fram. Otäcka minnen som är alltför skräckfyllda för att kunna prata om eller återuppleva i vaket tillstånd, kan du under hypnos bearbeta under kontroll. (Riksorganisationen Stödcentrum mot incest, i Gerge, 2009, s 29).

Hypnos är ett förändrat medvetandetilstånd eller koncentrationstillstånd i likhet med meditation, autogen träning eller mindfulness och beskrivs av David Spiegel (2013) som analogt med det medvetandet som en teleskoplins ger till en kamera – det du ser, ser du med större detalj, men bortkopplat från den visuella kontexten. Det kan också beskrivas som att hypnos hjälper dig att fokusera din uppmärksamhet och ta bort distraktion. Det består av tre komponenter: absorption, dissociation och suggestibilitet. Hypnos har beskrivits som ”självförändrad uppmärksamhet”, dvs. kapaciteten att utan ansträngning spontant förlora sig själv i det som man är koncentrerad på. I hypnos är personer mer fokuserade på ”vad”, än på ”varför”. Detta kan göra det möjligt för klienter att finna adaptiva sätt att hantera sina problem

genom att ångesten och oron minskar (Spiegel, 2013). Anna Gerge (2009) skriver att all hypnos är självhypnos, eftersom det inte är något som behandlaren gör, utan det är istället något som klienten tillåter ske i samverkan med terapeuten. Ett rum för förändring kan i det ögonblicket skapas i klientens inre värld.

Den amerikanske psykiatrikern Milton Erickson (1901-1980) ansåg att vårt omedvetna alltid lyssnar och svarar mest på indirekta suggestioner och hans arbete blev känt som ”Ericksonian/non-direct hypnosis”. Han bidrog med idén om utilization, dvs. att allt som händer kan användas i utvecklande syfte. Han arbetade bland annat lösningsfokuserat med hypnos och med lekfulla handlingsdirektiv, humor, överraskningar, och paradoxala tillvägagångssätt. Flera terapeutiska inriktningar har inspirerats av Ericksons arbete och klinisk hypnos, exempelvis familjeterapi, systemisk terapi, gestaltterapi, psykosyntes, symboldrama, NLP och lösningsfokuserad terapi (Gerge, 2009).

Hypnos kan förklaras som ett hemisfäriskt skifte, från den vänstra analytiska hjärnhalvan till den högra kreativa och visuella hjärnhalvan (Enqvist, 2004). Vid komplex traumatisering kan integration och läkning med hjälp av hypnos ske, genom att det använda språket når förspråkliga nivåer hos klienten (Cardena, 2000; Yapko 2003). Hypnosen arbetar ”under försvaren” enligt Enqvist (2004) och det är således viktigt att terapeuten använder rätt ord för att adressera en situation. Enligt Yard, DuHamel, & Galynker (2008), så har personer med PTSD högre hypnotiserbarhet än den generella populationen. Hypnos är också en dissociativ process (Barabasz & Christensen, 2010). Van der Kolk (1994) åskådliggjorde en ”bottom-up” förklaring på neurobiologisk grund vid traumatiska reaktioner. Han menar att de traumatiska minnena fastnar i hjärnans icke-verbala, undermedvetna, subkortikala region (hippocampus) där de inte är tillgängliga för frontalloberna – där förståelse, tänkande och den resonerande delen av hjärnan finns. Trauma triggar igång stressrelaterade hormoner och aktiverar subkortikala undermedvetna hjärnprocesser, vilket innebär att klienten inte tillräckligt bra kan integrera traumaminnen i en medveten mental ram. Dessa omedvetet inkodade traumaminnen kan triggas av påminnelser från traumahändelsen, som ljud, dofter eller visuellt stimuli. De inkodade minnena är inte tillgängliga för den resonerande, frontala, exekutiv-processande hjärnstrukturen, vilket är det enda området som är tillgängligt för top-down kognitiva, processande, terapier. Hjärnan är hierarkiskt organiserad från bottom-up, vilket också stöds av neuroradiologiska studier (van der Kolk, 2007, *New frontiers in trauma treatment*, i Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012). Hjärnforskningen har, enligt Allan Schore (2012), upptäckt att den högra hjärnhalvan domineras av kroppslig och känslomässig självuppfattning; upplevelser snarare än tankar; tidlöshet; helhet snarare än delar; färg;

fantasi; kreativitet; drömmar och representerar den inre världen. Det omedvetna lokaliseras också till den högra hjärnhalvan och inre bilder (images) är uttrycks sättet, som är förspråkligt och starkare än tusen ord. Schore poängterar vikten av att klient och terapeut aktiverar det omedvetna och att aktivera höger hjärnhalva i terapirummet. Det omedvetna behöver inte vara det förträngda utan snarare det ”icke-medvetna”. Den implicita kunskapen kan också kallas den upplevda erfarenheten, den otänkt kända kunskapen eller den potentiellt verbaliserbara kunskapen (Stern, 2005).

Enqvist (2004) menar att hypnos är en gemensam process där terapeuten pendlar naturligt mellan ett förändrat medvetandetillstånd, t ex trance, och ett mer vardagligt reflekterande tillstånd. Forskning och klinisk erfarenhet visar att fysiologi och känslighet förändras hos både klient och terapeut vid hypnos. Språket är förändringsagent och hur man använder det är avgörande, så terapeutens kärleksfulla närvaro kommuniceras både medvetet och implicit i hypnosarbetet. Indirekt hypnos adresserar höger hjärnhalva genom uppmärksamhet på andning, kroppssignaler (t ex gester, ryckningar, hudrodnad), verbala signaler (t ex tonfall, tempo, modalitet). Indirekt hypnos finns också i ett resursorienterat förhållningssätt som använder information/associationer och använder dessa på ett behandlande sätt genom att spegla metaforer och sagor i det förändrade medvetandetillstånd som kan uppstå i terapirummet. Det är viktigt att terapeuten har kunskap om att trance uppstår i lek, en form av hängivelse. Psykodynamisk psykoterapi arbetar, och leker, med klienters drömmar, personliga symboler, bilder och associationer (Ogden, 2009), vilket kan kombineras med hypnotiska visualiserande inslag, utan alltför tvära kast för klienten. Flertalet klienter kan arbeta med hypnosmetodik och oberoende av hypnosdjup kan inre bilder vara behjälpliga. Direkt hypnos innebär riktade interventioner i syfte att framkalla upplevelser, undersöka eller bearbeta känslor, situationer och minnen – med fokus på affekten. Beroende på klientens behov och resurser kan hypnosen inrymma skraddarsydda situationer (Enqvist, 2004). Hypnos i psykoterapeutiska sammanhang är ett värdefullt verktyg eftersom arbetet görs på djupa nivåer, kan lösa upp skuld och skam, så att klienten kan finna nya resurser och blomstra.

”Kärt barn har många namn” och i denna studie används därför olika hypnosbegrepp, bl. a. hypnosterapi, hypnotiska inslag, klinisk hypnos och hypnosinterventioner. På engelska används ofta hypnosis, imagery eller guided imagery. ”Klinisk hypnos” används av legitimationsgrundande professioner och hypnosutövare på kliniker, dvs. läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter och tandläkare och är tillsammans med ”hypnosterapi” det övergripande samlingsbegreppet för flera imaginativa och fokuserande behandlingsmetoder.

Syfte

Studien har som syfte att undersöka i vilken mån psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi kan hjälpa en klient som fått diagnosen depression, men med symtom och diagnos PTSD - tio år efter olycka.

Frågeställningar

Vilka symtom på PTSD kan identifieras i den psykoterapeutiska processen?

Hur förändras PTSD-symtomen under terapiprocessen?

Hur påverkas den terapeutiska processen och uttrycken för PTSD, av de hypnotiska inslagen?

Metod

Design

Det finns en ökad tilltro till att fallstudier har potential att ge värdefulla tillskott till forskningsbaserad kunskap. En bra fallstudie ger ofta en distinkt praktisk kunskap som unikt fångar komplexiteten av naturligt förekommande fenomen. Fallstudier innehåller en högre grad av känslighet till sammanhanget, än vad som präglar omfattande RCT-studier. Fallstudier kan användas till olika typer av forskningsfrågor (McLeod, 2010), med fokus på resultat, teoribildning och/eller process. Då fallstudier ger möjlighet att mer djupgående undersöka komplexa fenomen är det vanligare att fallstudien fokuserar på processer, än resultat och slutprodukter. I fallstudier används ofta olika typer av data, exempelvis skattningsformulär, observationer och intervjuer för att få informationen från olika datakällor och på så sätt skapa en form av triangulering (Denscombe, 2000). Varje enskilt fall är i vissa avseenden unikt, vilket innebär en svårighet vad gäller möjligheten att generalisera resultaten från fallstudien till andra exempel i gruppen. Resultaten från fallstudien måste redovisas med tillräckliga detaljer så att det möjliggör en jämförelse med andra i samma grupp. Läsaren kan därmed göra en grundlig bedömning av i vilken mån resultaten är relevanta för andra individer (Denscombe, 2000, Kvale, 2010). Fördelar med fallstudien är att den är mer holistisk, än baserad på enstaka faktorer. Fallstudien är en småskalig, koncentrerad forskning där forskaren undersöker företeelser så som de naturligt uppträder. Fallstudien gör det möjligt för forskaren att pröva eller bygga teorier. Problem uppstår utifrån vilka datakällor som forskaren bedömer skall ingå i fallet och vilka som skall lämnas utanför, vilket kan ge svårigheter att definitera fallets gränser. Det kan också vara svårt att undersöka en situation som naturligt uppträder, utan att situationen påverkas av forskarens egen närvaro. Vetskapen om att befinna sig under observation kan innebära att individen uppträder mer annorlunda än

vanligt (Denscombe, 2000). Detta är viktigt att beakta och att alltid iaktta viss försiktighet vad gäller slutsatser och generalisering av sådana studier. Pragmatiska fallstudier liknar de traditionella kliniska fallrapporter där terapeuten vanligen är huvudförfattaren av det fall som presenteras. Det finns dock vissa olikheter jämfört med den traditionella fallrapporten, eftersom det finns ett krav att författaren skall på ett systematiskt sätt samla in information om fallet. Ett av de viktigaste målen med denna typ av fallstudie är att bidra till uppbyggandet av en omfattande databas av fall, som kan användas praktiskt av professionella på kliniker.

Denna studie är en pragmatisk fallstudie och det primära målet är att undersöka förändringsprocessen hos en klient med depressionsdiagnos och symtom likt PTSD, vid behandling med psykodynamisk korttidsterapi och inslag av klinisk hypnos. I hypnosinterventionerna ligger fokus på imaginativa processer, med en posthypnotisk suggestion.

Klienten

Den individ som har valts för min fallstudie ingår i den grupp klienter som söker sig till min psykologmottagning med diagnos depression, men där klientens symtom liknar PTSD, eller komplex PTSD. Eftersom klienten i denna studie i stor utsträckning liknar andra klienter i denna grupp, kan denna klient betraktas som ett typfall.

Terapeuten

Terapeuten är legitimerad psykolog med psykodynamisk- och KBT-inriktning som går sista terminen på psykoterapeutprogrammet - inriktning psykodynamisk vuxen, med utbildning i klinisk hypnos. Terapeuten kan sägas ha en relativt bred klinisk erfarenhet.

Instrument

Klienten ville inte att sessionerna skulle spelas in, men godkände att terapeuten tog anteckningar och skrev ner hennes utsagor. För att fånga den terapeutiska processen fördes processanteckningar under och efter varje session vilket innebar att terapeuten ordagrant nertecknade den dialog som utspelades mellan terapeut och klient. Skattning av det allmänna hälsotillståndet samt skattning av PTSD-symtom med PCL-C, dvs. PTSD checklist – civilian version, skedde i anslutning till varje behandlingstillfälle samt vid uppföljningen efter tre månader. Terapeuten noterade också egna reflektioner efter varje session utifrån fem områden. Vid uppföljningen användes även utvärderingsformuläret CSQ-8, dvs. Client Satisfaction Questionnaire med åtta frågor.

Skattning av det allmänna hälsotillståndet. Patienten gjorde en självskattning av sitt allmänna hälsotillstånd mellan 0-100 poäng på en vertikal intervallskala, likt en termometer, där 0 var sämsta tillstånd och 100 var bästa tillstånd. Det allmänna hälsotillståndet inbegriper både det fysiska och psykiska tillståndet tillsammans. Att använda en metod där klienten skattar det egna allmänna hälsotillståndet mellan 0-100 är vedertaget och används ofta på kliniker. Det ger terapeuten en fingervisning över hur dagsläget är för klienten fysiskt och psykiskt. En tydlig lägesbeskrivning på hälsotillståndet kan öppna upp för samtal kring situationer som har föregått detta hälsotillstånd.

Skattning av PTSD-symtom. För att identifiera symtom på PTSD och eventuell förändring i detta avseende, användes PTSD checklista – civilian version [PCL-C]. Detta är ett självskattningsinstrument som består av 17 frågor som baserats på PTSD-kriterierna från DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000). Instrumentet finns i tre varianter; PCL-M som är en militär version, PCL-S som kopplas till en specifik händelse samt PCL-C som är en civil version, som dessutom kopplas till specifik traumahändelse. I denna studie används PCL-C eftersom instrumentet är användbar både som ett test för att bedöma om diagnos PTSD förekommer, men också för att påvisa kliniska förändringar, enligt författarna till Effective Treatments for PTSD (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). Översättning av PCL-C till svenska har gjorts av Ulrika Pöder (2008) och för att upprätthålla validiteten följdes riktlinjer från European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC, Quality of Life Study Group (Cull, Sprangers, Bjordal, Aaronson, West & Bottomley, 2002). Klienten skattar svar på varje fråga mellan ett (inte alls), två (lite grann), tre (måttligt), fyra (en hel del) till fem (väldigt mycket) för att visa graden av besvär, på ordinalskalenivå, vid varje enskilt symtom under senaste månaden. Resultatet sprider sig mellan 17-85 poäng. Frågorna har visat sig ha hög överensstämmelse med kliniska intervjuer (Wilson & Keane, 2004). PCL-C har testats mot flera diagnostiska intervjuinstrument för PTSD, exempelvis SCID-I och CAPS (Manne, Duhamel, Gallelli, Sorgen & Redd, 1998). Sensitiviteten, dvs. sannolikheten att en ”sjuk” individ blir klassificerad som sjuk, är 94 procent och specificiteten, dvs. sannolikheten att en ”frisk” individ blir klassificerad som frisk, är 86 procent (Blanchard, Jones Alexander, Buckley, & Forneris, 1996). Forskare har funnit att det är effektivt med gränsvärde eller ”cut-off score” 44 (Blanchard et al., 1996; Ruggiero, Del Ben, Scotti, & Rabalais, 2003) där de som har poäng över 44 har PTSD. Test-retest reliabiliteten har rapporterats vara .96 vid två-tre dagar och .88 efter en vecka (Blanchard et al., 1996; Ruggiero et al., 2003). Att räkna ut resultat på symtomkluster, enligt DSM-IVs olika kriterier, kan fördjupa kunskapen kring patientens svårigheter. Således har National

Center for PTSD (2015) funnit att ”Återupplevande” (fråga ett till fem, minst ett upplevt symptom), ”Undvikande” (fråga sex till 12, minst tre upplevda symptom) samt ”Överspändhet” (fråga 13 till 17, minst två upplevda symptom), ger en tydlig bild av patientens svårigheter. För en PTSD-diagnos krävs en genomsnittlig poäng på tre eller högre, dvs. cut-off=3, inom instrumentets samtliga tre symptomkluster. Terapeuten dokumenterar också klientens kommentarer till hur hon svarar på frågorna.

Terapeutens reflektion av sessionen. Fem områden kring sessionen beskrevs av terapeuten: allians, klientens sinnestillstånd, känsla i rummet, observation av klienten samt egen reflektion efter varje avslutad session.

CSQ-8. För att undersöka hur klienten upplevt terapin, användes CSQ-8 som administrerades i samband med ett uppföljningssamtal. CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) (Bilaga 4), är ett självskattningsformulär (Hargreaves & Attkisson, 1978, i Attkisson, Hargreaves, Horowitz & Sorensen, 1978) omfattande åtta frågor som åskådliggjorde ett globalt mått på kundtillfredsställelse när det gäller psykoterapi. Formuläret hade sina rötter i en mer omfattande variant med 18 items – CSQ-18 (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). Då åtta-items-versionen (CSQ-8) var en del av CSQ-18 (Form B), var det möjligt att jämföra resultaten vilket hade gjorts i flertalet studier. I en efterföljande randomiserad studie (Zwick, 1982) fann man en korrelation mellan CSQ-18 och CSQ-8 på .93. Resultatet i studier indikerade att åtta item-versionen CSQ-8 utförde mätningen av tillfredsställelse lika bra som CSQ-18 och ibland bättre. Frågorna var en Likert-skala med fyra svarsalternativ där ”1” indikerade den lägsta graden av tillfredsställelse och ”4” den högsta. Ju högre genomsnittspoäng desto nöjdare var klienten med psykoterapin. Om genomsnittet låg på tre (3) och högre brukade man utgå från att klienten ”var nöjd”, eller ”var mycket nöjd” med terapin.

Procedur

Den behandling som användes var psykodynamisk korttidsterapi (Levenson, 2010, McWilliams, 1994) med inslag av klinisk hypnos, i enlighet med den modell som forskargruppen Boalt Boëthius et. al. (2009) föreslår. De menar att behandlingen skall anpassas efter klientens behov och resurser i behandlingen och med hänsyn till detta även anpassa de stödjande och medvetandegörande momenten. Hela klientkontakten omfattade tio dubbelsessioner på 90 minuter, för att ha en möjlighet att genomföra hypnosinterventioner. Den första dubbelsessionen var bedömningsamtal, därefter åtta dubbelsessioner med behandling för att avsluta med en uppföljning under en dubbelsession.

Hypnosinterventionerna som användes i denna studie skräddarsyddes till Sara för att vara djupt avslappnande och lugnande. Dessa kunde även innehålla moment för att stärka känslan av kontroll och jagstyrka. Det fanns också möjlighet för klienten att i sin inre föreställningsvärld interagera med viktiga personer ur klientens personliga galleri. Terapeut och klient träffades varje session i samma rum på mottagningen. Bedömningssamtalet innehöll kartläggning och bedömning av PTSD-diagnos och genomfördes i maj 2014. Behandlingsperioden startade efter semestrarna och genomfördes under fem månader, mellan augusti och december 2014. Därefter följde tre månaders uppehåll, innan uppföljningen i mars 2015.

Tolknings- och analysprocess

Processanteckningar fördes under och direkt efter varje session och renskrevs på dator, vilket gav ett ca 80-sidigt material. Det skriftliga materialet lästes ett flertal gånger, för att få en helhetsbild av processen och för att få grepp om centrala teman i klientens berättelser. Ambitionen i detta arbete var att sätta egen förståelse, teori och erfarenhet åt sidan. I materialet hittades flertalet berättelser med tydlig början, mitt och slut. Dessa berättelser kondenserades sedan i tre olika teman vad gällde innehåll och inriktning. I kondensaten inkluderade terapeuten material som i huvudsak berörde klientens upplevelser, tankar och känslor. Vidare analyserades hur dessa teman gestaltades i början, mitten och slutet av terapiprocessen. Tolkningsramen utgjordes av den psykodynamiska teoribildningen. Processen innebar att forskaren pendlade mellan egen tolkning, förståelsen utav klientens upplevelsevärld samt ytterligare en förståelsenivå i det teoretiska perspektivet. En liknande pendling skedde mellan del och helhet i tolkning och förståelse av materialet. I viss mån har materialet bearbetats språkligt, men inrymmer även direkta citat, vilket innebär att presentationen pendlar mellan tal- och skriftspråk.

Etik

Vid behandlingsperiodens start lämnade klienten ett skriftligt informerat samtycke (Bilaga 5). Medverkan i undersökningen var frivilligt för klienten och kunde avbrytas när som helst utan att detta skulle få några negativa konsekvenser, eller påverka den fortsatta behandlingen. Samtidigt som denna möjlighet utgjorde en trygghet för klienten innebar det också ett visst dilemma eftersom terapeuten hamnade i ett slags beroendesituation till klienten, p.g.a. terapeutens önskan att genomföra studien. Risker kunde minimeras eftersom terapeuten upplevde att det på mottagning kom många klienter med liknande symtom och mot

denna bakgrund var dilemmat hanterbart. Att som psykoterapeut genomföra en fallstudie där en och samma person är både forskare och terapeut är ett dilemma. Detta hanterade författaren i denna studie genom att ikläda sig forskarrollen före och efter sessionerna i samband med materialhantering, medan terapeutrollen var aktuell under själva behandlingen med klienten i rummet. För att i möjligaste mån skydda klientens identitet har författaren utelämnat namn på personer och platser och istället valt fiktiva namn. Dessutom utelämnades så långt som möjligt detaljer i klientens berättelse för att undvika igenkännande. Det har varit författarens strävan att presentera denna fallstudie på ett balanserat och respektfullt sätt gentemot klienten.

Resultat

Fallbeskrivning

Innan olyckan. Saras barndom var problematisk. Föräldrarna separerade när hon var fem år, och modern och Sara flyttade till en stor gård med djur på landet, till en man som senare blev hennes styvfader, och hans fyra äldre barn sedan tidigare. Hon som varit ensam barn, fick kort därefter även två halvbröder. Föräldrarna hade en konfliktfylld vårdnadstvist om Sara. Biologiske fadern blev senare handikappad efter en bilolycka, han blev rullstolsbunden och humöret försämrades. Saras nya familj var högljudd, aggressiv och våldsam. Sara upplevde sig som ”hackkycklingen” i den stora barnaskaran. Hon blev brådmogen och hade svårt att anpassa sig i skolan, där hon kände sig annorlunda. Hon hjälpte till i stallet från det hon var fem år till det hon fyllde 18 år, då hon flyttade till egen lägenhet. Modern var mycket viktig för Sara och hon beskrevs som ”tyst, omtyckt och en person som aldrig klagade”.

När det var dags för yrkeslivet visste Sara att hon ville bli lastbilschaufför. När hennes biologiska fader dog ärvde hon som 24-åring föräldrahemmet, som var en nedsliten gård med mycket skog och mark på fjället. Hon flyttade dit och började renovera på sina lediga dagar. Hon renoverade i flera år, hade ingen fritid alls, jobbade som en robot, på ren vilja och la alla sina pengar på gården. Sara bestämde sig efter sex år för att sälja gården. Hon flyttade till lägenhet och planerade att köpa en egen lastbil. Hon arbetade i sitt eget företag och hyrde ut sig själv som chaufför till olika åkerier. Hon var, enligt egen utsago, en omtyckt chaufför eftersom hon körde säkert och professionellt. Kort därefter, dog styvfadern efter en tids sjukdom och lämnade modern ensam. Sara hade då en önskan om att modern skulle komma och bo med henne.

Olyckan. Det var maj och det hade gått tre månader efter det att styvfadern avlidit och Sara gladda sig åt att ta med sig modern på en lastbilstur över fjället. Sara och modern körde en vacker väg och stannade bland annat för att besöka en vackert belägen fjällkyrka. När de besökt kyrkan efterdrog Sara lasten av timmerstockar och fortsatte färden över fjället. När hennes chef ringde kunde hon prata i hands-free-telefonen och berättade att de hade bra marginal och höll den planerade tiden. Därefter gick det fort, berättade Sara:

Vi kom till en nerförsbacke, jag kände att lastbilen inte uppförde sig som den brukade och tittade i backspeglarna, där släpet var uppe i luften med hjulen snedställda – något var på tok, hann jag tänka, innan hjulen slog ner på vägen och bakhjulen skruvade hela lastbilen så att vi landade upp och ner med taket i backen. Detta var precis i utkanten av byn. Jag ropade: Mamma, mamma! Tänkte: Stockarna spetsar mig! Jag hängde bältad upp och ner, men var tränad för att ta mig loss. Väl lös tänkte jag att jag måste stänga av motorn så att lastbilen inte skulle börja brinna. Jag sparkade med kängorna på vindrutan som gick i småbitar och det blev en öppning att krypa ut igenom. Jag ropade igen: Mamma, mamma! Det började springa ut folk på vägen och till dem skrek jag: Gör någonting! Sedan kröp jag in i hytten igen och såg mamma hänga där i en konstig vinkel. /.../ Brandkåren och flera ambulanser kom. Ambulansförarna trodde att mamma hade slagit i huvudet i sidobalken vid kraschen... Jag önskade att jag hade kunnat rädda mamma, istället dog hon där uppe på fjället.

Efter olyckan. Sara blev inlagd på Psykiatrisk avdelning samma vår, på grund av starka självmordstankar. Sara sökte därefter hjälp inom sjukvården flera gånger, utan att få sjukdomslindring i tillräcklig omfattning. Hon fick en identitetskris, eftersom hon aldrig trott att en olycka skulle kunna hända henne som var så säkerhetstänkande, kontrollerande och professionell. Efteråt fick hon inte reda på om det hade varit fel på lastbilen, eller inte. Hennes självkänsla, självbild och självförtroende splittrades. Hon tog hand om moderns hund Gullan – vilket innebar ett ansvarstagande och hon kunde inte längre tänka att hon ”skulle försvinna”. Hon fortsatte att arbeta som yrkeschaufför och arbetade hårt efter förlusten av modern. Sara hade problematiska relationer med flertalet pojkvänner åren efter olyckan. Sara beskrev att hon hade en pojkvän som ofta uppträdde aggressivt och hon bestämde sig då för att flytta till annan ort. Väl på den nya orten fick hon snabbt nytt jobb. Hon träffade också en äldre man, Carl, som hon flyttade samman med. Detta blev en lugnare period, berättade Sara, men efter en tid blev hon rastlös och flyttade då till ett eget boende. Hon och Carl blev särbos. Sara arbetade mycket och hade bara få bekanta på den nya orten. Sara träffade en äldre kvinna, Lisa, som passade hunden Ronja när Sara jobbade. Sara berättade att hon nyligen började sjunga i kör, inte för att träna sin röst utan enbart för att förbättra sin självkänsla och få fler bekanta. I kören fick Sara en väninna, Johanna, men de träffades bara på träningarna. Sara

började också spela fiol och fick nära kontakt med lärarinnan Stina, som var en kvinna i ålder med modern. Sara förmedlade att hon hade sporadiskt telefonkontakt med sina två halvbröder, samt ytterst begränsad kontakt med tidigare bekanta. De senaste fem åren har Sara inte varit i kontakt med psykiatrin, men enligt Sara hade hon börjat känna större besvär senaste tiden. Hon kände att det fanns mycket kvar som hon behövde bearbeta efter olyckan. Modern betydde mycket för Sara och när hon spelade kända låtar på fiolen påminde detta starkt om den fiolspelande modern. Hon tog kontakt med min psykologmottagning. Sara berättade vid vårt första möte att hon ville ta livet mer som en klackspark och att hon hade en stark längtan att ytterligare en gång få njuta av våren...

Presentation av symtom i bedömningsamtalet

Sara hade av läkare erhållit diagnos F32- depressiv episod och utifrån detta provat antidepressiv medicin, men med biverkningar, som gjorde att hon avbröt medicineringen. Hon upplevde sig rastlös, hade en överspändhet och beredskap för katastrofer, ibland så att kroppen reagerade, hon gungade till och måste då hålla fast i någon möbel eller vägg i rummet. Sara beskrev att hon hade svårt att somna, fick ångest och panik på natten, men mindes inte varför, likt nattskräck, och upplevde det svårt att hantera dessa situationer. På dagtid var hon trött, men tvingade sig att arbeta på rutin så att hennes uppdragsgivare inte märkte hennes svaghet. Hon körde lastbil ensam, och hon föredrog att endast ha korta perioder med sociala kontakter på jobbet. Som lastbilschaufför beskrev hon sig vara rädd i trafiken. Denna rädsla var så allvarlig att hon alltid ville köra själv när hon åkte personbil, eftersom hon inte litade på någon annan bakom ratten. Sara beskrev att självkänslan var låg. Hon upplevde sig ibland utnyttjad av sina vänner, exempelvis berättar hon om sina tidigare vänner som bodde över hos henne på sina semestrar, där de förväntade sig service, mat och logi, utan att erbjuda något tillbaka till henne, så när de hade åkt kände hon sig lurad och värdelös. Hon kunde då reagera genom att antingen dricka sig berusad eller hetsäta och kräkas. Sara kunde även dricka alkohol för att slappna av efter en arbetsdag, för att kunna sova, dessutom rökte hon cigaretter och snusade. Sara beskrev själv att hon hade symtom som liknade PTSD. Hon berättade att hon senaste tiden hade känt sig mer robotlik och perfektionistisk - inte här och nu – och hon uppgav att hon ”kände sig stressad, otillgänglig, annorlunda, emotionellt avstängd och utan lust”. Hon spelade glad, men kände sig falsk och upplevde att hon hade en identitetskris.

Bedömning

Av Saras berättelse framgår att hon uppfyller diagnosen eftersom hon hade såväl återupplevande, undvikande som överspändhetssymtom, följaktligen var en diagnos med PTSD adekvat. Förlusten av modern blev ett hårt slag för Sara, som tog på sig skulden för olyckan. Vid ett par tillfällen hade hon gjort suicidförsök, men överlevde tack vare Psykiatrin och inläggningar. Den behandling hon fått hjälpte till viss del, men inte fullt ut. Sara hade överlevnadsskuld och skamkänslor efter olyckan, och det föreföll som om hon hade vänt det mot sig själv. Svårigheterna hade varat under tio år och symtomen kunde efter DSM-IVs kriterier betraktas som kroniska, men också som komplexa, eftersom Sara förutom olyckan även hade haft andra svåra faktorer i sitt liv, exempelvis belastning från sin barndom med problematisk uppväxt och aggressiva partners som vuxen. Det fanns inte så många stöttande viktiga andra i Saras liv, och olyckan innebar att hon miste sin moder, som hon tidigare kunde ”gömma sig bakom kjolen på” när det var tufft. Det som inledningsvis var tecken på isolering eftersom hon helst ville ha så lite kontakt som möjligt med arbetskamrater, förändrades steg för steg och tecken på att hon ville ta sig ur detta fanns genom att hon medvetet valde kören och fiolspelandet. Sara upplevdes adekvat formellt, om än något emotionellt distanserad. Hon var orienterad x 4, dvs. orienterad i tid, rum, person och situation. Sara upplevdes varken suicidal eller psykotisk i rummet. Sara bedömdes vara motiverad till behandlingen och det upplägg som presenterades utifrån studien.

Behandlingsupplägg

Den första bedömningen gjordes i maj 2014 och behandlingen startade i augusti och avslutades i december 2014. Åtta tillfällen bokades in. Den danska arbetsmodellen, som behandlade soldater med PTSD, utformade ramarna med 90-minuters-sessioner, men innehållet omformades med anpassning till Saras resurser och behov. Behandlingen bestod inte enbart av bearbetning av olyckan, utan omfattade även Saras livssituation. Tre hypnosinterventioner gjordes den första, fjärde och sjätte sessionen. Alla hypnosinterventioner startade med en avslappning för kroppen. Alla interventioner var personliga tolkningar av andras hypnosövningar, dessutom användes vid varje hypnosintervention en posthypnotisk suggestion: ”Du känner dig lugnare och tryggare – och känslan kommer att sitta kvar lång tid framöver”. I mars 2015 genomfördes uppföljningen. Totalt var klientkontakten tio 90-minuters-sessioner, dvs. 20 st. 45 minuters-sessioner.

Behandlingsprocess

Behandlingsprocessen har sammanfattats i tre teman som beskriver Saras förhållningssätt till sig själv, till andra och till modern samt hur dessa teman gestaltas i inledningsfasen (session 1-2), i mitten (session 3-6), slutet (session 7-8) och vid uppföljningen (session 9). Hypnosinterventionerna och deras syfte finns invävda i behandlingsprocessen.

Inledningsfasen. Inledningen av terapiprocessen (session 1-2).

Förhållningssätt till sig själv. I inledningsfasens första skede är Sara tämligen emotionellt distanserad, men berättar att hon känner sig isolerad och ensam. Sara beskriver sig själv som robotlik och avstängd. I slutet av den första sessionen genomförs en hypnosintervention med syfte att adressera Sara i sin helhet, hjälpa henne att slappna av och ge henne tillgång till sina inre bilder. Sara tränas i en teknik för självhypnos, som kan förbättra sömn. Sara får föreställa sig sin trygga plats - stranden. Sara berättar att hon ligger på stranden, men inte i solen, utan i skuggan. Det förefaller som om hypnosinterventionen och kontakten med terapeuten hjälper henne att känna sig lugnare och tryggare. Hon berättar i nästföljande session att hon inte ligger i skuggan för att skydda sig mot solens strålar och slippa bli bränd, utan det är för att stranden, som hon varit på med familjen som elvaåring, hade granskog som skuggade både stigen och stranden. ”Solen kunde inte lysa ner till stranden i den vinkeln som den stod, granarna var i vägen! Ska man ha sol ner till den stranden måste solen helst flytta på sig, byta vinkel, så att solen når stranden först och inte granarna”. Det förefaller som om skuggan symboliserar Saras upplevelse av att ha varit på livets skuggsida sedan olyckan, som en metafor för Saras depression. Alternativt kan skuggan också tolkas i ett annat perspektiv där Sara inser att solens vinkel går att förändra, och hon inser klart vilken ”vinkel” hon behöver använda för att hamna på solsidan, nämligen den diametralt motsatta sidan mot tidigare. I den andra sessionen ber Sara om att slippa hypnos. Hon förmedlar att hon fått så många minnesbilder efter förra sessionen. ”Det är så mycket gammalt som kommer upp och jag vill fokusera på det nya”. Därefter är samtalet till en början inte så djupt, utan mer undvikande, men i slutet av sessionen börjar Sara berätta spontant om olyckan och om den skuld som tynger henne. ”Jag har skuldkänslor...”. ”Du vet ju inte ens vad som hände... så jag tror jag ska berätta...”

Förhållningssätt till andra. Sara berättar att hon haft jobbiga relationer under sommaren och att hon stundtals känt sig ensam. Hon talar om sin hund Ronja, och att hunden betyder mycket för henne. ”Jag har en hund som håller humöret uppe”. Vidare förmedlar Sara att hon drar sig undan kontakterna på jobbet – att hon är artig men känslomässigt avstängd i förhållande till andra. Sara berättar också vad hon tänkte om andra direkt efter olyckan.

”... jag tänkte på vad mina bröder, min moster och min morbror skulle säga: Vad har du gjort! Du har dödat mamma!” Uttalandet tyder på att Sara förväntar sig att andra skall döma och fördöma henne.

Förhållningssätt till modern. Sara nämner inte modern alls under första sessionen, men betonar sin ensamhetskänsla. I samband med att Sara berättar om olyckan börjar hon berätta om sin mamma, som hon beskriver som ett helgon. ”Hon var ett helgon! Det är såklart en stor saknad. Inte mycket man kan göra åt det...” Sara uttrycker sina tankar kring olyckan, som vittnar om hennes skuldkänsla i förhållande till sin mamma. ”Jag kunde ju inte rädda min mamma!” Vi stannade vid detta och Sara fick hjälp att aktivt bearbeta sitt trauma genom att uttrycka sina känslor av vrede, sorg, skuld och förtvivlan.

Mittfasen. I mitten av terapiprocessen börjar bearbetningsfasen (session 3-6).

Förhållningssätt till sig själv. Inledningsvis verkar Sara vara avslappnad och av hennes berättelse framgår att hon mer och mer börjar söka sig utåt. Hon är mer social och det går förvånansvärt lätt. ”Jag bjuder på mig själv och får plötsligt vara med. Det är en ny känsla. Innan var jag artig, men då stängde jag ute folk”. Denna nya efterlängtrade gemenskapskänsla vid arbete, kör och fiolträning är emellertid, enligt Sara, också krävande och stressande. Sara säger att hon får en känsla av icke-kontroll och maktlöshet, - som en känsla hon känner igen sen tidigare och som ökar ångestnivån. Sara introduceras därför till en skraddarsydd hypnosintervention med syfte att lugna Sara och öka känslan av kontroll. Hon får visualisera att hon blir vaggad i ett mjukt moln och får sedan ta kontroll och köra runt med molnet. Sara är avslappnad och glad efteråt: ”Jag känner mig lugnare och tryggare”. Hon säger sig må rätt så bra, men det verkar som om hon försöker undvika känslor som väcks av minnesbilder och mardrömmar. Sara berättar att hon upplever mardrömmar som ger samma känslor som vid olyckan. ”När jag har varit här har flera minnesbilder kommit upp efteråt. Jag har blivit mer orolig”. Senare säger Sara: ”Är en undvikande-människa. Robotkänsla”. Det förefaller dock som om Sara i denna fas bearbetar sitt trauma, både medvetet och omedvetet, där hon slits mellan sin önskan att stänga av sina känslor och det inre trycket att ge vika och öppna upp och ge uttryck för de ångestskapande bilderna. Sara berättar: ”Andra säger: Gå vidare. Älta inte. Nu sitter jag här i rummet och har terapi med dig. Jag har i alla år undvikit att tänka på eller prata om olyckan”. Hon stänger således inte av sina känslor helt, utan vågar känna skuggan – söker hjälp i terapin, dvs. kontakt och närhet. För att hjälpa Sara hantera sin oro och bearbeta sina känslor, blir hon introducerad för ännu en hypnosintervention. Vid denna intervention får hon återigen föreställa sig att hon är på stranden och det är som om Sara upptäcker sitt inre landskap - hon genomför en övning där hon agerar ut sin aggressivitet, samt därefter spontant

en kort, ordlös, men kärleksfull kontakt med modern, innan avslutet på hennes trygga plats – stranden. Möjligen kan Sara under hypnosen också agera ut sin känsla ”som en ilsken barnunge” och uppnår då en form av frigörelse. Sara beskriver hur det är på stranden denna gång: ”Jo, solen stod ju bakom stranden, men granarna skylde, så nu sist när jag ska få fram solen till stranden så gjorde jag något drastiskt – jag gjorde ett kalhygge. Granarna försvann. Det gjorde att jag fick massor av sol på mig och det finns ju så många granar ändå i Norrland... De kunde avverkas och bli något nytt”. Kalhygget skulle kunna tolkas som en metafor kring kretsloppet mellan liv och död. Hypnosinterventionen blir som en intensiv katharsisupplevelse – Sara gör en totalförändring. Hon gör ”rent hus” med de granar som gett henne skugga, hon kan börja sörja dem, samtidigt som hon förstår att de är avverkade för att bli något nytt. Sara känner sig, efter hypnosen, stolt och tycker att hon på ett hanterbart, begripligt och meningsfullt sätt har fått kontakt med sina känslor.

Förhållningssätt till andra. Sara berättar att hon bytt synvinkel och blivit mer social på körresan: ”Jag fick vara med! Det var en härlig känsla och nu är jag rädd att falla tillbaka och bli instängd igen. Att bli ensam och självutplånande”./---/ ”Jag har varit instängd! Jag har rodnat och gömt mig bakom mamma”. Detta kan tolkas som att Sara prövar en ny strategi, isolerar sig inte, utan tar ett steg fram och vågar visa vem hon är. Det är som om olyckan och moderns död har släppt sitt förlamande grepp om Sara och att hon nu inte behöver gömma sig för omvärlden. Mot slutet av mittenfasen berättar Sara om en arbetssituation: ”... så kunde jag skratta med de andra runt bordet. Det var sköönt! Det var en känsla som jag inte känt tidigare, om jag lugnade mig kunde jag vara som de andra”. Detta visar att Sara prövar om hon vågar släppa sin kontroll och undersöka följderna, dvs. hon upptäcker att när hon minskar stressen kan hon skratta med de andra, vilket är en ny upplevelse.

Förhållningssätt till modern. Under denna fas modifierar Sara sin bild av mamma. Hon beskriver henne i översvalland positiva termer: ”Hon var glad, positiv, men hon bara jobbade på, aldrig ett ont ord, helt otroligt! Hon var ett helgon!” Men Sara förmedlar också en kritisk hållning då hon berättar att hon konfronterat mamma för att hon inte skyddat henne mot styvfadern och hans barn: ”Varför tog du oss inte härifrån? Mamma bara tittade på mig, men svarade aldrig. Hon sa aldrig något elakt”. Sara berättar vidare att hon haft negativa tankar om mamman, men att hon alltid slagit bort dem: ”Bort med den tanken! När jag nu är vuxen så tänker jag, nej hon gjorde inget negativt, men samtidigt - hon gjorde ingenting!” Uttalandet kan tolkas som att Sara inte tidigare uttryckt några negativa omdömen om mamma, men att hon nu efter att ha pratat om olyckan kan modifiera sin bild. Mot slutet av denna fas berättar Sara att hon besökt Minneslunden och där upplever hon sorgen starkt. Sara berättar

vidare att hon har skaffat en hundvalp som hon gett namnet Lovis, som sällskap till Ronja, den stora hunden. Lovis, menar Sara, har redan haft en lugnande inverkan på hunden Ronja som tidigare alltid var igång. En djärv spekulation är att Saras hundar också är en avspegling av Saras relation till sin mamma. I Astrid Lindgrens bok om Ronja Rövardotter hette Ronjas mamma Lovis, och liksom Ronja i boken, hade Sara en nära relation med sin mamma. Som ett tecken på Saras undermedvetna längtan efter mamma, lyckades Sara nu ge den aktiva hunden Ronja sin mamma Lovis (hundvalpen), som var lugn och trygg i sig själv. Saras längtan efter mamma kan nu möjligen hanteras genom omsorgen om hundarna. När Sara under den tredje hypnosinterventionen möter sin mamma, har de en ordlös kommunikation och Sara har svårt att i denna situation skiljas från modern: ”Nu börjar det bli jobbigt. Måste jag gå vidare?” Sara vill stanna kvar, men terapeuten förklarar att hon måste skiljas från sin moder, eftersom de skall gå åt skilda håll. En möjlig tolkning kan vara att Sara i sin sorg tillåter mamma att finnas till igen som ett gott objekt, som inger lugn och tröst med ordlös kärlek, istället för oro i form av skuld och skam.

I slutfasen. Avslutning av terapiprocessen (session7-8).

Förhållningssätt till sig själv. ”I slutet är Saras självomhändertagande stort och Sara förefaller vara lugnare. I session sju berättar Sara att hon genomfört flertalet positiva förändringar. Hon har ändrat sina arbetstider och får därmed sammanhållen ledighet. ”Det har blivit en annan takt hemma. Jag är trött. Jag är lugnare”. Hon tar fler promenader, stressar mindre, vilar mer, och har börjat meditera korta stunder. ”Jag är inte hyper längre och det känns skönt att ta det lugnare”. Sara har också börjat gå ner i vikt genom att följa boken ”Hjärnkoll på vikten”. Hon vill också sluta röka och snusa. Hennes kommentar kring dessa omvälvande förändringar är: ”Jag vill kasta av mig den grå filten nu...” Sara beskriver hur hon tänkte kring livet och döden när olyckan inträffade. ”Jag ville dö! Nu har jag mer tankar kring: Hur skall det bli imorgon?” Uttalande tyder på att Sara har blivit nyfiken, intresserad och fått mer lust till livet.

Förhållningssätt till andra. Exempelvis berättar Sara i början av processen om sin f.d. sambo Carl som hon tidigare upplevde som en krävande person, men nu i slutet förmedlar hon en annan syn på deras relation, att hon nu kan uppskatta hans vänskap. ”Det går bra. Han är snäll, men han är inte min fästman, utan mer en kompis”. Det är som om Sara har förändrat sitt förhållningssätt till sin omvärld, där hon är mer tillitsfull i sina kontakter med andra och mindre stressad och spänd.

Förhållningssätt till modern. Sara reflekterar kring olyckan, mamma och sig själv: ”Det är konstigt att hon dog där uppe i fjället... Hon hade ju pratat om fjällen i flera månader

innan. Hon skulle dit och andas den rena luften och känna sig fri. Sen när vi når fjället så händer olyckan”. ”Det är krasst tänkt, men tänk om det faktiskt var den perfekta olyckan för mamma. Hon behövde aldrig börja om och hon fick dö i fjällen som hon älskade så”. Detta uttalande kan tolkas som ett slags accepterande utan skuld.”... jag saknar henne så, men samtidigt så vet jag att hon har det bra nu. Det blev kanske ändå till det bästa?” Det förefaller som om Sara har börjat acceptera olyckan och saknaden av mamma, men tänker att händelsen kanske ändå har mening. En möjlig tolkning kan vara att Saras förhållningssätt till mamman har förändrats, från att hon varit präglad av en ångestdriven skuld känsla, till att i stället kunna känna och uttrycka sorgen och saknaden efter en älskad mamma. I session åtta innan jul är det påtagligt att Sara sörjer. ”Mamma är ju inte här – det är många som inte är här...” /.../ ”Jag brukar tända tre lyktor utanför huset i rabatten vid min ytterdörr”. På den hypotetiska frågan: ”Om mamma vore här i rummet, hur skulle hon vilja att du tar hand om dig, tror du?” Sara svarar: ”Jaha, ja... hon skulle nog vilja att jag hade det bra!” Sara kan nu föreställa sig att mamma har en önskan att Sara tar bra hand om sig själv – att hon ska leva ett gott liv och ha det bra!

Uppföljningen. Uppföljning i terapiprocessen - 3 mån från avslutningen (session 9).

Förhållningssätt till sig själv. Vid uppföljningen i session nio berättar Sara att under den tiden som gått har hennes sinnesstämning pendlat. Hon beskriver att hon i februari var mycket nedstämd: ”...då tappade jag modet och orken. Det var tufft. Då ville jag helst försvinna” /.../ ”Jag bara grät och grät”. Hon berättar också om denna situation, när hon gick hem en dag från arbetet, med en känsla av nedstämdhet och livsleda, men där plötsligt känslan förändrades och Sara upplevde att där och då vände allt uppåt. Sara uttryckte leende ”Jag har fått uppleva eufori – Jag är en del av allt”. Saras berättelse tyder på att hon varit nere på botten och vänt. Upplevelsen ger intryck av att vara en mycket omvälvande händelse och hon beskriver att de euforiska lyckokänslorna fortfarande finns kvar. Det verkar som om Sara öppnar upp för känslor, istället för att som tidigare försöka stänga av och arbeta mera.

Förhållningssätt till andra. Saras beskrivning av en födelsedagsfest som hon varit på tillsammans med både körmedlemmar och fiolspelare, tyder på att hon känt sig mycket glad och tillfreds, att hon märkt deras värme mot henne: ”Jag känner tacksamhet. Tacksamhet för att jag får vara med så härliga människor som jag har i kören och när jag spelar fiol”. Hon berättar också om sin fiolträning: ”Jag ville att vi som var nybörjare skulle kunna vara med och inte halka efter, men nu sist så fick hon [fiolläraren] sänka ner tempot och då fungerade det bra. Det var jag som stod upp och sa ifrån. Jag såg att det var flera som inte hann med i gruppen, men ingen sa något”. Hon berättar vidare att hon en dag i februari känt sig övertrött

efter dagar med dubbla arbetspass, och börjat storgråta. Hon hade då ringt en arbetskollega som hjälpte henne avsluta arbetet, så att Sara kunde gå hem och få sova. ”I vanliga fall hade jag bara kört på med ren vilja, men orken tog slut. Då behövde jag vila”./.../ ”Det var skönt att kunna vara svag och bli omhändertagen”. Det förefaller som om Sara när hennes inre spänning släpper provar om hon vågar släppa kontrollen över sina känslor, om hon blir accepterad av andra människor samt om hon kan be om hjälp, och på alla dessa situationer får hon positiva gensvar. Hon vågar sätta ner foten och säga ifrån, men hon vågar också be om hjälp när hon känner sig svag och hjälplös.

Förhållningssätt till modern. Saras skuld och skam i förhållande till sin mamma tycks vara avlägsen, medan sorgen och saknaden efter henne är mer påtaglig i Saras berättelse. Det tycks som om Sara har kastat av sig ”den grå filten” och ändrat sina tankebanor på livet. Hon vill leva ett gott liv och är nu nyfiken och vill stanna kvar och se hur det ska bli imorgon!

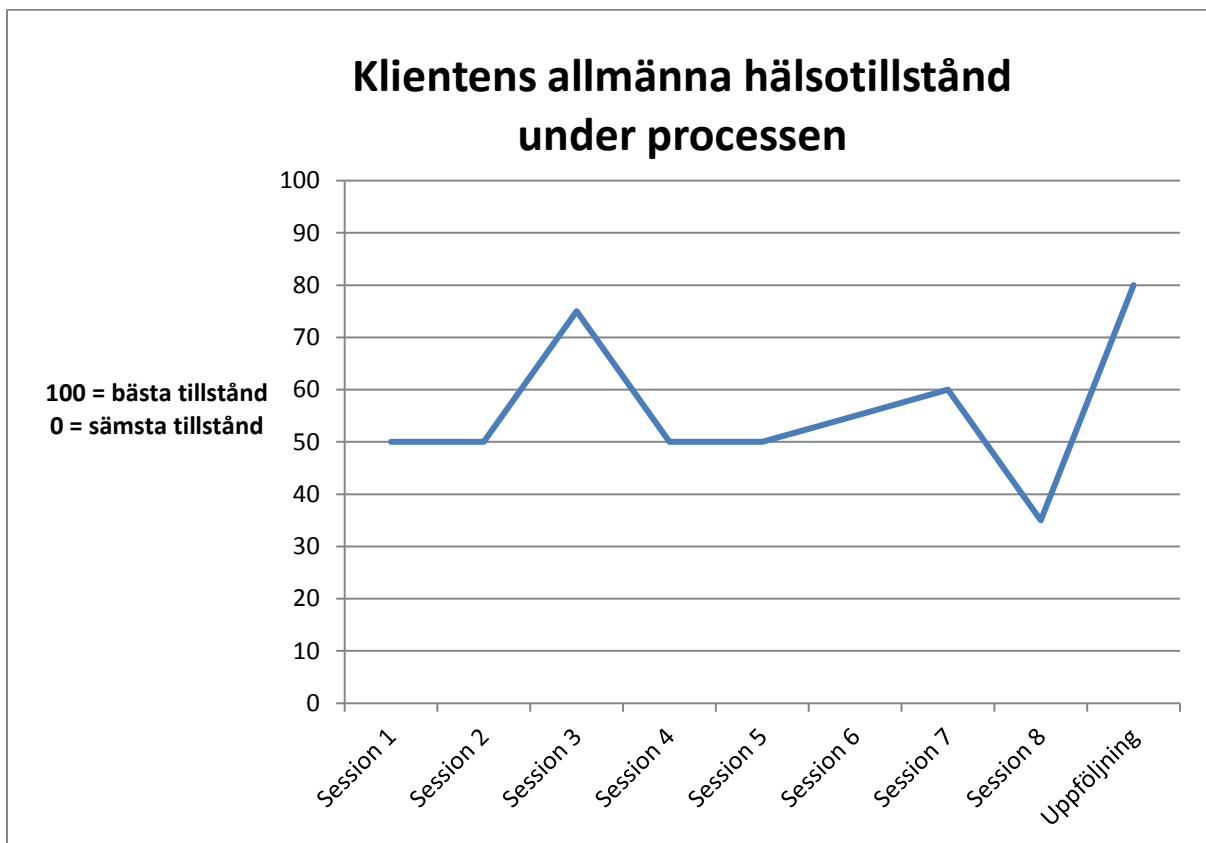
Avslut av kontakten. Tillsammans görs en gemensam utvärdering av terapin där en situation från session tre aktualiseras. Då öppnade vi fönstret och släppte ut en fjäril, som har suttit på samma ställe på väggen i flera veckor. Terapeuten tänkte att fjärilen snart skulle ramla ner på golvet och behöva plockas upp. Men, den dagen flög Fjärilen kraftfullt ut genom fönstret – ut i det fria! Vid uppföljningen berättar Sara att vår gemensamma händelse med fjärilen har påverkat henne starkt. Fjärilen som suttit stilla några veckor vaknar plötsligt till liv och flyger ut i solskenet. Sara berättar att Fjärilen gav henne hopp!

Mätresultat

Resultaten från skattningar av det allmänna hälsotillståndet och PCL-C presenteras i diagram och därefter presenteras resultatet från CSQ-8 vid uppföljningen.

Skattningarna av hälsotillstånd och PTSD-symtom samt resultat från behandlingsprocessen sammanställs i tabellform och slutligen presenteras en kort sammanfattning av resultaten.

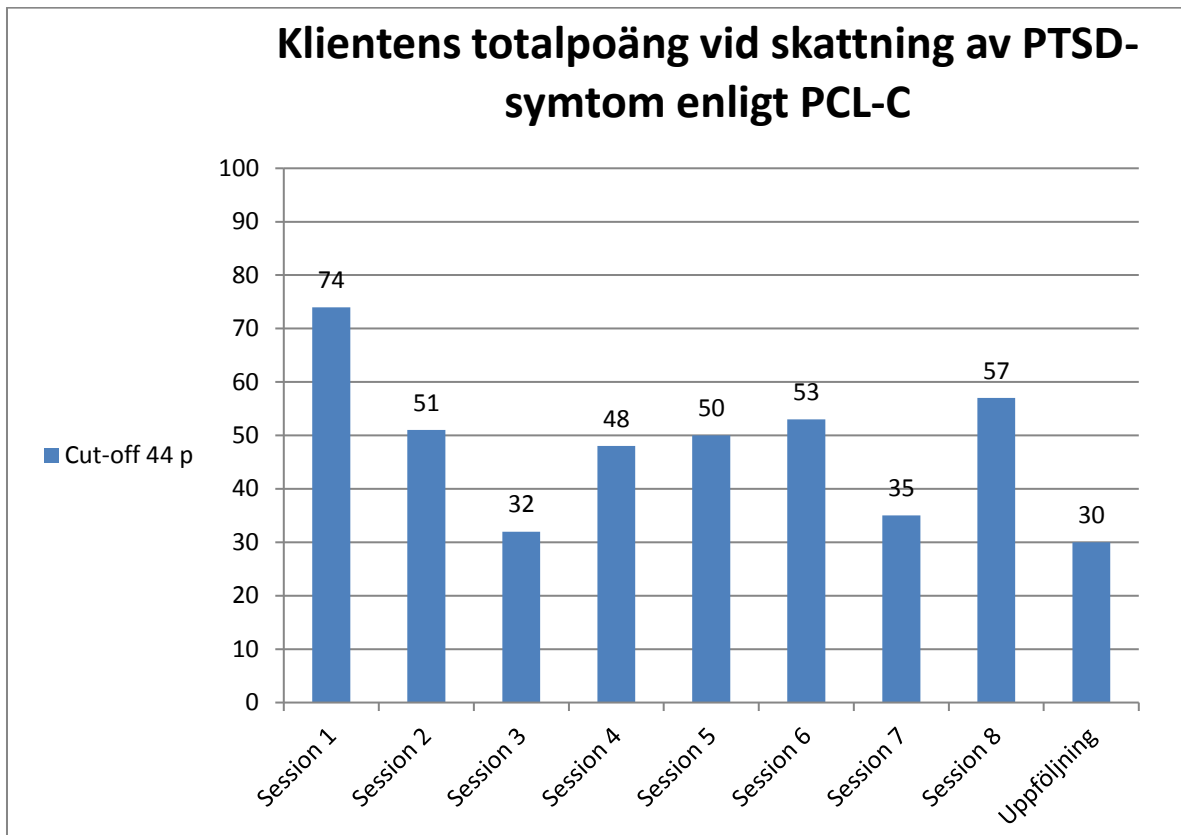
Klientens allmänna hälsotillstånd under processen. Patientens allmänna hälsotillstånd under processen redovisas i Figur 1.



Figur 1. Klientens allmänna hälsotillstånd under processen

Vid de två första sessionerna skattade klienten sitt hälsotillstånd med 50 poäng. Vid den tredje sessionen ökade skattningen av hälsotillståndet till 75 för att vid de fjärde och femte sessionerna återgå till 50 poäng. Den sjätte och sjunde sessionen skattades hälsotillståndet till 55 och 60 poäng. Vid den åttonde och avslutande sessionen var skattningen 35 poäng. Vid uppföljningen tre månader senare skattade klienten hälsotillståndet till 80 poäng.

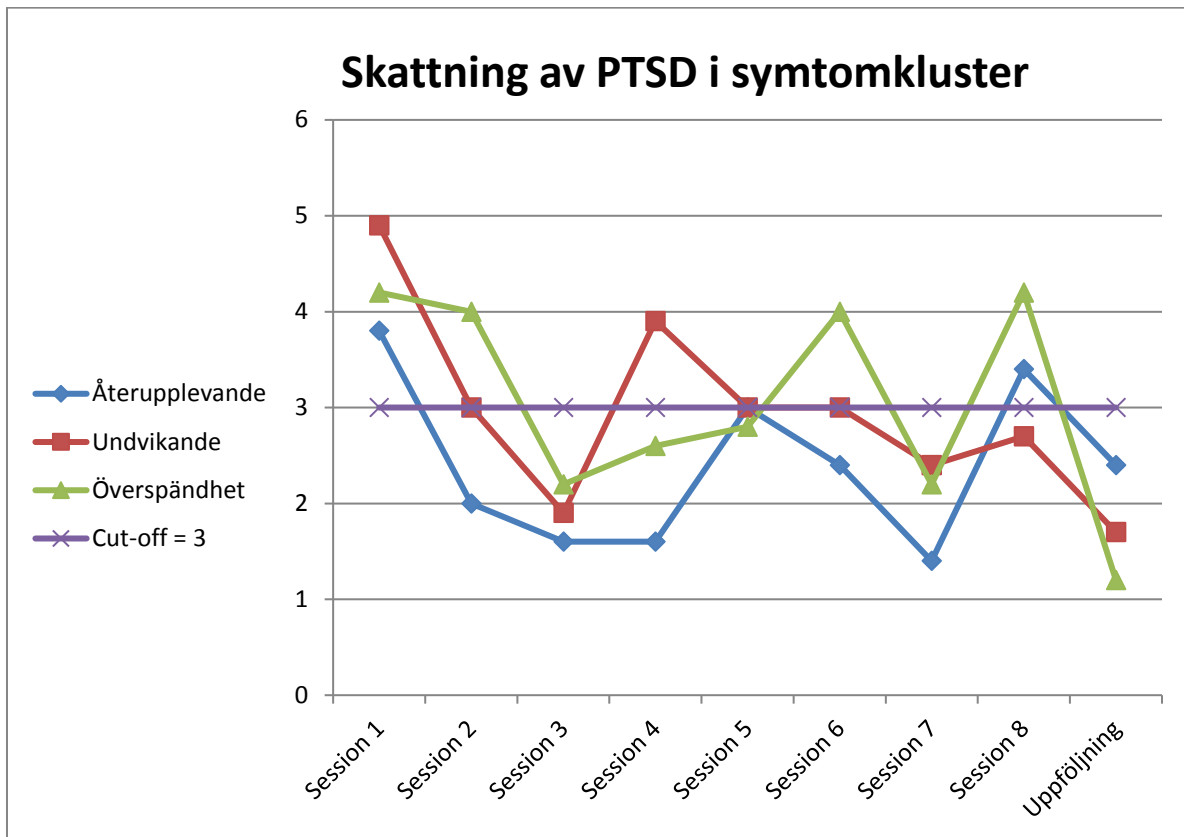
Skattning av PTSD-symtom. I Figur 2 redovisas klientens totalpoäng vid skattningar av förekomsten av PTSD-symtom, enligt instrumentet PCL-C.



Figur 2. Klientens totalpoäng vid skattning av PTSD-symtom enligt PCL-C

Poäng över cut-off gränsen (44) anger att diagnosen PTSD föreligger. Vid den första sessionen fick klienten 74 poäng på skalan vilket är högt över cut-off och indikerar därmed ”diagnos PTSD” i base-line-mätningen. I session två var poängen lägre, 51 poäng, men fortfarande strax över cut-off gränsen. I session tre sjönk poängen till 32 poäng, vilket är långt under cut-off och anger att ”ingen PTSD-diagnos” föreligger. I de tre nästkommande sessionerna (4 - 6) planade poängen ut runt cut-off gränsen (48, 50 resp. 53) för att i session sju åter ha sjunkit till 35 och under cut-off – ”ingen PTSD-diagnos”. I den avslutande sessionen var poängen 57, vilket återigen anger ”diagnos PTSD”. Vid uppföljningen hade poängen sjunkit till 30 poäng, vilket anger ”ingen PTSD- diagnos”.

Skattning av PTSD i symtomkluster. I Figur 3 redovisas klientens genomsnittspoäng i de tre symtomklustren Återupplevande, Undvikande och Överspändhet.



Figur 3. Skattning av PTSD i symtomkluster

För ”diagnos PTSD” krävs ett genomsnittligt värde inom samtliga tre symtomkluster på minst tre (3) poäng totalt, dvs. 3x3. Endast vid den första sessionen låg klientens skattning över cut-off vilket anger ”diagnos PTSD”. Därefter hade endast ett eller två symtomkluster poäng över cut-off. Vid den andra sessionen låg klustret Återupplevande under cut-off och vid den tredje sessionen var alla tre klustervärden under cut-offvärde. Vid den fjärde sessionen var värdena för såväl Återupplevande som för Överspändhet under cut-off, medan klustret Undvikande var högt över. Vid den femte sessionen var samtliga kluster precis vid cut-off gränsen och vid session sex var värdet för Återupplevande under cut-off medan kluster Överspändhet var högt över. Vid den sjunde sessionen var samtliga klusterområden under cut-off. Vid den avslutande åttonde sessionen kunde det noteras en allmän höjning av samtliga klusterområden, men Undvikandeklustret låg under cut-off. Skattningarna indikerar att ”diagnos PTSD” förelåg i första sessionen, men inte i någon session därefter. Vid uppföljningen låg samtliga symtomkluster under cut-off.

Skattning av terapinöjdhet vid uppföljningen enligt CSQ-8. När patienten skattade CSQ-8, Client Satisfaction Questionnaire, vid uppföljningen blev resultatet totalt 26 poäng fördelat på åtta frågor. Resultatet blev därmed 3,25 poäng, på en skala med 4 som maxpoäng. Således indikerar resultatet att klienten är mycket nöjd med terapin och behandlingen. Sara upplevde t ex att terapin hade hjälpt henne en hel del att handskas bättre med sina problem. Hon skulle definitivt kunna tänka sig att komma tillbaka till mottagningen om hon behövde söka hjälp igen.

Tabell 1. Resultat hälsotillstånd, PTSD-symtom, PTSD-diagnos, interventioner etc.

Resultat	Hälso - Till- stånd 0-100	PCL-C Total- poäng 17-85	PTSD Total- poäng Cut- off = 44	Åter- upp- lev- ande Sym tom	Und vik- ande Sym tom	Över- spänd het Sym tom	PTSD Kluster Cut-off =	”Hypnosintervention, process etc.
Session 1	50	74	PTSD	3,8	4,9	4,2	PTSD	Sara beskriver sig som ensam, isolerad, stressad och avstängd. Upplever att hon har jobbiga relationer. Lever på skuggsidan. Nämnar inte modern, men nämner hunden Ronja. Hypnosintervention.
Session 2	50	51	PTSD	2	3	4	Inte PTSD	Sara undanber sig hypnos denna session, eftersom hon fått flera minnesbilder, oroande drömmar och dålig sömn. Samtal kring förra sessionens hypnosintervention – där solens vinkel blir viktig. Mot slutet berättar Sara spontant om olyckan . Var olyckan meningen? Jag kunde ju inte rädda min mamma! Skuld. Skam. Sorg.
Session 3	75	32	Inte PTSD	1,6	1,9	2,2	Inte PTSD	Sara är avslappnad och har bytt synvinkel - bjuder på sig själv. Hon är mer social på körresan och blir accepterad i gemenskapen. Sara nyanserar bilden av modern - idealiserad helgonlik och med brister. ”Jag har varit instängd!” Fjärilen släpps ut!

Session 4	50	48	PTSD	1,6	3,9	2,6	Inte PTSD	Sara beskriver en känsla av krav, stress, icke-kontroll och maktlöshet-ångesten ökar. Sara beskriver sig som Robot och "Undvikandemänniska" som trycker undan känslor. Mycket minnesbilder kommer upp. Modern nämns inte. Hypnosintervention. Bearbetar undvikandebeteende. Sara blir lugnare och tryggare.
Session 5	50	50	PTSD	3	3	2,8	Inte PTSD	Andra vill inte att Sara ska älta olyckan. Nu sitter hon här i terapi, fastän hon undvikit olyckan i alla år... Mardrömmen/Minnesbilder, vilka bearbetar återupplevande-kluster. Minneslunden och sorgen. Mycket har väckts i terapi. Olyckan och moderns död släpper det förlamande greppet om Sara.
Session 6	55	53	PTSD	2,4	3	4	Inte PTSD	Sara berättar att hon kan vara lugn och skratta vid jobbfika. Den nya lilla hundvalpen Lovis lugnar hunden Ronja. Hypnosintervention. Aggressionsutagerande, tröst genom ett möte med modern på vägen. Svårt att skiljas från sin mamma i hypnosen. Sara ordnar ett kalhygge som ger solsida till hennes strand. Granarna avverkas för att bli något nytt. Hon gör "rent hus". Stolthet över att ha genomfört interventionen.

								Katharsis.
Session 7	60	35	Inte PTSD	1,4	2,4	2,2	Inte PTSD	<p>Positiva förändringar i hemmet.</p> <p>Lugn. Samtal om förra sessionens hypnosintervention. Var det den perfekta olyckan för mamma? Det blev kanske ändå till det bästa? Sara tar bättre hand om sig. Hon ordnar längre sammanhållen ledighet. Det blir en lugnare takt och Sara kan vila och meditera. Hon vill sluta röka och snusa, samt börja träna mer. Hon är inte hyper längre.</p> <p>"Vill kasta av mig den grå filten!"</p>
Session 8 Avslut	35	57	PTSD	3,4	2,7	4,2	Inte PTSD	<p>Saras relationer förbättras och f.d. sambon är nu "en kompis". Saknar mammas tröst.</p> <p>Sörjer - Tänder tre gravljus för familjen "på andra sidan".</p> <p>Mamma vill att jag har det bra!</p> <p>Vid olyckan: Jag vill dö! Nu: Hur ska det bli imorgon? Nyfiken på livet!</p>
Uppföljn. (session9)	80	30	Inte PTSD	2,4	1,7	1,2	Inte PTSD	<p>Sara prövar nya strategier och får värmande bevis på att hon är accepterad på en födelsedagsfest med kören och fiolgänget.</p> <p>Gemenskap</p> <p>Känner tacksamhet..</p> <p>Lägre tempo på fiolträning.</p> <p>Övertrött – Tårar – Får hjälp på jobbet-Kan vara svag och omhändertagen!</p> <p>Vågar säga ifrån, sätta ner foten och kan ta emot hjälp från andra.</p> <p>Sorgeperiod ombyttes till Eufori.</p> <p>En känsla att vara en del av allt!</p>

Sammanfattning av resultatet. Resultatet visar att det finns en ”röd tråd” i Saras förändring och utveckling under terapiprocessen. Sara har förändrats - från att vara isolerad, inåtvänd och emotionellt avstängd, till att vara mer utåtriktad, öppen och mer i kontakt med sina känslor av både sorg och glädje.

I början var hon känslomässigt avstängd och robotlik, hon kände sig ensam och var isolerad, både på arbetet och i hemmet. Hennes inledande skattningar i PCL-C var mycket höga, 74 poäng av max 85 poäng på alla kluster, och diagnos PTSD var adekvat. Hennes hälsotillstånd skattades som varken bra eller dåligt, utan låg på 50, vilket indikerade att det fanns relativt stor förändringspotential uppåt. Hon fick göra en hypnosintervention i slutet av första sessionen, där hon vilade på stranden. Vid andra sessionen ville Sara inte ha någon hypnos, eftersom flera minnesbilder och drömmar hade kommit upp och det blev istället samtal kring hypnosinterventionen från förra sessionen, men hon undvek emellertid djupare resonemang. Trots detta kunde Sara vid skattningen av PCL-C berätta spontant och intensivt om olyckan. Hennes förtvivlade känslor av att ha förlorat sin mamma blottades - hennes skuld-känslor och skam. Här stannade vi upp och kunde dynamiskt arbeta med traumat, där Saras tunga känslor lyftes fram, vilka hon hade försökt trycka ner i mer än tio år.

I mitten, dvs. i bearbetningsfasen, mårde Sara initialt bra efter att ha börjat söka sig utåt och hon blev accepterad - en befriande känsla. Alla PCL-C symtomkluster låg långt under gränsvärdet och hälsotillståndet var 75. I efterföljande session berättade Sara att hon var mer ängslig efter att ha blivit accepterad i gruppen. Kanske fanns en oro för att förlora denna gemenskapskänsla? Alla Saras PCL-C symtomkluster låg högt, men högst var klustret Undvikande och skattningen av hennes hälsotillstånd var 50. En ny hypnosintervention introducerades där hon fick kontroll och blev lugnare. I den fjärde sessionen var det många känslor som kom upp; ilska, sorg och oro, vilket gav henne en rädsla för vad som skulle hända nu - när hon började känna känslor igen. I detta ögonblick uttryckte Sara en saknad av mamma. Hennes trauma bearbetades indirekt genom mardrömmar som gav samma känsla som hennes olycka och i terapiprocessen arbetade Sara direkt med drömmen, men indirekt bearbetades traumat, dvs. indirekt hypnos. Alla hennes PCL-C symtomkluster samlade sig kring gränsvärdet under den femte sessionen. Kluster Återupplevande ökade mest, medan Undvikandeklustret var lågt, vilket kunde tyda på en bearbetning föregående session.

Hälsotillståndet var åter 50. Den tredje hypnosinterventionen blev intensiv för Sara, där syftet var att hjälpa henne att hantera sin inre oro, ilska och saknad, och Sara fick en katharsisliknande upplevelse. I sjätte sessionen var kluster Överspändheten långt över gränsvärdet. Återupplevande klustret sjönk, vilket kan tyda på en bearbetning föregående session. Hälsotillståndet var 55. Det verkade som om Saras känslor bearbetades och levdes ut i hypnosen.

I slutfasen, i session sju, reflekterade Sara över hypnosinterventionen, känslorna, mamma och olyckan, och i hennes berättelse fanns det ett accepterande. Hon hade släppt sina känslor av skuld och skam och kunde nu börja sörja sin mamma. Hon ville slänga av sig ”sin grå filt” och Saras självomhändertagande ökade, vilket gjorde att många yttre förändringar kom in i hennes liv, exempelvis det nya hälsotänkandet, där hon medvetet trappade ner på cigaretter och snus, bytte diet, började meditera och vila. Här sjönk samtliga PCL-C symtomkluster återigen långt under gränsvärdet. Överspändhetsklustret sjönk långt under gränsvärdet, vilket kunde tyda på en bearbetning föregående session. Hälsotillståndet ökade till 60. Vid den avslutande sessionen insåg Sara att mamma förmodligen ville att hon skulle ha det bra. Denna session var separationsångesten påtaglig i rummet, vilket var en möjlig orsak till att samtliga skattningar av PCL-C symtomkluster återigen var höga och att skattningen av Hälsotillståndet var lågt, 35.

Vid uppföljningen beskrev Sara flera situationer där hon prövade att ta ett steg framåt utan att isolera sig. Hon hade visat vem hon var, med mycket gott resultat. Hon kunde be om saker för egen del och hon kunde säga ifrån när det behövdes. Hon beskrev en varm känsla av uppskattning från sin omgivning och hon kunde ta emot hjälp. Hon beskrev också att hon efter övertidsarbete blev trött och nådde botten, men känslan vände därefter uppåt och gav eufori – en känsla ”Att vara Ett med allt” – och lyckokänslorna fanns fortfarande kvar. Slutligen berättade Sara om vår gemensamma händelse med ”Fjärilen” som gav henne hopp. Samtliga PCL-C symtomkluster låg långt under gränsvärdet. Hälsotillstånd skattades högt, 80. PTSD-diagnos var inte befogad och ströks. Sara flög – liksom Fjärilen!

Diskussion

Resultatdiskussion

Vilka symtom på PTSD kan identifieras i den psykoterapeutiska processen?

Sara kom till min psykologmottagning med diagnos depression, men redan vid bedömningssamtalet framkom symtom på PTSD i hennes berättelse. PCL-skattningarna

visade också symtom från alla tre klusterområdena – Återupplevande, Överspändhet samt Undvikandebeteende.

Symtom på Återupplevande blev påtagliga under terapiprocessen då Sara ingående och starkt berörd beskrev olyckan hon hade varit med om. Även vid ett annat tillfälle blev symtomen på Återupplevande mycket märkbara, då hon återgav en mardröm, som både till innehåll och upplevelse väckte motsvarande känslor som vid olyckan.

Symtomen på Överspändhet framkom framför allt i PCL-skattningarna, där Sara rapporterade att hon haft sömnstörningar och känt sig rastlös och haft koncentrationssvårigheter. I terapin kunde dessa symtom identifieras främst under bearbetningsfasen, då Sara gav uttryck för sin oro och ångest.

Vad gäller Undvikandesymtomen, så beskrivs dessa symtom framför allt i form av konkreta undvikandebeteenden, dvs. att en individ undviker platser, händelser eller saker som ger påminnelser om traumat. För Saras del så var hennes undvikandebeteende komplext. Hon undvek t.ex. inte att köra lastbil, vilket rimligtvis borde ha påmint henne om det trauma hon varit med om. Däremot så drog hon sig undan och undvek sociala kontakter både på arbetet och privat. Undvikandesymtom innebär ofta också en emotionell avstängdhet, vilket möjligen kan förklara Saras tendens att isolera sig från andra människor. Möten med andra kunde innebära att olika känslor väcktes – exempelvis känslor av attraktion, tillgivenhet, besvikelse – känslor som Sara försökte trycka undan.

För Saras del förändrades hennes Undvikandesymtom steg för steg under processen. Av hennes berättelse framgick exempelvis att hon i stället för att fortsätta att undvika kontakt med andra, började söka sig utåt. Hon gick med i kör och började spela fiol för att träffa nya människor. Under vissa sessioner i terapiprocessen var Sara emellertid påtagligt emotionellt distanserad, vilket skulle kunna betraktas som en form av Undvikandesymtom. Hon pratade och argumenterade på ett intellektualiserande sätt, som om hon ville hålla ett känslomässigt avstånd till terapeuten. Detta blev särskilt märkbart i början av bearbetningsfasen, men efterhand kunde Sara slappna av och kunde då ge uttryck för olika känslor, bl. a. förmedlade hon sin sorg och saknad efter sin mamma. Det var som om hon nu äntligen efter 10 år kunde bearbeta sin djupa sorg. Mot slutet och vid uppföljningen förmedlade Sara lust och förhoppningar om sin framtid. Det blev tydligt att hon inte längre var emotionellt avstängd.

Hur förändras PTSD-symtomen under terapiprocessen? Utifrån terapiprocessen kunde det konstateras ett flertal positiva förändringar på Saras PTSD-symtom från den första till den sista uppföljande sessionen, dessutom berättade hon om positiva förändringar i sitt liv.

Inledningsvis låg samtliga symtomkluster högt, PTSD-diagnos var befogad, men symtomklustren sjönk ner redan i den andra sessionen. Hur kan man förstå detta med att alla tre symtomkluster dyker ner i andra sessionen?

Att börja terapi innebär en anspänning och ambivalens. Det finns ett hopp om att få hjälp, samtidigt betänkligheter om vad terapin kommer att innebära. I Saras fall skulle det möjligen kunna finnas en rädsla för att plågsamma minnen skulle väckas upp, och kanske en oro för vad som skulle hända med henne då. Hon hade haft en djup depression i samband med olyckan och då även haft självmordstankar. Det är rimligt att anta att det hos Sara fanns en rädsla för att detta skulle upprepas. Denna oro skulle kunna ha bidragit till att Saras symptom aktualiserades och ge en möjlig förklaring till att PCL-C-skattningarna inledningsvis låg på en mycket hög nivå.

När Sara bad om att få slippa hypnosintervention i session två kunde detta möjligen hänga samman med att den första hypnosinterventionen omedelbart ingav en trygghet, men den väckte sannolikt också upp många minnen som oroade Sara. När så terapeuten hörsammade hennes önskan innebar det troligen en lättnad för Sara. Hon fick uppleva att hon själv kunde styra och ha kontroll över processen, vilket sannolikt innebar att en allians mellan Sara och terapeuten kunde skapas. Kanske bidrog denna känsla av kontroll att Sara därefter själv vågade berätta om händelserna kring olyckan.

Att alla symtomkluster dyker ner ännu mer i tredje sessionen, under gränsvärdet, kan beskrivas som en positiv peak i processen. Förmodligen är peaken resultat av ett samarbete, dvs. att en positiv allians mellan klient och terapeut har utvecklats. Sara kunde dela sina upplevelser med en intresserad och empatisk terapeut, vilket torde ha ingett Sara ett hopp och en förtröstan inför den process hon nu påbörjat i terapin.

Enligt Anna Gerge (2009), aktualiseras den sociala kontexten i terapirummet. Klienten är inte längre ensam, utan det finns vittnen och möjlighet att få upprättelse. De traumatiska upplevelserna aktiveras och kan på så sätt bearbetas för att sedan integreras på ett tryggt och stabilt sätt i terapirummet.

I början av bearbetningsfasen ökade undvikandeklustret påtagligt. Det föreföll också som om Sara aktivt försökte förhindra att känslor skulle aktiveras i terapin, vilket kunde betraktas som en form av undvikande. Hon förmedlade att hon var en ”robot- och undvikandemänniska” och hon talade om flertalet relationer som varit besvärliga, där hon lämnat. Samtidigt som undvikandesymtomen var över gränsvärdet, steg också återupplevelandet märkbart. Kanske var det så att trots Saras aktiva försök att undvika

obehagliga känslor, så kunde inte ångesten kontrolleras – minnesbilderna dök upp och därmed också hennes smärta och sorg.

Saras Undvikandebeteenden gav en situation där känslan var icke-kontroll och maktlöshet. Förståelse för detta fenomen kan vara Freuds teorier om psykiskt lidande, som han menar är ett tillstånd då ett försök till försvar inte lyckas, och där ångesten förblir akut trots att invanda försvarsstrategier aktiveras, eller då de ångestdämpande beteendena är självdestruktiva (McWilliams, 1994).

En rimlig tolkning är att symtomen kring Undvikande och Återupplevande hänger ihop. När Sara inte värjer sig mot obehagliga känslor utan vågar släppa kontrollen, så får hon mer tillgång till olika känslor. Psykisk energi som tidigare gått åt till att undvika känslor, ger därmed större utrymme till Återupplevande och tillgång till minnesbilder med all den oro och ångest som dessa inrymmer. På så sätt kan Sara bearbeta och successivt integrera sitt trauma. Sara berättade exempelvis i detta skede om en mardröm där lastbilar krockade, och att hon i drömmen fick motsvarande känslor som vid olyckan.

Därefter sjönk Återupplevande under gränsvärdet igen, men istället gjorde Överspändheten en rekyl och låg högt över gränsvärdet, vilket tydde på att Sara hade mer rädsla och vaksamhet, ökad koncentrationssvårigheter, minnessvårigheter, irritabilitet och sömnsvårigheter. Bearbetningsfasen i en terapi är en känslomässigt krävande process och det är oundvikligt att dessa svårigheter som Sara burit i över tio år då gör sig särskilt påmind. Dessa symtom är enligt NIMH (2015) ofta konstanta och de kräver lång bearbetning för att de ska klinga av.

Malans teori och konfliktriangel (Levenson, 2010) kan förklara beteendet kring varför symtomkluster bearbetas i tur och ordning. När Undvikandet försvinner, som är ett skydd, ökar minnesbilder och drömmar (Återupplevande), som i sin tur ökar ångesten och impulsen/känslan förändras. Efterhand som klienten bearbetar sin ångest kan hon hitta ett förhållningssätt som hjälper henne att acceptera/hantera ”förbjudna” känslor och impulser, och ångest och stress kan på så sätt klinga av och klienten kan därmed successivt erövra ett större lugn och välbefinnande (minska sin Överspändhet).

I avslutningsfasen får Sara en upplevelse av ”Katharsis”. Hennes samtliga symtomkluster dyker långt ner under gränsvärdet och bildar en positiv peak ännu en gång. Under denna fas var sörjandet påtagligt hos Sara. Hon kunde tala om saknaden efter sin mamma och tycktes vara befriad från sina skuld- och skamkänslor. Det var som om Sara nu efter tio år kunde släppa fram och bearbeta sin sorg.

Att samtliga symtomkluster höjdes vid sista sessionen kan möjligen också hänga samman med Saras sorgebearbetning. Sara stod inför att skiljas från terapeuten. Att avsluta en terapi väcker upp minnen från andra separationer, och för Saras del sannolikt minnet av att förlora sin mamma. Att åter igen bli lämnad ensam och tvingas klara sig själv torde ha aktiverat Saras ångest och de ”gamla symtomen” igen.

I uppföljningen har samtliga symtomkluster dykt ner långt under gränsvärdet, vilket måste känneteckna ytterligare en positiv peak. En rimlig tolkning är att ökningen av symtomklustren vid den sista behandlingssessionen hänger samman med terapins avslut och att terapieffekten håller i sig – den är positiv och robust.

Sara berättade att hon tidigare tagit till destruktiva strategier, såsom alkohol för att kunna slappna av innan sänggåendet, vilket hon berättade att hon höll upp med under terapin. Hon beskrev också att hon hade börjat vila, meditera och sova med bättre kvalitet. Trots att Sara slutade röka och la om sin kost, kunde hon bevara sitt lugn och blev inte irritabel. Sara meddelade också att efter bearbetningsfasen minskade hennes yrselkänsla. Saras relationer förbättrades och hon vågade söka sig till ny gemenskap med vänner i kör och fiolgrupp, där hon fick vänskap tillbaka. Sara bekräftade också ett förnyat intresse för aktiviteter som tidigare hade känts oviktiga, som hälsa, mat och träning.

Vid uppföljningen berättade Sara att hon ibland kände sig mer ”skarp i minnet” än tidigare. Detta kan förstås med att den energi som tidigare bundits upp av att undvika och återuppleva känslor, nu kan ge kraft till att arbeta med de kognitiva svårigheterna. Sara förmedlade att hon utmanade sig och att hon var mer emotionellt öppen, och att hon upplevt eufori, hopp och nyfikenhet på sig själv och sin omgivning. Sara beskrev vid terapins avslutning att hon hade en känsla av att ha återfått en framtid – sin framtid.

Hur påverkas den terapeutiska processen och uttrycken för PTSD, av de hypnotiska interventionerna? Hur påverkades Sara av de hypnotiska interventionerna och hur kan hennes förändring och hennes förändrade PTSD-symtom förstås? Vad gjorde hypnosterapin?

Det kan antas att den terapeutiska processen får lite fart av hypnosinterventioner – de inre bilderna öppnade troligen upp för Saras trauma - bilderna som varit inkapslade i minnet kunde därefter bearbetas i terapin. Det finns tidigare forskning i två randomiserade studier som stärker det förhållningssätt att hypnosinterventioner, som arbetar med bilder, upplevs ge extra skjuts till behandling av minnesbilder där klienter med posttraumatiska symtom behandlas med hypnoterapi och PDT, och där undvikandebeteende och återupplevande minskar signifikant (Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B., 1989, i Foa et. al., 2009).

I inledningsfasen, vid den första hypnosinterventionen, fokuserade terapeuten på att stärka upp Saras förmåga att fungera i det dagliga livet samt bearbetade rädslor av olika inre erfarenheter. Här slappnade Sara av och hittade ”sin trygga plats” – stranden som hon kunde använda som självhypnos hemma. Hon fick en posthypnotisk suggestion som gjorde henne lugnare och tryggare, vilket upplevdes stärka henne. Enligt van der Hart (2012) kan också en verbal och icke-verbal terapeutisk kommunikation fungerar som suggestion och framkalla ett terapeutiskt bildspråk tillsammans med associerande känslor och kognition, liksom förändrad andning, hållning eller rörelse av kroppen, vilket kan främja terapeutisk förändring. I den första hypnosinterventionen var det förmodligen den trygga platsen – stranden, samt den posthypnotiska suggestionen som gjorde Sara lugnare och tryggare, vilket blev märkbart i början av processen. Hon hade samtidigt fått flera minnesbilder och undanbad sig hypnos den andra sessionen. Det var tydligt att när Sara började arbeta med hypnosen och de inre bilderna, så väcktes även andra minnesbilder. Dessa bearbetades både med de följande hypnosinterventionerna och dynamiska tolkningar, som enligt Enqvist (2004) liknar suggestioner.

Saras Återupplevandesymtom aktiverades mycket efter första hypnosinterventionen. Det var emellertid som att Sara tog ett steg tillbaka under större delen av andra sessionen, men i slutet av sessionen så öppnade hon plötsligt upp och berättade om olyckan. Den terapeutiska processen återupptogs och alliansen djupnade. Det verkar som om Sara hade fått hjälp av hypnosinterventionen att öppna upp och att detta hjälpte henne att bearbeta situationen med olyckan. Att alla symtom minskar och ligger långt under gränsvärdet i tredje sessionen ger stöd till ett sådant antagande.

Bearbetningsfasen startar när klienten kan fungera adekvat och stabilt i relationen med terapeuten och kan tolerera och reglera ”arousal” och dessutom har utvecklat någon grad av inre empati och samarbete. Under bearbetningsfasen är fokus inriktat på integration eller behandling av traumatiska minnen, således att övervinna den rädslan som väcks av traumatiska minnen (van der Hart, 2012). Den andra hypnosinterventionen introducerades i mitten av processen när Sara kände sig frustrerad och utan kontroll. Hennes ångestnivå var högre än tidigare. Hon värjde sig för minnesbilder som dök upp och sa sig vara en undvikandemänniska. Den hypnosintervention som introducerades för Sara gjorde att hon fick en känsla av kontroll och gav stöd till hennes självkänsla – hon blev vaggad av ett moln och kunde senare kontrollera detta moln. Hon släppte sin frustration i stunden och slappnade av. Det var som om hon ”sänkte garden” och kunde återta bearbetningen av traumat. Efter denna intervention gick skattning av Undvikandesymtom ner i PCL-C.

Tredje hypnosinterventionen introducerades i den avslutande delen av bearbetningsfasen, då Sara hade visat starka känslor i samband med att många bilder bubblade upp. Den hypnosintervention som introducerades för Sara öppnade upp hennes inre bildvärld ytterligare och hon fick tillgång till många olika känslor, både ilska, sorg och kärlek. Hon fick upptäcka sitt inre landskap och agerade ut sina aggressioner med en visuell metod som inte skadade någon, därefter träffade hon sin avlidna moder på vägen och hade ett ordlöst kärleksfullt möte med henne. När Sara därefter tog avsked från sin moder, återvände till sin trygga plats och tog saken i egna händer och gjorde ett kalhygge, var detta som ”Katharsis” för Sara. Hennes agerande när hon tog bort de gamla granarna och gjorde ”rent hus” för att granarna skulle bli något nytt, var en påtaglig beskrivning av en förändringsprocess. Det kan tolkas som om en blockering hade släppt och att Sara omgestaltar delar av sin upplevelse, som om hon avverkade delar av sitt liv som skymt sikten/utsikten eller solskenet. Hon hade många känslor efter denna intervention, men det föreföll som om dessa känslor nu var mer förankrade i henne själv. Efter denna hypnosintervention sjönk symtomen långt under gränsvärdet. Det tycktes som om denna hypnosintervention hjälpte Sara att ta ytterligare ett steg i sitt terapeutiska arbete.

När tiden är redo i den avslutande fasen, kan hypnosinterventioner som innehåller sorgbearbetning bli aktuella, speciellt när det gäller att ha förlorat mycket av livet på grund av kronisk traumatisering (van der Hart, 2012). Hypnosinterventioner med ritualer kring bortgång kan vara till hjälp, exempelvis kan klienten föreställa sig hur, och i vilken kontext, hon säger adjö till sin avlidna förälder. I Saras fall skulle det spontana mötet och det efterföljande avskedet med modern i den tredje hypnosinterventionen kunna ses som en parallell till ovan nämnda övning. Om tiden är rätt kan klienten genom att genomföra en sådan ritual bli symboliskt fri från förluster i det förgångna (van der Hart, 2012).

Slutligen innehåller den avslutande fasen även olika sätt att övervinna rädslor som hindrar klienten från att leva ett normalt och givande liv, med självutveckling. Här kan terapeuten hjälpa klienten att skapa guidade inre bilder över hur klienten vill agera i olika områden i livet, exempelvis när det gäller att upptäcka nya intressen och aktiviteter. I Saras fall hade redan sociala aktiviteter, både i kören och fiolgruppen, startats upp i inledningsfasen och kunde därmed följas under hela terapin.

Vid uppföljningen hade tre månader förflutit och Saras rädsla att förlora sina nya vänner hade ersatts av en känsla av gemenskap. Sara hade fått flera värmande bevis för att hon var uppskattad. Hon nämnde också att hon hade fått uppleva känslan av eufori, vilket var

ytterligare ett tecken på hennes förändrade förhållningssätt till tillvaron. Mätningarna med PCL-C visar i samma riktning.

Det kan konstateras att Återupplevande och Undvikande är de två kluster som i denna studie påverkas mest när det gäller hypnosbehandlingen, vilket är i linje med tidigare forskning (Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B., 1989, i Foa et. al., 2009).

Slutsats

Kan psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi hjälpa en klient med PTSD? Gav nu den här studien svar på min fråga om psykodynamisk korttidsterapi och hypnosterapi hjälper en klient som fått diagnosen depression, men med symtom och diagnos PTSD - tio år efter en olycka?

Ja, det förefaller som om klienten Sara har fått hjälp att behandla sin komplexa problematik med psykodynamisk korttidsterapi och hypnosterapi - resultaten visar en positiv trend. Den psykodynamiska korttidsterapin och processen hjälper Sara att förändra sina PTSD-symtom. Det verkar också som att de hypnotiska inslagen är behjälpliga i den dynamiska processen. Det är sannolikt så att hypnosinterventionerna skyndar på terapiprocessen och att detta hjälper klienten att bearbeta sitt trauma. De tre teman kring klientens förhållningssätt, till sig själv, till andra och till sin moder, förändras i positiv riktning. De skattningar som klienten gör på det Allmänna hälsotillståndet och PTSD-symtomen visar också på en positiv trend när mätningarna jämförs mellan första sessionen och uppföljningen.

Hur kan man förstå att en komplex och kronisk PTSD-klient kan få hjälp med sina symtom på enbart tio stycken 90-minuterssessioner? Hur kan man tänka kring en terapi av detta slag?

Hanna Levenson (2010) använder sig av några frågeområden för att avgöra ”om klienten har haft psykodynamisk korttidsterapi” och ”är redo att avsluta sin behandling”.

En fråga handlar om klienten bevisligen har förändrat interaktionen med signifikanta andra i sitt liv, och fått belöning i interaktionen? Sara har fördjupat sina befintliga relationer med Carl och Lisa. Hon har också skaffat sig nya vänner och bekanta när hon interagerat i kören och fiolgruppen. Hon har blivit bjuden på födelsedagskalas och hon har fått vara med i en gemenskap och känt sig uppskattad.

En annan fråga handlar om klienten bevisligen har mer emotionellt flöde inom sig själv? Har klienten rapporterat om en mer hel erfarenhet av Självet? Sara har varit avstängd initialt, men bearbetar traumat och många känslor bubblar upp som tidigare varit nertryckta,

och när hon avslutar terapin har hon tillgång till flera av sina känslor och använder dessa på ett mer nyanserat sätt. När Sara i den uppföljande sessionen berättar om euforin och känslan ”Att vara en del av allt”, så bekräftar hon tydligt att hon fått en mer hel erfarenhet av Självet.

En tredje fråga handlar om klienten har haft en ny erfarenhet (eller en serie av erfarenheter) av sig själv och av terapeuten inom terapin? I terapirummet har Sara fått möta en icke-dömande terapeut, vilket kan ha bidragit till att minska hennes rädsla för andras fördömande. Sara har också genomfört tre olika hypnosinterventioner tillsammans med terapeuten, vilka upplevs ha stärkt alliansen i hög grad mellan klient och terapeut.

Terapeuten kan således svara jakande på dessa frågor inför avslutet. Det förefaller som om psykodynamisk korttidsterapi med inslag av hypnosterapi har hjälpt Sara. Detta bekräftas när klient och terapeut träffas efter tre månader på uppföljning och terapin har ”fortsatt i rätt riktning” för Sara. Mätningarna pekar i samma positiva riktning - i PCL-C och i det Allmänna hälsotillståndet. Även mätningen med CSQ-8 visar att Sara är nöjd med terapin och att hon tycker sig ha fått god hjälp med sina svårigheter.

Studiens resultat är i visst avseende motsägelsefullt, eftersom PTSD-symtomen går upp vid den avslutande sessionen. Sara visar förhöjda PTSD-symtom på alla kluster och är nästan på samma höga nivå som vid start. Tidigare studier har visat att ångesthöjning och symtomhöjning finns med som fenomen vid avslut, vilket ofta hänger samman med att klienten upplever en separationsångest över att stå inför det faktum av att förlora sin terapeut (McWilliams, 1994). Enligt McWilliams är det inte ovanligt att symtom ökar vid avslutningen av en terapi. Detta är särskilt utmärkande för korttidsterapi. På frågan om korttidsterapiers avslut nämner Hanna Levenson Michael Hoyts citat ”Klienter är inte ”färdiga”; de blir inte bakade som en kaka!” (2010, s 93). Vid korttidsterapi är det inte så att terapeuten kan uppnå terapeutisk perfektionism, eftersom det fortfarande finns lösa trådar, och terapin slutar ofta när klienten är i full färd med att förändras.

Att behandla PTSD-symtom som har funnits hos klient under tio år, med en korttidsterapi, har sina begränsningar. Terapeuter bör minnas att klienter med komplex dissociativ störning, underhåller svårigheterna som stammar från traumat genom att vända rädlorna inåt. Dessa rädslor behöver utforskas och lösas upp under olika behandlingsfaser och introduktion kring hypnosarbete kan gradvis integreras i detta arbete.

Exempelvis kommer frågan upp om klienten i själva verket var ett fraktärt fall, dvs. ett ”resistent”/svårbehandlat fall, efter sina tio år med kronisk och komplex PTSD, där hon fick sjukhusvård enligt praxis, men ingen lindring av symtomen? Svaret står inte att finna, men det torde vara rimligt att anta att det hos Sara, förutom depression och PTSD, även fanns en

fördröjd och olöst, eller frusen, sorgereaktion. När skammen och skulden försvinner, kan sorgen komma fram.

Svaren kring denna terapies framgång finns måhända i den starka alliansen mellan klient och terapeut? Även samspelet - att interventionerna hade rätt timing tillsammans med Saras motivation och hennes bidrag till processen med träning och utmaningar - var till hjälp.

Fraktioneringen som genomfördes i bearbetningsfasen där alla symtom var för sig, fick behandlas och klinga av, var också lyckosam.

Att studiens design innefattade att klienten vid varje session fick fylla i PCL-C gjorde att varje detalj kring traumats symtom belystes och bedömdes. Detta underlättar inhämtande av kunskap för hur det pågående nuet, som kan förändras, ser ut (Gerge, 2009). Eftersom frågorna i PCL-C upplevs olika laddade för traumat vid olika tillfällen, påminner även detta om fraktionering. Detta tillvägagångssätt med frågor ger som bieffekt en naturlig fraktionerings-teknik, vilket är en fördel i en behandling som denna, eftersom det är ett säkert sätt att arbeta med traumarelaterat material genom att dela upp det i mindre delar. Metoden bygger på att klienten på olika sätt blir hjälpt att närma sig händelsen en liten bit i taget, där terapeuten hjälper klienten att reglera medvetandeflödet, för att inte riskera återtraumatisering.

Dessutom hade Sara resurser som förstärktes i terapin, exempelvis existerande relationer, sunda värderingar och motivation att vilja förändras. Det kan konstateras att, oavsett diagnos, så mådde Sara mycket bättre vid uppföljning, än vid start.

Terapin avslutades efter tio 90-minuters sessioner och avslutet låg invävt i behandlingen redan från början. Levenson (2010) skriver att alternativt har klienten fått så god erfarenhet av korttidsterapi att en ny terapi med en ny terapeut är tänkbar längre fram i livet. Med tanke på att Saras PTSD handlade om en komplex problematik är det troligt att Saras problem inte är helt avhjälpta, och att hon möjligen behöver återuppta ett terapeutiskt arbete längre fram, men resultatet från den här studien tyder på att hon har kommit en bra bit på väg.

Metoddiskussion

För att förstärka den pragmatiska fallstudiens trovärdighet i termer av pålitlighet, tillförlitlighet och replikerbarhet strävar författaren efter att återge en detaljerad beskrivning av det metodologiska tillvägagångssättet.

Givet det positiva utfallet är ändå studien behäftad med begränsningar; att forskaren och terapeuten är en och samma person och att det inte varit möjligt att involvera någon oberoende bedömare. Resultaten i studien vilar således enbart på terapeutens tolkningar av

skeenden och utfall vad gäller processen. I studien har tre vedertagna mätinstrument använts, för att få information från andra data och för att kunna åstadkomma en form av triangulering. Emellertid har dessa mätningar även sina begränsningar, då terapeuten har administrerat samtliga mätningar. Det finns således en risk att klientens svar har påverkats av det beroendeförhållande som finns mellan klient och terapeut. Mätinstrumenten är vedertagna och har använts i stor skala i kliniska studier och de har visat sig ha hög reliabilitet och validitet. Och med tanke på att det är så stor variation emellan mätningarna, är det rimligt att anta att detta beroendeförhållande inte har varit styrande, när klienten har skattat sina svar. Vid en triangulering med två till tre olika mätinstrument, likt sjömän på segelfartyg från förr, kan man i fallstudien se olika perspektiv och komma närmare "sanningen". Författarens tolkningar av dessa processanteckningar och teman, behöver inte vara de enda möjliga, men författaren vill göra gällande att de utgör en möjlig förståelsehorisont, ett möjligt perspektiv. Likt ett sjökort som tolkas av sjömän, trianguleras och jämförs med miljön och som därefter kan navigeras efter...

Det kan ses som en svaghet att inte kunna publicera fallstudiens hypnosinterventioner ordagrant, men kontakt togs med min hypnoslärare, hypnoterapeut Larz Jespersen i Danmark, (personlig kommunikation, 2015-04-14) angående eventuell upphovsmannarätt till interventionerna, men han kunde inte tänka sig att där fanns upphovsmannarätt till någon av nämnda övningar. En av hypnosinterventionerna var dessutom hans egen "upppfinning" och de övriga var hans tolkning av andras interventioner. Trots detta är han ändå tveksam till att i detalj beskriva dem, eftersom övningarna är potenta och bör användas av utbildade terapeuter.

En styrka är att fallstudien ger praktisk kunskap och fångar komplexiteten hos en individ med depressionsdiagnos som har PTSD-symtom i över tio år. Studiens resultat är inte möjligt att generalisera, men resultaten kan vara värdefulla för den kliniska praktiken. Det vore önskvärt med flera liknande fallstudier, som då tillsammans skulle kunna utgöra ett slags kunskapsbas. Dels för att denna studie har fått ett positivt utfall vid behandling med psykodynamisk korttidsterapi med klinisk hypnos, dels för att det inte finns någon liknande forskning inom området.

Förslag på framtida forskning

Utifrån min erfarenhet är det inte ovanligt att klienter med depression, men även klienter med smärta, självsador och psykosomatiska besvär har samsjuklighet med traumarelaterat tillstånd. Det finns ett stort vårdbehov hos dessa klienter som ofta upplever att de inte får den hjälp de behöver från den allmänna sjukvården. Frågan är om de erbjuds

psykoterapi i tillräcklig utsträckning inom sjukvården eller om behandlingen enbart består av medicinering och eventuellt sjukgymnastik.

Denna studie visar en tendens mot att psykodynamisk korttidsterapi och hypnotiska inslag är en verksam behandlingsmetod vid PTSD-problematik.

Jag efterlyser således mer forskning kring psykodynamisk korttidsterapi och hypnosterapi för att fördjupa kunskapen inom detta område, så att både jag och andra professionella kan utvecklas och bli bättre på att ge adekvat behandling mot fysiska och psykiska besvär hos denna växande klientgrupp.

Bilaga 1.

DSM-IV-TR – Definition av PTSD

309.81 Posttraumatiskt stressyndrom F43.1

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse, där följande ingått i bilden:

(1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.

(2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.

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

B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:

(1) återkommande, påträngande eller plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. **Obs:** Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.

(2) återkommande mardrömmar om händelsen. **Obs:** Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.

(3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flash-backupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). **Obs:** Hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.

(4) intensivt fysiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

(5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:

(1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat

(2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat

- (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
- (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
- (5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
- (6) begränsade affekter (ex. oförmåga att känna kärlek)
- (7) känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)

D. Ihållande symptom på överspändhet (ICD-10 kallar symptomet *hypervigilans*) (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

- (1) svårt att somna eller orolig sömn
- (2) irritabilitet eller vredesutbrott
- (3) koncentrationssvårigheter
- (4) överdriven vaksamhet
- (5) lättskrämthet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Specificera om:

akut: symptomen har varat mindre än tre månader

kroniskt: symptomen har varat tre månader eller längre

Specificera om:

med försenad debut: symptomen debuterade minst sex månader efter traumat

Bilaga 2. DSM-5 engelsk version PTSD

Posttraumatic Stress Disorder – Diagnostic Criteria

309.81

(F43.10)

Note: The following criteria apply to adults, adolescents, and children older than 6 years.

For children 6 years and younger, see corresponding criteria below.

- A. Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:
1. Directly experiencing the traumatic events(s).
 2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
 3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death of a family member or friend, the event(s) must have been violent or accidental.
 4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).
Note: Criterion A4 does not apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures, unless this exposure is work related.
- B. Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:
1. Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s). **Note:** In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.
 2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s). **Note:** In children, there may be frightening dreams without recognizable content.
 3. Dissociative reactions (e.g. flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.) **Note:** In children, trauma-specific reenactment may occur in play.
 4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
 5. Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
- C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by one or both of the following:
1. Avoidance of or efforts to avoid distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).

2. Avoidance of or efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
- D. Negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs).
 2. Persistent and exaggerated negative beliefs or expectations about oneself, others, or the world (e.g., “I am bad,” “No one can be trusted,” “The world is completely dangerous,” “My whole nervous system is permanently ruined”).
 3. Persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others.
 4. Persistent negative emotional state (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame).
 5. Markedly diminished interest or participation in significant activities.
 6. Feelings of detachment or estrangement from others.
 7. Persistent inability to experience positive emotions (e.g., inability to experience happiness, satisfaction, or loving feelings).
- E. Marked alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects.
 2. Reckless or self-destructive behavior.
 3. Hypervigilance.
 4. Exaggerated startle response.
 5. Problems with concentration.
 6. Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep).
- F. Duration of the disturbance (Criteria B, C, D, and E) is more than 1 month.
- G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- H. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Specify whether:

With dissociative symptoms: The individual’s symptoms meet the criteria for posttraumatic stress disorder, and in addition, in response to the stressor, the

individual experiences persistent or recurrent symptoms of either of the following:

1. **Depersonalization:** Persistent or recurrent experiences of feeling detached from and as if one were an outside observer of, one's mental processes or body (e.g., feeling as though one were in a dream; feeling a sense of unreality of self or body or of time moving slowly).
2. **Derealization:** Persistent or recurrent experiences of unreality of surroundings (e.g., the world around the individual is experienced as unreal, dreamlike, distant or distorted).

Note: To use this subtype, the dissociative symptoms must not be attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts, behavior during alcohol intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

Specify if: **With delayed expression:** If the full diagnostic criteria are not met until at least 6 months after the event (although the onset and expression of some symptoms may be immediate).

Bilaga 3.

Sida 1 av 2

Namn / ID

Datum

PCL-C

INSTRUKTIONER: Nedan är en lista på problem och besvär som människor ibland kan få som en reaktion på stressande livsupplevelser. Var vänlig läs varje påstående noga, markera sedan med en cirkel den siffra som motsvarar hur mycket du har besvärats av detta problem under den senaste månaden.

Ringa in ett alternativ på varje rad

	inte alls	lite grann	måttligt	en hel del	väldigt mycket
<input type="radio"/> 1 Återkommande oroande <i>minnen, tankar eller bilder</i> av en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 2 Upprepade <i>mardrömmar</i> om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
3 Plötsligt <i>agera</i> eller <i>känna dig</i> som om den stressande upplevelsen <i>hände igen</i> (som om du återupplevde den)	1	2	3	4	5
4 Känslor av <i>stark upprördhet</i> när <i>något påminde dig</i> om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
5 <i>Fysiska reaktioner</i> (t.ex. hjärtklappning, andnings-svårigheter, svettningar) när <i>något påminde dig</i> om en tidigare stressande upplevelse.	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 6 Undvikit att <i>tänka på</i> eller <i>prata om</i> en tidigare stressande upplevelse, eller undvikit att <i>känna något</i> som förknippas med den	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 7 Undvikit <i>aktiviteter eller situationer</i> därför att <i>de påmint dig</i> om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
8 Svårigheter att <i>minnas viktiga delar</i> av en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
9 <i>Tappat intresset</i> för aktiviteter som du brukade tycka om	1	2	3	4	5
10 Upplevt <i>avstånd eller främlingskap</i> inför andra människor	1	2	3	4	5

Fortsätt på nästa sida

s. 1

	Ringa in rätt alternativ				
	inte alls	lite grann	måttligt	en hel del	väldigt mycket
11 Kämt dig <i>känslomässigt avtrubbad</i> eller oförmögen att känna tillgivenhet för dina närstående	1	2	3	4	5
12 Upplevt att du <i>saknar framtid</i>	1	2	3	4	5
13 Svårt att <i>somna</i> eller <i>orolig sömn</i>	1	2	3	4	5
14 Kämt dig <i>irriterad</i> eller fått <i>vredesutbrott</i>	1	2	3	4	5
15 Haft <i>svårt att koncentrera</i> dig	1	2	3	4	5
16 Varit " <i>hyperalert</i> " eller på din vakt	1	2	3	4	5
17 Kämt dig <i>nervös</i> eller <i>lätskrämd</i>	1	2	3	4	5

s.2

Bilaga 4.

CSQ-8

Var vänlig och hjälp till att förbättra vår behandling genom att svara på några frågor om den terapi du har fått. Vi är intresserad av dina ärliga svar, oberoende om de är positiva eller negativa. Var vänlig och besvara alla frågor. Vi välkomnar också dina kommentarer och förslag. Tack så mycket. Vi uppskattar verkligen din hjälp!

SÄTT EN RING RUNT DINA SVAR

1. Hur bedömer du kvalitén på den terapi du fått?

Utmärkt

Bra

Måttlig

Dålig

2. Fick du den typ av terapi som du önskade?

Nej, definitivt inte

Nej, egentligen inte

Ja, i allmänhet

Ja, definitivt

3. I vilken utsträckning har vår behandling svarat mot dina behov?

*Nästan alla mina
behov har mötts*

*De flesta av mina behov
har mötts*

*Bara några få av
mina behov har mötts*

*Inget av mina
behov har mötts*

4. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du rekommendera vår mottagning till honom eller henne?

Nej, definitivt inte

Nej, jag tror inte det

Ja, jag tror det

Ja, definitivt

5. Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du fått?

*Helt
otillfredsställd*

*Likgiltig eller något
otillfredsställd*

*Till största delen
tillfredsställd*

*Mycket
tillfredsställd*

6. Har terapin du har fått hjälpt dig att på ett bättre sätt handskas med dina problem?

*Ja, den har hjälpt
en hel del*

*Ja, den har hjälpt
till viss del*

*Nej, den har egentligen
inte hjälpt*

*Nej, den verkar ha
gjort det värre*

7. Totalt sett, hur tillfredsställd är du med den terapi du har fått?

*Mycket
tillfredsställd*

*Till största delen
tillfredsställd*

*Likgiltig eller något
otillfredsställd*

*Helt
otillfredsställd*

8. Om du skulle söka hjälp igen, skulle du komma tillbaks till vår mottagning?

*Nej, definitivt inte
definitivt*

Nej, jag tror inte det

Ja, jag tror det

Ja,

Bilaga 5.

Informerat samtycke

Jag, NN, personnummer, lämnar härmed skriftligt samtycke om deltagande sedan jag blivit informerad om:

- Undersökningens syfte; det är ett examensarbete där Cecilia Eliasson skall fördjupa kunskaperna om sena effekter av PTSD (posttraumatiskt stress syndrom).
- Den behandling som kommer att användas är psykodynamisk korttidsterapi samt inslag av klinisk hypnos.
- De data som kommer att användas i studien är terapeutens anteckningar som görs under terapins gång, instrumentet PCL-C samt notering av klientens svarskommentarer samt klientens skattning av hur hon mår vid varje tillfälle.
- Etiska överväganden; Cecilia Eliasson kommer att skydda patientens identitet genom att inte skriva ut namn på personer och platser samt att så långt som möjligt utelämna detaljer i klientens berättelser för att undvika igenkännande.
- Ansvarig för studien är Cecilia Eliasson.
- Medverkan i undersökningen är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att detta får några negativa konsekvenser, eller påverkar fortsatt behandling.
- Uppföljning av behandling kommer att ske tre månader efter behandlingen avslutas och då används utvärderingsformulär.

Ö-köping 2014-00-00

.....

NN

Referenser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV TR*. (4th ed.) Text Revision. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington, VA: American Psychological Association.
- Attkisson, C. C., Hargreaves, W.A., Horowitz, M. J. & Sorensen, J. E. (Eds.), (1978). *Evaluation of human service programs*. New York: Academic Press.
- Barabasz, A., Barabasz, M. & Watkins, J. G., (2012). Single-session manualized Ego State Therapy (EST) for combat stress injury, PTSD, and ASD, Part 2: The procedure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol 60, No 3, pp. 370-381.
- Barabasz, A. & Christensen, C. (2010). Hypnosis concepts. In Barabasz, A., Olness, K., Boland, R., & Kahn S. (Eds.), *Medical hypnosis primer: Clinical and research evidence* (pp.1-10). New York, NY: Routledge.
- Blanchard, E. B., Jones Alexander, J., Buckley, T. C. & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34, pp. 669-673.
- Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNavy, S., Pain, C. & Putnam, F. A. (2009). Naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not other specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2009, Vol 1, No 2, pp. 153-171. I A. Gerge, (2009). *Hypnos i psykoterapeutiskt arbete. Ett integrativt perspektiv*. Stockholm: Insidan.
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612.
- Bullington, J., Sjöström-Flanagan, C., Nordemar, K. & Nordemar, R. (2005). From pain through chaos towards new meaning: Two Case studies. *The arts of Psychotherapy*, 32, 261-274.
- Cardeña, E., (2000). Hypnosis. In Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J., (Eds.) (2000). *Effective Treatments for PTSD*. (pp. 247-279). New York: The Guilford Press.

- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O. & Spiegel, D. (2009). Hypnosis. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (Eds.) (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (2nd ed.) (pp. 427-457). New York: The Guilford Press.
- Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K. & Bottomley, A. (2002). *EORTC – Quality of Life Study Group. Translation Procedure*. Brüssel: EORTC.
- Denscombe, M., (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Enqvist, B., (2004). *Inbjudan till trance. Hypnos i vård och terapi*. Stockholm: Mareld.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Frans, Ö., Rimmö, P-A., Åberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
- Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Gabbard, G. O., Litowitz, B. E. & Williams, P. (Eds.). (2012). *Textbook of psychoanalysis*. (2th ed.) Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Gantt, L. & Tinnin, L. W., (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 69-80. New York: Elsevier Science.
- Gerge, A. (2009). *Hypnos i psykoterapeutiskt arbete. Ett integrativt perspektiv*. Stockholm: Insidan.
- Gerge, A. (2010). *Trauma – om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Ludvika: Dualis.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W.A. & Nguyen, T. D., 1979. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Levenson, H., (2010). *Brief Dynamic Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Manne, S.L., Duhamel, K., Gallelli, K., Sorgen, K. & Redd, W. H. (1998). Posttraumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors; diagnosis, comorbidity, and utility of PTSD checklist as a screening instrument. *Journal of pediatric psychology*, 23, 357-366.
- McLeod, J. (2012). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4:1) 382-402.
- MacHovec, Frank J., (1985). Treatment variables and the use of hypnosis in the brief therapy of post-traumatic stress disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(1), 6-14.
- McWilliams, N. (1994), *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Michel, P-O., Bergh Johannesson, K., Ahmad, A. & Lundin, T., (2006). Posttraumatiskt stressyndrom alltmer i fokus. *Läkartidningen*, 44(103), 3369-3372.
- National Center for PTSD (n.d.). PTSD Checklist (PCL). Hämtat 24 februari 2015 från <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ptsd-checklist.asp>
- National Institute of Mental Health [NIHM], (n.d.). Hämtat 27 februari 2015 från <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- Ogden, T. H., (2009). Rediscovering Psychoanalysis. *Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting*. London: Routledge.
- Ottosson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber
- Phillips, M. (2014). Mending fences: Repairing boundaries through Ego State Therapy, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(1), 23-38, DOI: 10.1080/00029157.2013.789431
- PsycINFO (n.d.), Hämtat 14 mars 2015 från <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
- Pöder, U. (2008). *Posttraumatic stress among parents of children on cancer treatment: support, care and distress*. (Doktorsavhandling). Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.
- Ruggiero, K.J., Del Ben, K., Scotti J.R. & Rabalais, A.E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 495-502.
- Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton.
- Stern, D. (2005). *Ögonblickets psykologi*. Falköping: Natur & Kultur.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom.

Kommentarer från en expertgrupp. 2009-06-05. Boalt Boëthius, S., Bohman, G., Carlberg, G., Hau, S., Philips, B., Sandahl, C., Schubert, J., Sigrell, B., Werbart, A., Wilczek, A. & Öman, M-L. Genom Gunnar Bohman, Stockholms Universitet. Psykologiska institutionen.

Socialstyrelsen, (n.d.). Hämtat 6 mars 2015 från

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/posttraumatisktstressyndrom>

Spiegel, D. (2013). Tranceformations: Hypnosis in brain and body. *Depression and anxiety*, 30, 342–352.

U.S. Department of Veterans Affairs [VA], (n.d.). Hämtat 4 mars 2015 från

http://www.veteranshealthlibrary.org/Encyclopedia/142,ZX1122_VA

Van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology* 3, 8458 – DOI:10.3402/ejpt.v3i08458

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

Van der Kolk, B. A. (2007). *The history of trauma in psychiatry*. In Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. (pp. 19-36). New York: Guilford Press.

Wilson, J. & Keane, T. (Eds.). (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Världshälsoorganisationen [WHO], (n.d.). Hämtat 27 februari 2015 från

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q7/en/

Yapko, M. D. (2003). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. (3rd ed.). New York: Brunner-Routledge.

Yard, S., DuHamel, K. & Galynker, I. (2008). Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: A review of quantitative studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 334-356.

Zwick, R. J., (1982). *The effect of pretherapy orientation on client knowledge about therapy improvement in therapy, attendance patterns, and satisfaction with services*. (Master thesis), University of California, Berkeley. (1981). *Masters Abstracts*, 1982, 20(3). (University Microfilms No. 13-18082).