



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Traumats ansikte**

en kvalitativ studie om upplevelser och erfarenheter av trauma  
vid PTSD och depression – ur ett patientperspektiv

**Rose-Marie Lock**

Psykoterapeutexamensuppsats 2017

Handledare: Jens Knutsson  
Examinator: Håkan Johansson

## Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka hur patienter med traumarelaterad diagnos eller depression beskriver upplevelser och erfarenheter av självupplevda trauman för att få en bättre uppfattning om trauma som fenomen och hitta implikationer för behandling av traumarelaterade besvär. En tematisk analys har gjorts. Generellt beskrivs trauma som ett tydligt fenomen, som avskiljs från naturliga händelser i livet och som innefattar både subjektiva reaktioner och långvariga konsekvenser, som påverkar självuppfattningen. Händelsers karaktär har betydelse, men är inte alltid överensstämmande med DSM-kriterierna för PTSD. Tre ”nya” undergrupper utifrån typ av trauma som identifierats är mobbing under uppväxten, eget livshotande självmordsförsök och förlust av nära anhörig. Subjektiva upplevelser beskrivs både utifrån omedelbara reaktioner och hur trauman på längre sikt påverkar självbild. Psykologiska mekanismer som tycks betydelsefulla för hur trauman processas rör sig om faktorer som affektreglering, coping/försvarmekanismer, omedvetna processer, hur trauman relateras till och integreras med tidigare föreställningar om självet och världen och hur tidiga anknytningsmönster inverkar, som hypotetiskt är viktiga aspekter att beakta i traumabehandling. En hypotes är att traumainriktad psykoterapi har relevans för andra patientgrupper än enbart dem med PTSD, men kan behöva anpassas för olika subgrupper av patienter beroende på typ av trauman och hur trauman bearbetas psykologiskt.

Nyckelord: psykologiskt trauma, PTSD, depression, subjektiva upplevelser, självbild, coping, försvarmekanismer, affektreglering, kvalitativ, tematisk analys.

## Abstract

The aim of this qualitative study is to investigate aspects of trauma from a patients point of view, who have post traumatic stress disorder or depression, in order to get a better understanding about trauma as a phenomena and to find implications for treatment of trauma-related difficulties. A thematic analysis has been used. The overall conclusion is that trauma is described as a specific phenomena, that is an event that is not part of normal life and which includes aspects of the persons reaction to the event and also including longstanding consequences, affecting the inner sense of self. The specific nature of the event has an importance, but is not always consistent with the diagnostic criterion for PTSD according to DSM V. Three “new” subgroups according to type of event are identified, which are bullying in childhood and adolescence, life threatening suicide attempts and the loss of a relative. Subjective experiences of trauma are described both according to the immediate response as well as how trauma relates to perceptions of the self. Psychological mechanisms that seem to be involved in what is experienced as traumas are, emotional regulation, coping or defense mechanisms, unconscious processes, how the person relates and integrates trauma with their previous comprehension of self and the world and how trauma relates to attachment qualities in early relationships, which all are aspects that hypothetically should be considered in trauma-treatment. Recognizing different aspects of trauma and possibly different subgroups of trauma-patients can be helpful in finding the right treatment for the right person. A hypothesis is that trauma-treatment could be beneficial for other patients than just those with clearly defined PTSD.

Keywords: psychological trauma, post traumatic stress disorder, depression, subjective experience, view of self, self-schema, coping, defense-mechanisms, emotional regulation, qualitative, thematic analysis.

## Tack

Först och främst - tack alla deltagare för att ni generöst delat med er av era erfarenheter. Tack Håkan för din entusiasm och positiva anda, som gett inspiration i både med- och motgång. Tack Jens för de intressanta och givande diskussioner vi haft. Tack Tomas för ditt stöd.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>Teori</b> .....	<b>6</b>
Definitioner av trauma .....	6
Traumateorier .....	8
PTSD och DESNOS .....	13
Komplex PTSD .....	14
Depression och trauma .....	15
Studier om traumatiska händelser .....	18
Studier om subjektiva upplevelser .....	19
Psyko-terapeutisk behandling vid trauma .....	20
<b>Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>22</b>
<b>Metod</b> .....	<b>23</b>
Metodbakgrund .....	23
Deltagare .....	25
Procedur .....	26
Instrument .....	26
Dataanalys .....	27
Etik .....	27
<b>Resultat</b> .....	<b>28</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>57</b>
Metoddiskussion .....	57
Resultatdiskussion .....	59
Framtida forskning .....	77
<b>Referenser</b> .....	<b>79</b>
<b>Appendix</b> .....	<b>86</b>

## Inledning

Människan lever i ständigt utbyte med sin omgivning. Hur yttre miljöfaktorer påverkar oss som människor är en av de stora frågorna inom både psykiatri och psykologi. Vilken roll yttre psykiska belastningar har för uppkomst av psykiska problem och hur dessa hanteras psykologiskt är frågor som alltjämt diskuteras och är föremål för debatt.

”Trauma” är ett centralt begrepp då vi talar om dessa frågor. Att någon är ”traumatiserad” befästs med olika föreställningar, ibland något skrämmande, avvikande, sjukligt och farligt. I andra sammanhang används ordet trauma i liknande betydelse som kriser. Om vi tittar närmare på begreppet är det inte helt klart vad som entydigt menas med trauma.

I modern psykotraumatologi talar man ofta om trauma som ett komplext fenomen, som kan förstås utifrån olika perspektiv, såsom psykologiska, biologiska och sociala perspektiv (Michel et al., 2010). I de diagnossystem vi använder ges beskrivning av vad som kan kallas trauma för att få diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Kritik har framförts kring huruvida den beskrivning av traumatiska händelser (A1-kriterierna) som återfinns i *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, version 5 (DSM V, 2013) speglar traumabegreppet på ett tillfredsställande sätt (Miller, Wolf & Keane, 2014). Mycket forskning har gjorts som handlar om vilken typ av trauma som har betydelse för uppkomst av psykiska traumarelaterade besvär (e. g. Breslau & Kessler 2001; Gold, Marx, Soler-Baillo & Sloan, 2005). Subjektiva upplevelsers roll för uppkomst av traumarelaterade besvär diskuteras också (e. g. Creamer, McFarlane & Burgess, 2005; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove & Bryant, 2010) framför allt i förhållande till de tidigare A2-kriterierna i DSM IV (1994).

Få studier om vad patienter i en klinisk vardag upplever som traumatiskt har gjorts. En sökning på akademiska artiklar på LUBsearch med sökorden ”qualitative study”, ”subjective experience”, ”psychological trauma” gav 108 artiklar, där ingen behandlar vad patienter i en klinisk verksamhet upplever som traumatiskt. Att tydligare identifiera vad patienter i en klinisk vardag menar med trauma genom kvalitativ analys och identifiera undergrupper beroende på vad som upplevs som traumatiskt kan ge en ökad förståelse för olika typer av trauman och för att uppmärksamma olika grupper som kan ha nytta av traumabehandling. Fenomenet trauma kan belysas ur många aspekter och vilken betydelse subjektiva upplevelser, intrapsykiska mekanismer och andra aspekter av trauma har i diagnostik och synen på traumarelaterade tillstånd är en viktig fråga för att nå en ökad förståelse av trauma som fenomen, som denna studie vill belysa.

Hur vi definierar trauma och hur vi ser på traumats betydelse för psykiskt mående har en betydelse för hur behandling av psykiska problem utformas. Inte minst inom psykoterapins område har det betydelse hur vi ser på trauma som fenomen för hur vi närmar oss frågor om trauma i

enskilda psykoterapier.

Vilken betydelse trauma har för även andra diagnosgrupper än PTSD kan också vara vägledande i förståelsen av trauma och att utforma behandlingsmetoder som är anpassade för olika grupper. Intressant är att nyare psykoterapimetoder som har traumainriktning, till exempel EMDR har visat positiva resultat även vid behandling av depression (Hase et al, 2015). Enligt Allen (2013) ingår grundläggande psykodynamiska tekniker i de flesta terapier som handlar om komplexa traumabesvär. Detta antyder att aspekter som behandlar trauma kan vara värdefulla att ta i beaktande även inom ett vidare perspektiv i psykoterapeutisk behandling än enbart för behandling av enkla trauman.

Jag har i denna studie velat få en djupare förståelse kring fenomenet ”trauma” med utgångspunkt från ett patientperspektiv. Studien vill undersöka hur personer som har en behandlingskontakt på grund av traumarelaterad diagnos eller depression, i en klinisk vardag definierar och upplever det de kallar trauma, dels för att få en djupare förståelse av traumats natur, dels för att identifiera viktiga aspekter av trauma som kan vara av betydelse i psykoterapi av olika former av traumarelaterade besvär.

## Teori

### Definitioner av trauma

**Trauma som begrepp.** Ordet ”trauma” kommer från grekiskan och betyder sår. Enligt Nationalencyklopedien (Nationalencyklopedien, 2017) definieras psykiskt trauma som:

Psykiskt trauma utgörs av psykisk påverkan efter en händelse av chockartad eller smärtsam art, vanligen en separations-, katastrof- eller kränkingsupplevelse. Ett psykiskt trauma ger upphov till en traumatisk kris, vilken kan orsaka psykiska störningar om den inte bearbetas.

I litteraturen finns många beskrivningar av trauma som koncept, men det är svårt att hitta en enhetlig definition. Van der Kolk och Fisler (1995), ofta citerad inom traumalitteraturen, definierar trauma som ”en påfrestande händelse som inte kan undflys och inte hanteras med individens tillgängliga resurser” (Van der Kolk & Fisler, 1995, s. 505). Här tas hänsyn till den individuella reaktionen på en belastande händelse.

Vissa forskare inom psykotraumatologi menar att trauma måste ses utifrån en kontext. Nijenhuis och van der Hart (2011) ger till exempel följande beskrivning: ”We do not understand ”trauma” as an event but as a psychological ”wound” evolved in relation to a variety of coupled psychological, biological, social and other environmental factors.” (Nijenhuis & van der Hart, 2011, s. 419).

Parad och Caplan (1960) har studerat vilka faktorer som har betydelse för vad som kan anses vara ett trauma då en stressfull händelse inträffar mot en person eller inom familjen och fann följande faktorer: (1). den stressfulla händelsen innebär ett problem som är olösbart i den omedelbara framtiden, (2). den stressfulla händelsen övergår personens psykologiska resurser, eftersom den går utanför vanliga problemlösningsmetoder, (3). situationen upplevs som ett hot mot livsmål, (4). krisperioden som följer är dominerad av hög spänningsnivå, (5). situationen återuppväcker tidigare olösta kärnproblem hos individen.

**Trauma och kris.** I litteraturen skiljs ofta mellan trauma och kris, men åtskillnaderna varierar och begreppen är ofta överlappande. Johan Cullberg skrev på 1970-talet sin klassiska bok ”Kris och utveckling”, första gången utkommen 1975. I boken tas begreppet kris upp, vilket Cullberg beskriver enligt följande: ”Ett psykiskt kristillstånd befinner man sig i då ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och bemästra den livssituation som man råkat in i.” (Cullberg, 2006, s. 19).

Cullberg betonar att krisen måste ses i en kontext och relateras till individens personliga omständigheter. Cullberg lyfter också fram krisen som något som för personen innebär möjligheten till en utveckling. Enligt Cullberg utvecklas kriser tidsmässigt enligt vissa faser.

Cullberg tar inte upp begreppet trauma som ett eget begrepp, utan talar om ”traumatisk kris”, som en undergrupp av kriser. Cullberg skiljer i huvudsak mellan två typer av kriser: (1). den traumatiska krisen och (2). utvecklingskriser eller livskriser, där den senare utgörs av yttre händelser som tillhör det vanliga livet, men som i enskilda fall ändå blir övermäktiga. Cullberg betonar alltså både händelsens karaktär och individens reaktion på händelsen, den inre personliga betydelsen av det inträffade, den aktuella livssituationen, personens psykiska mognad och sociala omgivningsfaktorer för avgörande om en kris utvecklas.

Cullberg sammanfattar vad han benämner traumatisk kris som:

Individens psykiska situation vid en yttre händelse som är av den arten eller graden att den fysiska existensen, sociala identiteten och tryggheten eller de grundläggande möjligheterna till tillfredsställelse i tillvaron hotas. En traumatisk kris kan beskrivas dels utifrån vilket slags trauma som orsakat krisen, dels utifrån händelsens personliga innebörd och betydelse.

(Cullberg, 2006, s. 120).

**Potentiellt traumatiserande händelse.** Inom psykotraumatologin används ofta begreppet ”potentiellt traumatiserande händelse”. (e. g. Michel et al., 2010). En händelse i sig är inte ett trauma, utan flera faktorer avgör om händelsen kommer att leda till en traumatisk reaktion och PTSD.



Potentiellt traumatiserande händelser kan enligt Allen (2001, refererad i Wennerberg, 2010) delas in i: (1). icke personliga trauman, till exempel olyckor, naturkatastrofer och dylikt, (2). interpersonella trauman, det vill säga trauman som orsakas av andra människor, såsom rån, misshandel, sexuella övergrepp, tortyr och (3). anknytningstrauman, det vill säga trauman som inträffar inom anknytningsrelationen.

I DSM V återfinns en definition av vad som i psykiatrisk diagnostik menas med potentiellt traumatiserande händelser, vilken anges i kriterie A1, vilket innebär att personen upplevde, bevittnade eller konfunderades med en händelse eller en serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet (DSM V, 2013). Denna definition är en relativt snäv definition av potentiellt traumatiserande händelse och vissa kritiker (e. g. Miller, Wolf & Keane, 2014) menar att DSM-definitionen är alltför snäv för att på ett tillfredsställande beskriva trauma som begrepp och fånga in de patienter som har traumarelaterade besvär.

Således finns olika definitioner av trauma som begrepp, där olika aspekter betonas och spänner från snäva versioner som specificerar händelser till bredare definitioner, där händelser inte specificeras, utan istället betonar hur individen hanterar situationen.

## Traumateorier

**Psykodynamiska teorier.** I tidiga psykodynamiska teorier förekom idéer om att trauman kan orsaka psykiska problem. Jean Martin Charcot, som verkade under 1890-talet, refererad i Ringel och Brandell (2012) beskrev hos sina patienter symptom med diffusa neurologiska symptom, svimningar, känselbortfall, pareser, kramper utan neurologisk sjukdom, som sedermera kom att benämnas hysteri. Charcots teori var att dessa symptom orsakats av psykiska trauman, framför allt sexuella övergrepp som de, oftast unga, kvinnorna upplevt. Genom att åter framkalla händelserna i minnet genom till exempel hypnos och på nytt bearbeta dem emotionellt kunde patienterna bli fria från sina symptom (Ringel & Brandell, 2012). Charcots lärlunge Pierre Janet pekade på dissociation som ett psykiskt fenomen, där medvetandet splittras upp, som en följd av trauman (Vermetten, Dorahy & Spiegel, 2007).

Sigmund Freud hade också tidiga teorier om att verkligt upplevda övergrepp eller kränkningar varit orsak till psykiska besvär. Dessa idéer utvecklade Freud till sin ”traumateori”, vilken beskrivs i ”Studier kring hysterin” (Freud & Breuer, 1895). I senare skrifter begränsade han upplevelserna till att gälla sexuell förförelse, därav kallas denna ofta ”förförelseteorin”. Ytterligare något senare lämnade Freud sin ursprungliga traumateori och pratade istället om att idéer och fantasier om förförelse som är skapade av patientens inre är orsaken till en inre konflikt (mellan

fantasi och ideal) och är det som ger upphov till symptomen (Ringel & Brandell, 2012).

Teorier om PTSD utvecklades under 1900-talet i relation till krigsförhållanden. Efter första världskriget studerade Abraham Kardiner (1941, refererad i Ringel & Brandell, 2012) traumatiserade amerikanska soldater och beskrev att patienterna betedde sig som om den traumatiska situationen fortfarande existerar och fastnar i de försvarsmekanismer som inte kunnat lösa traumat från början. Psykoanalytikern Henry Krystal (1988, refererad i Ringel & Brandell, 2012) behandlade människor som överlevt koncentrationsläger och beskrev alexitymi, som en effekt av traumatisering, det vill säga att personen inte har tillgång till att känna, identifiera och uttrycka känslor.

Teorier under första delen av 1900-talet fokuserade inte så mycket på trauma som fenomen (Wennerberg, 2010). Objektrelationsteorin fäster dock uppmärksamhet på de tidiga relationernas betydelse för barnets personlighetsutveckling. Tidiga relationer har betydelse för hur barnet integrerar objekt och skapar en hel inre jaguppfattningen (Wennerberg, 2010). Melanie Kleins teorier om paranoid-schizoid och depressiv position används ibland för att förklara sätt att hantera förluster, då en person som inte nått en depressiv position ej kan sörja det förlorade objektet, utan fastnar i splittade bilder av objektet och introjicerar en bild av ett förföljande objekt (Klein, 1993). Donald Winnicott fäster uppmärksamhet på den tidiga mor-barn-relationen och att brister i vårdgivarens speglingen av barnet kan leda till utveckling av ett ”falskt” själv (Winnicott, 1993).

Inom psykodynamiska teorier är ett klassiskt sätt att se på försvar som jagfunktioner, som är till för att lösa intrapsykiska konflikter eller konflikter mellan organismen och omgivningen (Dewald, 1969). Försvarsmekanismer kan vara både medvetna och omedvetna processer och symptombildning ses som ett resultat av försvarsmekanismer som inte till fullo är ändamålsenliga (McWilliams, 2011). Psykologiska försvar försöker hantera överväldigande upplevelser oftast genom att förpassa dem till det omedvetna. En skillnad mellan tidiga och senare psykodynamiska teorier är att i tidiga teorier är försvarens uppgift att hantera och kontrollera energi i impulser från det som vill urladdas, medan senare teorier till större del menar att försvaren uppkommer till följd av svårigheter för jaget att integrera aspekter av en yttre verklighet (Gabbard, Litowitz & Williams, 2012).

Teorier om dissociation nämns ofta i psykodynamiska teorier om trauma. Enligt tidiga traumateorier bland annat hos Pierre Janet ledde ohanterbara upplevelser till en splittring av medvetandet, så att upplevelsen inte längre var fullt ut åtkomliga för medvetandet (Janet, 1889, refererad i Vermetten et al., 2007). Janets teorier refererade av van der Hart (1989) beskriver olika delar av medvetandet som existerande parallellt. Oförmåga att integrera överväldigande upplevelser (trauman) leder till bristande integration som skapar anestesi (förlust av känsla) och amnesi (förlust

av minne). Dissociation kan ses som en omedveten försvarsmekanism som förpassar delar av upplevelsen till en del av medvetandeapparaten som inte blir tillgängligt för att jaget ska skyddas mot hotfulla delar av traumat, vilket också leder till en splittring inom jaget (Vermetten et al, 2007). Philip Bromberg (1996; 2003) talar om att trauma kan leda till en splittring i den interpersonella världen. En affekt som är för intensiv för att kunna hanteras på annat sätt leder till ett avbrott i självreflexion och leder till en bruten kontinuitet i självet. En upplevelse av att något som händer "händer inte mig" kan uppkomma (Bromberg, 2003). Donnel Stern (1991) talar om oformulerade upplevelser (unformulated experience), som det upplevda som aldrig har blivit formulerat i ord. Upplevelsen av traumat finns i det som går "utanför orden". Vägen att nå dessa upplevelser går genom att i terapirelationen sätta ord på det omedvetna (Stern, 1991).

Teorier om dissociation har utvecklats vidare under framför allt 1990-talet och framåt. Bland andra har van der Kolk och Fisler (1995) utvecklat teorier om hur dissociation och fragmentering av minnen har betydelse för uppkomst av PTSD. Van der Kolk och Fisler ser dissociation som en mekanism som uppkommer i samband med en traumatisk händelse (peritraumatisk dissociation). Van der Hart, Nijenhuis, Steele och Braun (2004) fokuserar på dissociation som en mekanism, som uppkommer till följd av trauma framför allt tidigt i livet och leder till kvarstående, strukturella mekanismer som påverkar hela personlighetsstrukturen. Olika delar av självet splittras och leder till olika svårighetsgrader av dissociation, då personen inte har kontakt mellan olika delar av det inre jaget. Van der Hart med medarbetare (2004) nämner tre olika nivåer av dissociation; primär, sekundär och tertiär dissociation. Den extremaste varianten, enligt dessa teorier, yttrar sig i form av multipel personlighet (Van der Hart et al., 2004).

Fenomenet dissociation har varit föremål för olika teoretiska tolkningar och åsikter. Nijenhuis och van der Hart (2011) menar att dissociation är ett sjukligt fenomen, som ligger till grund för utveckling av PTSD. Andra psykodynamiker menar att dissociation är en i grunden normal försvarsmekanism, som är skyddande för jaget vid svåra upplevelser, men som kan användas i olika grad och i vissa fall blir ofunktionella (McWilliams, 2011). Bromberg beskriver dissociation som en normal process, som kan bli till en mental struktur (Bromberg, 2003). Brewin och Holmes (2003) framför en teori om att två former av minnessystem kan fungera samtidigt, vilket betyder att delar av traumatiska minnen kan integreras med en personlig historia medan andra inte och att inte dissociation är den primära mekanismen bakom traumarelaterade minnen. Det ena minnessystemet svarar för negativa föreställningar och det andra för problem med flash-backs.

**Kognitiva teorier.** Kognitiva teorier bygger både på affektteorier och inlärningsteori (Ringel & Brandell, 2012). I både kognitiva teorier och affektteorier är det centralt att känslans

upplevelse och intensitet påverkar hur ett trauma upplevs och processas. Minnen som lagras in med direkt koppling till en starkt obehaglig affekt genererar undvikanden. Återuppväckanden eller triggers av minnet reaktiverar rädsla (Ringel & Brandell, 2012).

Kognitiva informations-process teorier bygger på att ny information tolkas och processas utifrån tidigare formerade kognitiva scheman (Resick & Schnicke, 1992). Då information från en traumatisk händelse krockar med tidigare föreställningar om jaget och världen hamnar dessa i konflikt och skadar basala upfattningar om jaget och världen, till exempel om jaget som kompetent och världen som en trygg plats (Ringel & Brandell, 2012).

Peterson och Seligman (1983) har framfört att inlärld hjälplöshet är en av de drivande kognitiva processerna bakom trauman. En generaliserad uppfattning att inte kunna påverka sin situation leder till en uppgivenhet i att kunna påverka sin situation i framtiden och till negativa antagande om sig själv som person (Peterson & Seligman, 1983).

En av huvudpunkterna i Ehlers och Clarkes kognitiva traumamodell (Ehlers & Clark, 2000) är att PTSD uppkommer då trauma processas på ett sådant sätt att det leder till en kvarstående känsla av pågående hot. Rädsla i en akut situation generaliseras till andra situationer och de menar att då minnet återkallas genereras samma intensitet och rädsla som vid den ursprungliga händelsen. Denna känsla uppkommer till följd av negativa antaganden av traumat eller konsekvenser av traumat och brister i att skapa ett autobiografiskt minne. Några av de mekanismer som lyfts fram är att individen har svårt att se traumat som en tidsbegränsad händelse, övergeneralisering av händelser som farliga till att gälla andra händelser, undvikande av rädsla och dysfunktionella coping-strategier. Personens svårigheter att skapa autobiografiska minnen medför fragmenterade minnesbilder och upplevelser av att traumat händer ”här och nu”. Individer kan uppleva känsloreaktioner utan koppling till utlösande händelse (affect without recollection). Minnen har också en låg tröskel för att triggas av nya situationer i nuet.

Foa och Kozak (1986) beskriver att den huvudsakliga mekanismen bakom utveckling av traumarelaterade problem är en stark rädsloreaktion, som generaliseras till neutrala stimuli genom konditionering. Intensiteten i reaktionen är alltså avgörande för hur trauman processas. Undvikanden medför att maladaptiva emotionella reaktioner kvarstår. Läkning av trauman sker främst genom en habituering av rädsloreaktionen genom exponering. Således måste en tillräcklig nivå av arousal återkallas för att kunna utsläcka de negativa reaktioner som finns (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Denna grundteori ligger bakom behandlingsmetoder med exponering vid PTSD, till exempel ”prolonged exposure”.

**Informationsbearbetning.** Dessa teorier handlar om att sättet att bearbeta information och lagra minnen är avgörande för uppkomst av traumarelaterade besvär. Solomon och Shapiros modell (Solomon & Shapiro, 2008) om adaptiv informationsbearbetning (AIP, adaptive information processing model) bygger på att ny information processas i association till tidigare erfarenheter, som finns lagrat i minnesnätverk. Ny information associeras automatiskt till tidigare minnesnätverk och processas och lagras i nya nätverk, som skapar mening i upplevelsen. Då minnen lagras på ett icke adaptivt sätt, till exempel kopplat till stark excitation eller utan att sättas in i ett tidsförlopp, blir ”fruset i tiden”, kan minnet inte relateras till tidigare erfarenheter och blir dysfunktionellt lagrat. Minnen som är lagrade på ett dysfunktionellt sätt fortsätter att triggas av externa och interna stimuli utan att omformuleras eller adapteras, som leder till emotionella, kognitiva och beteendemässiga besvär. Till exempel nämns att minnen som kopplas till farliga händelser i barndomen kan leda till samma känslomässiga tillstånd i situationer i vuxenlivet som inte innebär fara (Solomon & Shapiro, 2008).

Solomon och Shapiros informationsbearbetningsmodell formulerar hypoteser om hur mekanismer bakom eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) verkar. Dock finns i likhet med andra behandlingsmetoder ingen absolut kunskap om verkningsmekanism enligt Solomon och Shapiro (2008). Enligt Solomon och Shapiro har informationsbearbetningsmodeller likheter med affektteorier. Affektteorier betonar dock habituering av affekten som ett sätt att reducera rädsloreaktioner, medan enligt AIP handlar de underliggande mekanismerna till minskning av symptom mer om assimilering till tidigare erfarenheter än habituering (Solomon & Shapiro, 2008). Väl adapterad information kan också ge generaliserade positiva effekter för framtida hantering av belastande händelser.

**Anknytningsteorier.** Inom anknytningsteorin talas om olika anknytningsmönster, som uppstår i interaktionen mellan barnet och den primära vårdgivaren under barnets tidiga utveckling. Tre organiserade anknytningsmönster brukar nämnas; trygg anknytning, otrygg anknytning och ambivalent anknytning (Wennerberg, 2010). Ambivalent anknytning är i något högre grad associerat med senare problem i individens utveckling (Fonagy, 2001). Vidare nämns desorganiserad anknytning, som kan sägas vara en kollaps av anknytningsmönstret (Wennerberg, 2010).

Anknytningsrelationens kvalitet beror till stor del av vårdgivarens förmåga att spegla barnet och svara på, reflektera barnets inre känslotillstånd, affekter och behov, men också på egenskaper i barnets medfödda konstitution (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Interaktionen hjälper barnet att utveckla en reflekterande förmåga, som är grundläggande för en mentalisering. Denna har också betydelse för barnets förmåga att utveckla affektreglering (Wennerberg, 2010).

Wennerberg (2010) menar att störningar i den normala anknytningen kan leda till brister i barnets personlighets-utveckling. Wennerberg menar att anknytningstrauman kan orsakas av fysisk misshandel eller sexuella övergrepp, men det kan också bestå i betydligt subtilare hot mot självets psykologiska integritet, som vid långtgående känslomässigt övergivande (Wennerberg, 2010). Vidare kan barnet traumatiseras indirekt via att en förälders egna obearbetade trauman överförs till barnet via störningar i den affektiva kommunikationen i relationen (Wennerberg, 2010, kap 6).

Allen (2001) citerad i Wennerberg (2010) beskriver anknytningstrauman som:

Man kan betrakta anknytningstrauman inte bara som trauman som inträffar inom ramen för en anknytningsrelation, utan som trauman som drabbar själva anknytningssystemet. ... Anknytningstrauman skadar det trygghetsreglerande systemet och undergräver den traumatiserade personens förmåga att använda relationer för att skapa en känsla av trygghet. (Wennerberg, 2010, s. 22).

En generell brist i eller trauman i tidig anknytning kan leda till en ökad sårbarhet för ytterligare traumabelastning senare i livet. Karlen Lyons-Ruth pratar om en relationell sårbarhet, som innebär att störningar i de tidiga anknytningssystemen skapar en brist i människans stresshanteringssystem, som skapar en sårbarhet för vidare trauman (Lyons-Ruth, 2006).

På grund av de brister i jagutvecklingen, som en tidig traumatisering kan leda till, kan individen utveckla en bristande inre jagstruktur och bristande yttre jaggränser, som i sin tur kan leda till att personen i vuxenlivet har svårt att hävda sina jaggränser och integritet och faktiskt utsätter sig för fler potentiellt traumatiserande händelser, framför allt relationella (Herman, 1997). Oftast förknippas anknytningstrauman med komplex traumatisering på så sätt att upprepade och allvarliga trauman i anknytningsrelationen har en stark koppling till utveckling av det som brukar benämnas komplex PTSD och ger en genomgripande förändring av hela personlighetsutvecklingen (Briere & Spinazzola, 2005; Herman, 1997; van der Kolk, 2005).

## **PTSD och DESNOS**

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en följd av trauman som individen upplevt. PTSD är den vanligaste diagnosen som vi förknippar med trauma. Livstidsprevalensen anges runt 8-9% (Breslau et al., 1998). I DSM V (DSM V, 2013) beskrivs PTSD under gruppen trauma- och stressrelaterade tillstånd, som beskriver tillstånd som är en följd av stress- och traumaexponering.

PTSD är ett relativt tydligt tillstånd som beskrivs enligt symptomkriterier. För att få diagnosen PTSD fordras att det varit en exponering av trauma av en viss karaktär, (enligt A1-kriterierna), vilket innebär att personen upplevde, bevittnade eller konfunderades med en händelse

eller en serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet. Detta kan enligt DSM V upplevas genom: (1). direkt exponering av trauma, (2). bevittnande av att trauma som inträffar för någon annan, (3). information om att traumatisk händelse inträffat till en nära familjemedlem eller nära vän. I händelse av död av ska denna varit våldsam och plötslig, (4). upprepad eller extrem exponering av skrämmande detaljer av traumatiska händelser (till exempel hos räddningspersonal, ambulanspersonal och polis).

Vidare ska individen uppvisa en rad symptom till följd av detta. Dessa ger sig uttryck inom fyra områden: (1). återupplevanden av plågsamma minnen, till exempel flash-backs eller mardrömmar, (2). undvikanden både tankemässigt och i handling av situationer som påminner om traumat, (3). hyperreagerbarhet, till exempel irritabilitet, ökad vaksamhet eller koncentrations-svårigheter, (4). förändringar av kognitioner och affekter, till exempel begränsade affekter, likgiltighet, känslomässig avtrubning eller nedstämdhet.

DESNOS (disorder of extreme stress non otherwise specified) betecknar en restgrupp, där det finns en tydlig traumaorsak, men som inte fullt ut fyller kriterierna för PTSD (DSM V, 2013). Detta kan bero på att inte alla symptom uppfylls eller att det finns otillräckligt med information. Komplex traumatisering eller komplex PTSD kan räknas in i denna grupp, i de fall då traumakomponenten är tydlig och avgörande. Symptomen ska alltså ha en relation till specifika upplevelser, vilket gör att inte alla former av komplex traumatisering kan klassas in här. DESNOS är alltså inte synonymt med komplex traumatisering, som är ett ännu vidare begrepp.

En rad faktorer som innebär ökad risk för att utveckla PTSD har observerats (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Några av de faktorer som har betydelse är pretraumatiska faktorer (före traumat) till exempel personens sårbarhet, förekomst av tidigare psykisk sjukdom, tidigare traumatisering, personlighet, peritraumatiska faktorer (under traumat) till exempel grad och natur av trauma, grad av stress/obehag under traumat, inslag av dissociation och posttraumatiska faktorer (efter traumat) till exempel omgivningens reaktioner, förekomst av socialt stöd och eventuella behandlingsinsatser. Upprepade (kumulativa) trauman har setts ge ökade PTSD-symptom (Breslau et al., 1998).

## **Komplex PTSD**

Begreppet komplex traumatisering (eller komplex PTSD) myntades först av Judith Herman (Herman 1992, 1997). Herman intresserade sig framför allt för civila trauman och interpersonella trauman. Oftast handlar det primära traumat om upprepade kränkningar tidigt i ett barns utveckling. Dessa kan bestå av rena övergrepp, sexuella övergrepp eller misshandel, men också av psykiska trauman, som kränker barnets integritet som individ, omsorgsbrister, neglect, känslomässigt

övergivande. Eftersom traumat uppstår tidigt får det långtgående följder för personens utveckling. Symptomen blir därmed införlivade i personen och personlighetsorganisationen och kan också vara mer subtila än vid ren PTSD. Enligt Herman kan komplex PTSD också vara en följd av extrema förhållanden med extern kontroll, där individen är totalt maktlös, till exempel vid gisslantagningar och misshandelsförhållanden. Även här blir traumat mer införlivat med personens personlighet. Herman talar om att individen identifierar sig med aggressorns bild, där individen får svårt att skilja sina egna inneboende egenskaper, avsikter, åsikter och gränser med aggressorns/förövarens (Herman, 1997). Judith Herman beskriver i sin bok "Trauma and recovery", i kapitlet "A new diagnosis", begreppet komplext posttraumatiskt stressyndrom, som hon anser har en egen roll och borde införas som egen diagnos i våra diagnossystem (Herman, 1997, s. 115-129).

Komplex PTSD leder till djupgående förändringar i personlighetsstrukturen. Dessa innefattar bland annat (van der Kolk, 2006): (1). svårigheter med affektreglering och självskadebeteende, (2). förändrade medvetandetillstånd, till exempel amnesi, depersonalisation och derealisation, (3). förändring i synen på självet, till exempel känsla av hjälplöshet, skam, skuld, självanklagelser, (4). förändring i synen på förövare, till exempel idealisering av förövaren, accepterande av förövarens verklighetsbild, (5). förändringar i relationen till andra, till exempel isolering, misstro, oförmåga att skydda sig själv, (6). förändringar i meningssystemet, till exempel förlust av tro, känsla av hopplöshet och förtvivlan.

Komplex PTSD är alltså ofta en följd av trauman som inträffat tidigt i livet inom ramen för den primära anknytningsrelationen. Eftersom traumat inträffat då barnet inte ännu utvecklat ett integrerat själv ger det ofta större följder än trauman senare i livet och påverkar hela personlighetsutvecklingen (Wennerberg, 2010). Anknytningstrauman kopplas därför i hög grad till komplex PTSD (van der Kolk, 2005). Enligt van der Hart med medarbetare (2004) är dissociation en central mekanism vid komplex PTSD.

Kritik mot komplex PTSD som egen diagnos finns då begreppet anses för brett och inte har tillräcklig vetenskapligt forskningsstöd (Resick et al., 2012). Komplex PTSD är inte en accepterad diagnos enligt DSM V. Dissociativa tillstånd klassificeras under en egen rubrik enligt DSM V. Dock kan dissociativa drag specificeras som undergrupp till PTSD (DSM V, 2013).

Komplex PTSD har många likheter med och är symptomvässigt överlappande borderline-personlighetsstörning (borderline personality disorder, BPD). Judith Herman (1997) gör själv ingen distinktion mellan komplex PTSD och BPD, men menar att den grundläggande orsaken är trauman.

## **Depression och trauma**

Depression är en av de allra vanligast förekommande psykiska sjukdomarna. I svenska



epidemiologiska undersökningar ses att livstidsrisken för att insjukna i en depression är 31 % för kvinnor och 23 % för män (Mattisson et al., 2005). För att ställa diagnosen depression ska vissa kriterier vara uppfyllda, där en är att nedstämdhet ska finnas och det finns ytterligare tilläggsymptom. Symptomen måste ha funnits under minst två veckor. Om kriterierna uppfylls talas om egentlig depression, som anger att symptomen har en viss kvalitet och varaktighet (DSM V, 2013). Olika svårighetsgrader ryms inom begreppet. De flesta depressioner är engångs-insjuknanden, enstaka depressionsepisod. I vissa fall drabbas en person av flera depressioner i sitt liv, recidiverande (återkommande) depression. Depression kan också vara en del i en bipolär sjukdom.

Tidigare talades inom psykiatrin om reaktiv depression (som reaktion på en händelse) eller exogen depression (utifrån kommande) respektive om endogen depression (inifrån kommande), vilket bland annat nämns av Cullberg (Cullberg, 1984). Detta kan ses som ett försök att beskriva vad som orsakat depressionen, yttre händelser och belastningar eller om depressionen uppstått ur patientens inre utan någon tydlig yttre orsak. Nuförtiden används oftast inte dessa begrepp. Detta för att aktuell kunskap visar att man inte säkert kan skilja på vilka depressioner som är orsakade av yttre faktorer och vilka som inte är det (Post, 1992). Ofta finns en utlösande faktor till en depressionsepisod, extra tydligt vid förstagångsinsjuknande och vid tidiga episoder, men vid recidiverande depressioner blir dock utlösande faktorer med tiden mindre tydliga (Post, 1992).

På vilket sätt stressande eller potentiellt traumatiska händelser är bidragande till utveckling av depression har studerats. Stressande livshändelser (på engelska stressful life events, SLE) är en benämning på livshändelser som kan upplevas stressande och kan bidra till senare utveckling av psykiska problem. En av de mest omfattande och mest citerade studierna i ämnet är gjord av Kendler, Karkowski och Prescott (1999). I denna studie studerades hur stressfulla livshändelser (SLE) kan korreleras till insjuknande i depression. För att korrigera för ärftlighetsfaktorer studerades kvinnliga tvillingpar, totalt 24648 person-månader (av möjlig stressexponering). Insjuknande i depression kan vara ett resultat av SLE som sådan (oberoende), men möjligheten är också att genetiska faktorer predisponerar för personen att utsätta sig för SLE (beroende). Slutsatsen var att ett kausalitetssamband mellan oberoende SLE och insjuknande i depression uppgår till mellan 65 och 75%. De typer av stressande livshändelser som i studien sågs ha ett samband med insjuknande i depression var: (1). Personliga – överfall, separation, ekonomiska problem, problem i den nära familjen, allvarlig sjukdom eller skada, förlust av arbete, juridiska problem, förlust av partner, allvarliga relationsproblem med partner och (2). Problem inom socialt nätverk – konflikter med en individ, död hos nära anhörig, allvarlig sjukdom hos nära anhörig.

I en senare studie av Kendler, Hetteima, Butera, Gardner och Prescott (2003) studerades

naturen av olika SLE och deras betydelse för uppkomst av depression och generaliserat ångestsyndrom (GAD). De faktorer som studerades var: (1). Förlust (av person, hälsa, arbete, materiella tillgångar, tillhörighet i en grupp), (2). Förnedring (känsla av att vara nedvärderad i relation till andra eller egennedvärdering), (3). Känsla av att vara fångad (entrapment - känsla av att hamna i en krissituation under mer än sex månader, där individen inte kan hitta någon utväg), (4). Fara (hot om framtida förlust). Förlust i kombination med förnedring visade sig ge en hög risk för utveckling av depression. Förlust genom död av partner eller genom partner initierad separation visade ett samband mellan ren depression, men ej GAD. Förlust i kombination med fara visade en riskfaktor för att utveckla GAD, till skillnad från depression. Man kan observera att de faktorer som här har studerats inte uppfyller kriterierna för varken potentiellt traumatisk händelse enligt A1-kriteriet i DSM V eller för anknytningstrauma.

Signifikanta samband har setts mellan tidiga barndomstrauman och depression i vuxen ålder. I en större meta-analys (Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015) omfattande 261 studier sågs samband mellan både emotionell misshandel och fysisk misshandel i barndomen och depression i vuxen ålder. Emotionell misshandel hade den största korrelationen, varefter sågs neglect och sexuella övergrepp. Signifikant men lägre korrelation sågs till familjevåld och fysisk misshandel. Neglect definieras här som fysisk, psykisk/emotionell och utbildningsmässig omsorgsbrist. Vid subanalys av enbart kliniska fall sågs att neglect och föräldraseparation hade störst signifikans. I befolkningsanalys hade emotionell misshandel högst signifikans.

I en annan meta-analys av kroniskt deprimerade patienter (Negele, Kaufhold, Kallenbach & Leuzinger-Bohleber, 2015) sågs att 75,6% av kroniskt deprimerade retrospektivt rapporterade en historia av barndomstrauman. 37% av patienterna rapporterade upprepade barndomstrauman. Både emotionell och fysisk misshandel associerades med högre svårighetsgrad av depression i vuxen ålder hos kroniskt deprimerade patienter. Kumulativa trauman i barndomen var (vid utökad regressionsanalys) den enda signifikanta prediktionsfaktorn för symptomsvårighet av depression i vuxen ålder.

I vissa studier som har studerat överlevare efter svårare trauman i vuxen ålder ses en ökad frekvens av depression. Shalev med medarbetare (1998) fann i en prospektiv studie att 29% hade PTSD efter en månad och 17% hade PTSD efter fyra månader efter svår fysisk skada. Vad gäller depression hade 19% depression efter en månad och 14% hade depression efter 4 månader. 44% av PTSD-patienterna hade komorbid depression efter fyra månader. Slutsatsen var att PTSD och depression var skilda tillstånd som båda var en följd av trauma, samt att kombinationen innebar ökad stressnivå och lägre funktionsgrad än de enkilda tillstånden (Shalev et al., 1998).

Ofta anges graden av komorbiditet, det vill säga samsjuklighet för PTSD och andra psykiska

sjukdomar som hög. Kessler, Sonnega, Hughes och Nelson (1995) fann att 88% av männen och 79% av kvinnorna med PTSD hade någon annan psykiatrisk diagnos. Spinhoven, Penninx, van Hemert, de Rooij och Elzinga (2014) fann att 84% med PTSD-diagnos hade komorbid depression. Detta kan tolkas på olika sätt. En hög grad av samsjuklighet är inte entydigt med ett orsakssamband. Samtidig PTSD och annan psykiatrisk diagnos kan vara ett uttryck för gemensam etiologi, gemensamma orsaksfaktorer, det vill säga förekomst av trauma, men kan också bero på gemensamma sårbarhetsfaktorer eller vara uttryck för att olika tillstånd med olika genes kan existera samtidigt, det vill säga en äkta komorbiditet.

### **Studier om traumatiska händelser**

I DSM-kriterierna anges vad som är att anses som en potentiellt traumatiserande händelse, i A1-kriterierna (DSM V, 2013). Kriterierna har i viss mån ändrats från den tidigare DSM IV, vilket ger en relativt snäv beskrivning av vad som är att anses som en traumatisk händelse. Till exempel kan inte längre räknas att ha upplevt en nära anhörigs död, om inte döden har varit våldsam. Kritik har framförts att DSM V-kriterierna är en alltför snäv beskrivning för att på ett tillfredsställande sätt definiera trauman (Miller, Wolf & Keane, 2014). Kriterierna täcker inte heller in anknytnings-trauman som har varit av upprepad, emotionell karaktär, snarare än fysisk misshandel.

Gold, Marx, Soler-Baillo och Sloan, skrev 2005 en artikel, där en slutsats var att A1-trauman inte korrelerar till vad som upplevs traumatiskt för individen. Studien var gjord på 454 college-studenter. Resultaten visade att 75% rapporterade att de upplevt händelser som de själva retrospektivt upplevt traumatiska. Symptom mättes med självskattningar enligt BSI (brief symptom inventory) och PDS (posttraumatic stress diagnostic scale). Deltagarna delades in i två grupper, en som rapporterade trauma-händelser som fyller A1-kriterier, respektive en som rapporterade trauma-händelser som inte fyller A1-kriterier. Resultaten visade oväntat att icke A1-gruppen rapporterade en högre svårighetsgrad av PTSD-symptom och även att icke A1-gruppen visade högre kriterieöverensstämmelse med PTSD (mätt med självskattning) än A1-gruppen. Författarna framför att studien kan tas som anledning att utöka trauma-kriterierna i DSM. 64% i icke A1-gruppen upplevde död eller allvarlig sjukdom hos nära anhörig eller vän som mest traumatisk. Författarna menar att sorgereaktion skulle kunna identifieras som en trauma-utlösande faktor. De menar även att det finns anledning att överväga ytterligare diagnosgrupper under trauma- och stressrelaterade tillstånd och att diagnostiken bör inkludera en förfining av symptombeskrivningar hellre än trauma-händelsens karaktär. Hypoteser framställs om att symptomatologin kan skilja de två grupperna, där tanke-processer är något olika, i icke A1-gruppen speciellt åltande och selektiv uppmärksamhet, och i A1-gruppen domineras av mer tydliga intrusiva tankar och föreslår mer forskning på området.

Resultaten har försökt upprepas, bland annat av Cameron, Palm och Follette (2010). I denna studie undersökte man 241 college-studenter, som fick ange vilken livshändelse som de upplevt mest traumatisk och sedan bedömdes svårighetsgrad av PTSD-symptom. Deltagarna delades in i två grupper, där den ena rapporterade upplevelser av A1-trauman och den andra icke A1-trauman. Denna studie fann delvis överensstämmande resultat med Gold-studien (2005), såtillvida att man inte såg någon signifikant skillnad i svårighetsgrad av PTSD-symptom mellan individer som utsatts för en A1-händelse och de som utsatts för en icke A1-händelse, som de själva upplevt traumatisk. Psykologiska mekanismer i form av tendens att supprimera obehagliga tankar kring traumat, samt nivå av upplevt obehag kunde korreleras till svårighetsgrad av PTSD-symptom. I motsats till Gold-studien (2005) fann man dock att A1-händelser hade större korrelation till diagnos PTSD i efterhand. Dessa båda studier får bedömas i ljuset av de studerar svårighetsgrad av symptom enligt självskattningsskalor hos friska individer och inte har studerat personer som ursprungligen har PTSD-diagnos.

### **Studier om subjektiva upplevelser vid trauma**

Två övergripande aspekter på trauman är innehållet i den traumatiska händelsen och den subjektiva reaktionen den ger upphov till (Wennerberg, 2010). I den tidigare versionen av DSM, DSM IV (1994), togs hänsyn till båda aspekterna i diagnostiken, nämligen förekomst av A1-händelser och att dessa gett upphov till intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck (A2-kriterierna). I den nyare versionen av DSM, (DSM V, 2013) har A2-kriteriet tagits bort, då studier visat att dessa upplevelser inte varit obligata för att utveckla PTSD (e. g. Breslau & Kessler, 2001; Brewin, Andrews & Rose, 2000). Breslau med medarbetares studie (2001) är en retrospektiv studie gjord på en traumaexponerad population. Brewin med medarbetares studie (2000) är en longitudinell studie på trauma-exponerade individer som visade att upplevelser av intensiv rädsla, hjälplöshet och skräck kunnat kopplas till PTSD, men att en mindre grupp inte upplevde dessa upplevelser och att även känslor som ilska och skam kunde kopplas till uppkomst av PTSD (Brewin, Andrews & Rose, 2000). O'Donnell med medarbetare (2010) fann i en prospektiv studie på personer som utsatts för allvarlig kroppsskada att 77% upplevde intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck, men att 23% inte gjorde det, inkluderat dem som inte upplevde detta intensivt eller inte mindes känslan. Några upplevelser som presenterades var hjälplöshet, ledsenhet/sorg, frustration, rädsla, skuld, skam, oro för andra personer, bristande kontroll över känslor, skräck, fysiska reaktioner, svimning och dödshot (O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove & Bryant, 2010).

Även Creamer och medarbetare (2005) gjorde en studie för att utvärdera det tidigare A2-kriteriet och hur detta förhöll sig till både PTSD och andra psykiatriska diagnoser i en trauma-

exponerad population, vilken är en retrospektiv studie, där diagnos har satts i samband med studien enligt intervju (CIDI, Composite International Diagnostic Interview). Resultaten visade att 76% av de som hade A1-trauman också hade upplevt akut emotionell stress (A2-kriterier). Upplevelserna varierade något beroende på trauma-karaktär. Högst var emotionell stress (97%) bland våldtäktsoffer. Man fann att prevalensen för psykiatrisk sjukdom generellt var högre bland de som hade A2-upplevelser än bland dem som enbart uppfyllde A1-kriteriet. Andra känslomässiga reaktioner var inte studerade, men man poängterar att även andra känslor såsom ilska och skam kan ha betydelse. Man observerade att trauman hos krigsveteraner ofta inte ger samma akuta känsloreaktion, utan att känsloreaktionen ofta kommer senare, vilket beskrivs som PTSD med försenad debut (delayed onset).

Ovan nämnde studier är gjorda på populationer med trauma-exponerade individer, men inte på en blandad patientgrupp inom psykiatrisk verksamhet. Någon sådan studie har jag inte hittat. Vidare efterfrågas i studierna peritraumatiska känslomässiga reaktioner, det vill säga reaktioner under ett trauma och inte subjektiva upplevelser utifrån vad individer själva anger som upplevelser. Någon kvalitativ studie om subjektiva upplevelser i en blandad patientgrupp har jag inte heller kunnat hitta. En sökning på akademiska artiklar på LUBSearch med sökorden ”qualitative study”, ”subjective experience” och ”psychological trauma” gav 108 träffar, där ingen handlar om patienter i en klinisk verksamhet.

### **Psykioterapeutisk behandling av trauman**

Under senare årtionden har flera terapiformer som direkt riktar sig mot behandling av traumarelaterade störningar utvecklats. De former som har störst vetenskaplig evidens vid behandling av PTSD är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (tf-KBT) och eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). I en meta-studie omfattande 33 studier av traumabehandling (Bisson & Andrew, 2009) fann man att tf-KBT, grupp tf-KBT, EMDR och ”stresshantering” var signifikant bättre än väntelista eller standardbehandling (treatment as usual, TAU) och jämfört med andra psykioterapiformer. Någon signifikant skillnad mellan tf-KBT och EMDR kunde inte ses. Tf-KBT och EMDR hade något bättre effekt än ”stresshantering” efter två och fem månaders uppföljning. Andra terapiformer visade ingen signifikant effekt jämfört med väntelista eller standardbehandling (TAU). Underlaget var otillräckligt för att avgöra om psykioterapeutiska metoder vid PTSD hade skadlig effekt (Bisson & Andrew, 2009).

I arbetet med komplicerade tillstånd och komplex PTSD finns inga absoluta rekommendationer. Enligt vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet (Bergh Johannesson & Lundin, 2007) sägs följande: ”Vid

mer komplex problematik finns idag inte vetenskapligt stöd för att någon enskild behandlingsmetod är tillräcklig. En kombination av behandlingsmetoder bör därför övervägas. Innan någon direkt traumabearbetning kan komma till stånd behövs som regel en mer omfattande behandlingsinsats, ofta med en längre form av förberedelse i form av affektstabilisering och resursförstärkning i kombination med pedagogiska interventioner.”

Vissa kliniker rekommenderar fasspecifik behandling (Herman, 1997; Van Der Hart, 2006) vid mer komplexa tillstånd. Exempelvis har Judith Herman utvecklat en behandlingsmetod enligt tre faser (Herman, 1997):

1. *Inledningsfas*. Fokus läggs på trygghet, stabilisering och symptomreduktion. Framför allt är det viktigt att bygga upp en trygg relation och även att se på yttre stabiliserande faktorer, skyddsstrukturer i patientens vardag. Man arbetar även med affektiv kontroll.
2. *Arbetsfas*. Fokus läggs på att bearbeta och integrera traumatiska minnen. Man arbetar med att skapa en sammanhängande självbiografisk berättelse, där de traumatiska upplevelserna behöver göras till en bit av patientens historia. Man arbetar också med faktorer som skam och skuld.
3. *Avslutningsfas*. Man arbetar med hur man kan använda de erövrade färdigheterna i vardagslivet i framtiden.

En fasspecifik variant av EMDR finns också (det omvända traumaprotokollet) och rekommenderas vid mer komplicerade tillstånd eller komplex PTSD. Här arbetar man till en början med stabiliseringstekniker och förstärkning av resurser innan man påbörjar bearbetning av traumarelaterade minnen och upplevelser. Den första fasen kan vara relativt lång och kan ibland vara huvudtekniken i behandlingen.

Flera andra psykoterapiformer används i psykoterapeutisk praxis som behandling vid traumarelaterade tillstånd. Psykodynamiska teorier har ofta hävdats att arbetet med trauma är en del av psykodynamisk psykoterapi, men att denna behandlas inom ramen för relationen, snarare än genom exponering och specifika interventioner (e. g. Schottenbauer, Glass, Arnkoff & Gray, 2008).

Allen (2013) beskriver att traditionell psykodynamisk psykoterapi innehåller grundläggande beståndsdelar i vad som kan anses verksamt vid behandling av komplexa traumatiska tillstånd. Han menar att tidiga anknytningsstörningar går utanför de specifika behandlingsformer som kan erbjudas för enkel PTSD. Basen för en framgångsrik terapi är en trygg relation där patienten får utforska och mentalisera sina upplevelser tillsammans med terapeuten. Här finns enligt Allen många moment som återfinns i mentaliseringsbaserad psykoterapi, men som också återfinns i klassisk psykodynamisk terapi. Allen menar att många av de moment som namngivna evidensbaserade metoder använder också finns inbäddade i den psykodynamiska terapin (Allen, 2013).

I psykoanalytiska och psykodynamiska terapier är en viktig ingrediens att skapa en

sammanhängande livsberättelse, som kan vara till hjälp för patienter som haft svårt att integrera tidigare upplevelser och bearbeta relationella brister i anknytning genom nya modeller för interaktion i terapirelationen (Schottenbauer, Glass, Arnkoff & Gray, 2008). I arbetet med trauma och dissociativa störningar läggs stort fokus på en trygghet i relationen till terapeuten som ses som en anknytningsrelation och kan modifiera tidigare anknytningsrelationer (Herman, 1997). Ansatser finns också att utveckla mer specifika psykodynamiska metoder för behandling av traumarelaterad problematik. Bland andra Janice Krupnick har utvecklat en specifik psykodynamisk korttidsbehandling för traumabehandling (Krupnick, 1997).

Andra behandlingsformer som används i behandling av trauma är bland annat mindfulness-baserad terapi, affektfokuserad terapi, acceptance- and committment therapy (ACT) och brief eclectic psychotherapy (BEP) (Michel et al., 2010).

Traumaspesifik behandling har studerats, om än i liten omfattning, även vid depression. En fall-studie på två personer med enbart egentlig depression (Bae, Kim och Park, 2008) visade förbättring av depressionssymptom vid behandling med EMDR. I denna studie var bearbetningen inriktad på förlust av relation och uppfyllde inte A1-kriterier. En kontrollerad studie av Hase med medarbetare (2014) visade signifikant bättre resultat för en grupp med 16 patienter diagnosticerade med egentlig depression efter behandling med EMDR i kombination med standardbehandling (TAU) jämfört med de som enbart fått standardbehandling (TAU). Elva av sexton patienter (68%) nådde full remission i den kombinerade gruppen, vilka även vid uppföljning ett år senare uppvisade mindre depressionssymptom och färre återfall än kontrollgruppen. Generellt i dessa två studier sågs att majoriteten av de minnen som processas hade icke A1-karaktär, men kunde enligt EMDR-metodiken klassas som betydelsefulla dysfunktionellt lagrade minnen. Många av dessa minnen rörde sig om förluster, separationer och kränkningar. Slutsatserna enligt Hase med medarbetare (2014) var att minnen som av depressionspatienter upplevs som ”traumatiska” inte nödvändigtvis behöver vara av A1-karaktär, utan huvudpunkten är att minnena är dysfunktionellt lagrade, och genererar patologi såsom påträngande minnen och överreagerbarhet, vilket överensstämmer med antaganden i den grundläggande teorin om adaptiv informationsbearbetning (AIP) enligt Solomon och Shapiro (2008).

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med undersökningen är att studera hur patienter beskriver centrala aspekter av fenomenet ”trauma” utifrån sina subjektiva upplevelser och erfarenheter av självupplevda trauma. För det övergripande syftet ställs frågeställningar som: Hur definierar patienter trauma? Vad har patienter upplevt som traumatiskt? Vad upplever patienter som centrala aspekter i det de kallar

”traumatiskt”? Vilka är de subjektiva upplevelserna vid trauman? Kan några grundläggande psykologiska mekanismer identifieras som har betydelse för hur patienterna hanterar trauman?

## Metod

### Metodbakgrund

Studiens syfte är att studera patienters subjektiva upplevelser och erfarenheter av ett fenomen, nämligen trauma. För att studera subjektiva upplevelser hos undersökningsspersoner lämpar sig väl en kvalitativ analysmetod enligt bland andra Willig (2013) och Kvale och Brinkmann (2009). Enligt Ponterotto (2005) är det av vikt att forskaren har en väl förankrad uppfattning av vetenskapsteori som ligger till grund för den forskning som ska göras och att metod väljs utifrån lämpligt vetenskapssparadigm. Att undersöka personers inre verklighet som baseras på den enskildes upplevelser kan hänföras till den fenomenologisk-hermeneutiska vetenskapen (Ponterotto, 2005). Den moderna fenomenologin, (beskriven bland annat i Olsson och Sörensen, 2011) grundar sig på Edmund Husserls syn att världen tolkas utifrån den subjektiva upplevelsen, som är unik för varje person. Komplexa mänskliga fenomen kan endast förstås och beskrivas utifrån ett upplevelseperspektiv och den mening som personen tillskriver ett fenomen. Den fenomenologiska vetenskapen strävar efter att nå en beskrivning så nära upplevelsen som möjligt, utan tolkningar eller förutfattade meningar. Hermeneutiken som grundar sig på Hans-Georg Gadamers tankar menar att fenomen inte går att beskriva utan tolkning, vilken också är nödvändig för att skapa mening. Fenomenologisk hermeneutik utgår från den upplevda erfarenheten, men med det undersökta fenomenet i fokus, inte den existentiella situationen hos deltagarna (Olsson & Sörensen, 2011). Denna studie tar sin utgångspunkt från det fenomenologiskt hermeneutiska perspektivet.

Ansatsen i studien är att vara explorativ, det vill säga utforska deltagarnas upplevelser utan förutfattade meningar eller färdiga teorier om fenomenet. Man kan dock aldrig komma ifrån att både författaren och deltagarna har en förförståelse om fenomenen som studeras, som baseras på faktorer som utbildning, kunskap, intresse, erfarenheter och dessa ger sig oundvikligen uttryck i intervjusituationen. För att så mycket som möjligt komma förbi att författarens förförståelse påverkar intervjun av det undersökta fenomenet har initialt breda frågor använts, där deltagarna fått möjlighet att redogöra för sina uppfattningar på ett så fritt sätt som möjligt. Dessa frågor har vidare följts upp med smalare följdfrågor, som ger möjlighet till fördjupning av svaren.

Helt och hållet är inte svaren fristående från den interaktion som sker i intervjusituationen (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale och Brinkmann (2009) poängterar också att interaktionen mellan intervjuare och deltagare både är av godo och nödvändig för att nå en fördjupning kring den inre föreställningsvärlden. Följdfrågor används därför och följer inte ett i förväg uppgjort schema,



utan uppstår i en dialog mellan intervjuare och deltagare.

I föreliggande studie tillämpas en grundad teori (grounded theory), vilket innebär att analysarbetet och resultaten ämnar att avspegla deltagarnas egna upplevelser på ett så nära sätt som möjligt, det vill säga att resultaten avspeglar det ursprungliga datamaterialet på ett så troget sätt som möjligt. Som Willig (2013) påpekar involverar all form av tematisk analys någon nivå av tolkning. Ett sätt att åstadkomma transparens i framställningen är att redogöra för resonemang kring tolkningar och att ge exempel genom citat.

Själva analysmetoden som används i föreliggande studie grundar sig på Braun och Clarkes modell för tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Metoden är ett sätt att identifiera, analysera och återge mönster i ett undersökningsmaterial. Braun och Clarke hävdar att "tematisk analys" är en fristående metod som inte är bunden till en specifik vetenskapsteori och kan rymmas inom både den konstruktivistiska teoribildningen, som utgår från hur ett fenomen uppfattas utifrån den sociala kontexten och den realistiska teoribildningen, som söker skapa en sann beskrivning av ett fenomen. I detta fall används i huvudsak en realistisk metod, då i huvudsak den djupare betydelsen av trauma så som det ter sig för den enskilda individen är av intresse och inte i första hand hur den sociala kontexten inverkar på individens uppfattning av fenomenet. Dock kan inte sägas att individen är fristående från de i kulturen allmänna uppfattningar som finns, varför man även kan säga att undersökningen har en kontextualistisk infallsvinkel.

Några olika sätt att hantera data finns, beroende på hur mycket av teoribildning som har inverkat på analysen. Deduktiv analys görs genom att materialet analyseras utifrån förutbestämda kategorier, teoridrivet, medan induktiv analys görs utan förutbestämda kategorier och bygger på det som kommer upp genom materialet, datadrivet (Braun & Clarke, 2006). Enligt Braun och Clarke (2006) finns i praktiken även mellanformer av dessa. I föreliggande studie har analysen skett huvudsakligen med en induktiv metod, det vill säga materialet har analyserats utan att förutbestämda kategorier har bestämts.

I enlighet med Braun och Clarkes teori (2006) är syftet med analysen att fånga mönster inom en angiven undersökningsgrupp. Meningen med denna studie har inte varit att studera skeendet i enskilda livshistorier eller terapier, som är fallet i fallstudier, utan att försöka hitta övergripande teman som belyser frågeställningen inom en viss grupp. Resultaten redovisas därför på gruppnivå genom att teman identifieras i hela den beskrivna gruppen och inte genom enskilda berättelser.

Tematisk analys har till sin natur karaktären av att också fånga upp emergenta fenomen, det vill säga nya fenomen som inte varit uttalade från början kan dyka upp under analysens gång och alltså skapa nya frågeställningar, omformulera frågeställningen eller skapa nya hypoteser (Willig,

2013). Ursprungligen fanns ett något bredare syfte, att även studera upplevelser av psykoterapi, som dock reviderades efterhand, vilket gjort att inte alla frågor i intervjuguiden tagits med i analysen.

## **Deltagare**

Deltagarna består av tio patienter som behandlas eller har behandlats på privat psykiatrisk mottagning. Samtliga deltagare går i eller har gått i individuell psykoterapi. Terapimetod och behandlare varierar mellan deltagarna. Den psykoteraeutiska behandling som avses har i samtliga fall givits av terapeut med lägst steg 1-utbildning. De terapimetoder som förekommit är klassisk psykoanalys (tre deltagare), psykodynamisk långtidsterapi (sju deltagare), psykodynamisk korttidsterapi (sex deltagare), kognitiv terapi (tre deltagare), kognitiv beteendeterapi (två deltagare), traumafokuserad kognitiv psykoterapi (en deltagare) och EMDR (två deltagare). Vissa deltagare har erfarenhet av flera olika terapiformer. Vissa deltagare har enbart gått i en psykoterapiform. Några deltagare har gått i kompletterande terapiformer såsom mindfulness, autogen träning och yoga, vilket dock inte tagits med som metod, då metoden inte alltid är uttalat psykoterapi. Inte heller har olika former av gruppterapi inkluderats som terapiform.

Deltagarna har delats in i två grupper beroende på diagnos, en traumagrupp och en depressionsgrupp, med fem deltagare i varje grupp. Diagnos är ställd i tidigare skede i samband med behandlingskontakt innan studien startat och har ställts genom diagnostisk bedömning av läkare med specialistkompetens i psykiatri. Den ena gruppen består av patienter med traumarelaterad diagnos, enligt ICD 10 diagnoserna posttraumatiskt stressyndrom F43.1 och traumarelaterad störning UNS F43.9. Dessa har valts för att de innefattar diagnoser där det finns en klar traumaetiologi. Diagnosen F43.8 har ej tagits med då den oftast förknippas med utmattningssyndrom som har en skild etiologi jämfört med ovan nämnda traumarelaterade störningar. Den andra gruppen består av patienter som har diagnos depression, enskild episod F32.0-9, recidiverande depression F33.0-9 eller dystymi F34.1.

Diagnoskriteriet avser huvuddiagnos. I några av fallen finns även bidiagnoser. Inom traumagruppen förekommer i ett fall blandad dissociativ störning F44.7 som bidiagnos. I ett fall förekommer en samsjuklighet med depression F32.1, dock tidigare genomgången episod, det vill säga icke aktuell depressionsepisod. Inom depressionsgruppen förekommer även bidiagnoser i form av GAD (två fall), panikångest (ett fall), social fobi (två fall) och fobisk personlighetsstörning (ett fall). Könsfördelningen inom grupperna var tre män och två kvinnor i traumagruppen, respektive tre män och två kvinnor i depressionsgruppen. Åldersspannet var 37-67 år i traumagruppen och 38-59 år i depressionsgruppen.

Inklusionskriterier:

- Patienten har eller har haft någon av följande diagnoser: PTSD F43.1, DESNOS F43.9, Depression F33.0-9, Recidiverande depression F32.0-9, Dystymi F34.1
- Patienten går i eller har gått i psykoterapi för sina besvär

Exklusionskriterier:

- Patienten har pågående missbruk. Dock kan missbruk ha förekommit som tidigare problematik.
- Patienten är involverad i pågående rättstvist med anledning av sin problematik

## **Procedur**

Samtliga patienter som haft kontakt med mottagningen under hösten 2015 och som uppfyllde inklusions- och ej utesluts av exklusionskriterierna tillfrågades om deltagande. Information om studiens syfte, tillvägagångssätt genom intervju, användning för uppsats på psykoterapeutprogrammet, hur studien kommer att publiceras, frivillighet och anonymitet lämnades initialt muntligt. Efter tillfrågning om deltagande bokades lämplig tid för intervju. Initialt tillfrågades tolv patienter. En patient tackade vid förfrågan nej. En intervju genomfördes med en patient i form av en provintervjun, som dock ej spelades in, varför denna intervju inte använts i slutresultaten. Kvar har funnits tio deltagare, varav fem haft huvuddiagnos PTSD och fem haft huvuddiagnos depression.

Intervjuerna spelades in på videoband med endast ljudupptagning. Ett försök att uppnå mättnad i data har gjorts genom att det i flera fall har gjorts en uppföljande intervju med fördjupning av redan ställda frågor. Två deltagare har intervjuats vid ett tillfälle och åtta deltagare har intervjuats vid två tillfällen. Den totala intervjutiden för varje deltagare blev mellan en till två timmar långa. Intervumiljön hölls konstant genom att samtliga deltagare intervjuades på samma psykiatriska mottagning. Denna miljö har valts då den av praktiska skäl är lättillgänglig, men också är en lugn miljö och en miljö som deltagarna är vana vid och där goda möjligheter att ta hand om eventuella reaktioner på intervjuerna som bitvis rör känsliga teman fanns.

## **Instrument**

En semistrukturerad intervju har använts som instrument (bilaga 1). Studiens ansats är att vara explorativ, det vill säga utforskande och förutfattade meningar kring svaren har därför i största möjliga mån försökt att undvikas. Inom varje ämnesområde har först ställts en relativt öppen fråga, som sedan följts upp med följdfrågor. Att de initiala frågorna är breda är för att i möjligaste mån fånga patienternas spontana reflexioner kring ämnet och utveckla dessa och inte påverka svaret genom ledande frågor.

## **Dataanalys**

En tematisk analys har gjorts med utgångspunkt från Braun och Clarkes modell (2006). Intervjuerna har transkriberats till text i sin helhet. Författaren har först läst igenom transkriptionerna av alla intervjuerna rakt igenom för att få en helhetsuppfattning av intervjuerna. Därefter har varje intervju lästs rad för rad och meningsbärande enheter har identifierats och noterats. Dessa har sedan kondenserats till någon eller ett par meningar som fångar kärninnehållet. Dessa meningar har kodats utifrån innebörd. Koderna har grupperats efter relevanta teman där innehållet har gemensamma drag. Även subteman har identifierats då materialet har gått igenom. Enligt metoden är det lämpligt att dela in i teman och subteman då olika hierarkiska förhållanden kan identifieras. Processen har initialt sammanställts i ett trädigram för att få en tydlig grafisk överblick av temaindelningen. Teman och subteman har därefter jämförts med varandra för att se om motsägelser finns eller om teman överlappar. I och med detta har vissa ny teman identifierats och andra har strukits. Temaindelningen har gjorts på undersökningsgruppen som helhet. Resultaten redovisas för hela undersökningsgruppen som helhet.

Enligt Braun och Clarke (2006) finns olika former av accepterad praxis för att ange frekvens av ett fenomen, till exempel "några, många, flera, majoriteten av, de flesta av". Dessa uttryck används i denna redovisning av resultaten då inte exakt antal markeras för att tydliggöra skillnader mellan diagnosgrupperna eller andra speciellt utmärkande fynd. I möjligaste mån har citat försökt att spridas mellan deltagarna, så att varje tema belyses av olika deltagare. Om citat från samma deltagare förekommer under ett och samma subtema anges detta.

## **Etik**

Deltagarna har informerats om syftet med undersökningen, att undersökningen är frivillig och inte kommer att påverka den behandling de har eller kommer att få. Vidare har informerats om att deltagandet är anonymt, att inga namn på personer vare sig deltagare eller psykoterapeuter kommer att redovisas och att intervjuresultaten kommer att redovisas utan att uppgifter som kan knytas till en specifik person kommer att anges. Deltagarna har fått möjlighet att ställa egna frågor om intervjun för att förtydliga om det är något som de undrat över. Deltagarna har lämnat sitt informerade samtycke skriftligt till deltagande i undersökning (bilaga 2).

Några tydliga etiska tveksamheter har inte identifierats. Möjligen kan sägas att vissa deltagare har lämnat mycket utförliga och personliga svar, men dessa kommer inte att redovisas på ett sätt som utlämnar personliga uppgifter. Undersökningen involverar känsligt personligt material. Speciell försiktighet har därför iakttagits för att inte lämna ut uppgifter som kan kopplas till person,

till exempel har uppgifter som handlar om platser, yrken, kön utelämnats från citat. Enligt etiska riktlinjer har deltagare alltid möjlighet att ange om vissa uppgifter inte ska publiceras. Några deltagare har angett att specificerade detaljer om själva traumatillfället inte ska utlämnas och därför har dessa inte återgivits i text eller genom citat.

Då intervjuer om upplevda trauman berör känsliga ämnen och riskerar att väcka obehag, genomfördes intervjuerna på den psykiatriska mottagning där deltagarna var patienter och av psykiater. Tid var avsatt i samband med intervjuerna för att ta hand om eventuella reaktioner, därutöver fick alla deltagare kontaktuppgifter till intervjuledaren utifall behov av stöd efter intervjun fanns.

## Resultat

### Händelsers karaktär (A).

Detta första tema behandlar sådant som är egenskaper som karaktäriserar den eller de händelser som deltagarna betecknar som traumatiska. Här beskriver deltagarna vad för typ av händelse de upplever som traumatiska. Tyngdpunkten ligger på de egenskaper som är kopplade till själva händelsen, inte vad händelsen väckt hos personen eller hur den uppfattats. Temat har delats in i tre subteman.

**Allvarlighetsgrad (A1).** De flesta deltagare definierade trauma som något som har en viss allvarlighetsgrad. Flera av deltagarna uttryckte att det rör sig om händelser som på något sätt skiljer sig från det som tillhör det vardagliga livet därför att de har en större tyngd eller grad av svårighet. Detta uttrycktes på olika sätt, bland annat som att det är "mer allvarligt", "mer spetsigt", att det har "en viss dignitet", är "mer djupgående".

Frågan om skillnad mellan kris och trauma gav en ytterligare belysning av upplevelsen av allvarlighet i det som benämns som trauman. I jämförelser med kris uppgav flera av deltagarna att de ofta upplever skillnaden som just en gradskillnad av svårighet.

"Trauma är fortfarande lite mer, vad ska jag säga, lite spetsigare, lite mer påverkande (än kris)."

"Trauma ger en väldig påverkan på min person. Där det handlar om överlevnad i andra änden. Det är någon sorts grader i detta, nivåskillnader."

"Ett trauma är det värsta som kan hända."

**Innehåll (A2).** Vad som tas upp i detta subtema är innehållet, det vill säga vilken typ av

händelser som deltagarna själva angav att de upplevt som traumatiska händelser. Trauma beskrevs av flera av deltagarna som något som skiljer sig från andra erfarenhet till sin natur. Händelsen ingår inte som något naturligt i livet, till skillnad från kriser.

"Trauma sitter mer djupgående tror jag. Kris kan var förknippat med ett naturligt livstillstånd. Kris på jobbet, någon dör, det är naturliga saker som händer i ens liv. Man blir av med jobbet. Trauma är någonting som inte kanske är naturligt på det sättet."

Det faktiska innehållet i den traumatiska upplevelsen varierade mellan deltagarna och spänner över ett brett fält. Samtliga deltagare (tio av tio) berättade om någon upplevelse som de upplevt traumatisk. Flera deltagare angav även att de har varit med om flera olika händelser som de betecknar traumatiska.

Det som benämndes som traumatiska händelser rörde sig i flera fall om händelser som inneburit ett hot mot personens vanliga existens, ibland som ett rent dödshot, ibland som ett hot mot integriteten, bland annat fysisk misshandel, sexuella övergrepp eller integritetskränkningar av andra slag, till exempel inlåsning. Även bevittnande av död, olyckor och extremt svåra situationer med exponering för andras lidande nämns.

Mobbing under skolgången (mellanstadium-högstadium) beskrevs av tre deltagare i depressionsgruppen. Det har i dessa fall rört sig om en långvarig exponering, i samtliga fall mer än två år. Det har också inneburit kraftiga kränkningar som innefattat fysisk misshandel, dödshot och kränkning av integritet, såsom inlåsning på toaletten i skolan, i kombination med verbala kränkningar.

I flera fall lyftes också fram förluster av något viktigt i livet. Fem av deltagarna berättade att dödsfall hos nära anhörig upplevts som traumatiskt. I flera av dessa fall berättade deltagarna också att dödsfallen har haft en plötslig och oväntad karaktär eller våldsam karaktär. I tre fall har det rört sig om suicid hos nära anhörig.

Även några andra händelser beskrevs, såsom föräldrars död, som inte varit oväntad, men har varit följd av långvarig sjukdom med stort lidande och andra allvarliga hälsoproblem eller funktionssvårigheter inom familjen.

Eget självmordsförsök, som i dessa fall varit livshotande, nämndes också som något som upplevts traumatiskt av tre deltagare.

Omsorgsbrister under uppväxten, såsom att ett barn fått sköta mathållning och hushåll själv, exempelvis på grund av missbrukande förälder, blivit utelåst från sitt hem eller lämnats ensam under långa stunder nämndes också som traumatiskt.

Att vara uppvuxen med missbrukande förälder beskrevs av tre deltagare, där deltagarna alltså

beskrev en långvarig belastning, som inneburit både att man i några situationer blivit utsatt för fara, såsom att bli utelåst från hemmet på natten och fått bristande omhändertagande med brister i emotionell närhet. Det har även inneburit att bevittna hur någon annan utsatts för fara, till exempel genom föräldrars bråk eller att en person utsätter sig för hälsorisker. I ett par fall har detta också kombinerats med fysisk misshandel.

En typ av händelser som framträder i undersökningen är de deltagare som betonar händelser och upplevelser som förknippats med brister i relationer till nära familj, primära omsorgspersoner under barndom och uppväxt. Innehållet i dessa beskrevs oftast som något som inte inträffat vid något enstaka tillfälle, utan handlar mer om en långvarig avsaknad av emotionell närhet, att inte ha bemötts med empati, att inte individens känslomässiga behov har tillgodosetts, att inte ha blivit sedd, att inte ha blivit lyssnad på, avsaknad av kärlek. Detta beskrevs både utan att egentliga omsorgsbrister förekommit och i kombination med både trauman under uppväxten och senare i livet.

Man kan notera att andra belastande händelser nämndes i deltagarnas berättelser, till exempel problem i nära relation, skilsmässa, att förlora arbete, egen livshotande sjukdom, men dessa händelser beskrevs av deltagarna i denna undersökning inte som traumatiska.

Sammanfattningsvis har samtliga deltagare upplevt någon händelse som de upplevt traumatisk. Flera deltagare har upplevt multipla trauman. Medräknat emotionellt neglect under barndomen har samtliga deltagare upplevt multipla trauman, borträknat emotionellt neglect under barndomen har åtta av tio deltagare upplevt multipla trauman. Fem deltagare sökte ursprungligen för att bearbeta händelser som de upplevt traumatiska. Ytterligare tre deltagare angav att de vid första tillfället de sökte hjälp trots att de haft obearbetade traumatiska händelser som påverkat deras psykiska mående.

**Tidsaspekter (A3).** Ibland beskrevs aspekter på tidsförloppet. Här skiljde sig erfarenheterna åt. Vissa deltagare betonade det faktum att en händelse uppkommit plötsligt och utan förvarning som betydelsefullt för att de upplevt händelsen som traumatisk. Detta handlade i denna undersökning ofta om plötsliga dödsfall.

"Det var ett hårt slag för mig att han dog så plötsligt som han gjorde."

Några deltagare angav att det faktum att de inte varit förberedda har bidragit till att de upplevt händelsen som traumatisk.

"Det kom vid en tidpunkt när jag inte var förberedd och det kom så plötsligt."

I kontrast till detta betonade andra deltagare att upprepning av belastande händelser har haft en

betydelse för att de upplevs som eller utvecklas till trauman. Återkommande händelser som inte nödvändigtvis varit plötsliga har lett till en belastning över tid. Att det blir en ackumulering av slitande upplevelser framhölls av några deltagare som avgörande för att de utvecklat en bristande förmåga att över tid hantera dessa händelser/upplevelser. De beskrev att det ena läggs på det andra.

"Det var så många olika rör som var alldeles fyllda, som jag behövde tömma ut."

Ibland har händelserna varit såpass utdragna över tid och återkommande att deltagarna inte har reflekterat över tidsaspekten som något unikt.

"Det har ju pågått så länge, så jag har svårt att se att just en specifik händelse har hänt.

Man är ju hjärntvättad."

Flera händelser av olika karaktär kan också förstärka varandra. Ofta beskrevs i dessa fall att en speciell händelse varit det som fått bägaren att rinna över och att tidigare ackumulerade upplevelser då kommit upp till ytan.

"Då hade jag en ryggsäck, den kändes övermäktig. ... Den händelsen .... som var, det var droppen som fick bägaren att rinna över."

### **Subjektiva upplevelser (B).**

Här beskrevs inre upplevelser som deltagarna kopplar till trauma. Det kunde röra sig om känslor eller andra aspekter på hur personen upplever trauma. Det kodas här som subjektiva upplevelser för att det rör personens inre unika värld, det som personen förmedlar är det som väcks i deras inre värld. Ett beteende eller ett sätt att hantera trauma, till exempel att undertrycka känslor kan vara svårt att skilja från den subjektiva upplevelsen, men här betonas den direkta upplevelsen till skillnad från den process eller mekanism som kanske ger upphov till upplevelsen.

**Känslomässiga reaktioner (B1).** Känslomässiga reaktioner har stor betydelse för vad som upplevdes som traumatiskt enligt vad deltagarna beskrev. Åtta av tio deltagare berättade spontant att känslomässiga reaktioner är som något de förknippar med trauma. Det beskrevs att trauma påverkat personen känslomässigt på något sätt. Det beskrevs som starka känslomässiga reaktioner, som i sig är naturliga, men också att trauma påverkat personen känslomässigt negativt och lett till en känslomässig skada.

De känslomässiga reaktioner som deltagarna lyfte fram är de känslomässiga reaktioner som de minns dem idag och som väcks hos dem idag då de tänker på traumat. Känslor beskrevs både som sådana som dyker upp mer eller mindre ofta och påminner om traumat eller som en mer långvarig känslomässig upplevelse, som biter sig fast eller som har en mer diffus karaktär.



Den känslomässiga upplevelsen betonades hos några av deltagarna som det mest betydelsefulla:

"En starkt känslomässig, negativt känslomässig, upplevelse - det tycker jag är ett trauma."

"Det är den känslomässiga biten som är trauma för mig."

En deltagare beskrev att hen tidigare sett på trauman som något yttre som inträffar, till exempel en bilkrasch, men efter att ha gått igenom egna erfarenheter beskrev hen att det till skillnad från en yttre kollision var

"en känslomässig kollision."

En deltagare beskrev känslorna som det mest verkliga i stunden då traumat inträffat:

"Känslorna mest. Det som händer händer ju nästan inte mig. Det är inte det som känns verkligt, utan det är känslorna som känns verkligt, inte det som händer."

### *Känslolnnehåll*

De vanligaste känslolnnehållen som deltagarna förknippade med trauma är: rädsla (8/10), ledsenhet/sorg (7/10), utsatthet (4/10), ilska (4/10), skuld (3/10) och skam (3/10). Ofta förekom flera känslor och ibland att de var svåra att skilja från varandra.

Rädsla och skräck förknippades ofta med den initiala upplevelsen och beskrevs som sådant som kan återkomma i situationer som påminner om det initiala traumat. Rädsla beskrevs vid olika former av trauma, vid hot, övergrepp, kränkningar, men även vid hot om förlust eller rädsla för att bli lämnad ensam.

"... de här hoten om att de skulle göra mig illa och den här rädslan jag kände hela tiden."

"Det första som dyker upp för mig är total kärlekslöshet, total skräck med."

Utsatthet var något som beskrevs av fyra deltagare. Utsatthet är teoretiskt ingen känsla, men av deltagarna betonades en känslaspekt i det de benämnde som utsatthet. Denna är snarlik rädsla, men hos åtminstone två av deltagarna beskrevs utsatthet som en egen känsla, varför den tagits med under detta subtema.

"Utsattheten tänker jag på. När man hamnar i en jobbig situation, den utsatthetskänslan som man kan känna är inte så mycket annorlunda än den rädslan jag kände när jag var barn. Jag kan känna igen den rädslan, som det är att vara utsatt."

"en känsla av utsatthet...att vara den där lilla, att vara liten och utelämnad."

Både skuld och skam beskrevs som en känsla som ofta följer av att man upplever att man gjort något fel. För en del av deltagarna var skulden det dominerande i känsloupplevelsen och kunde ibland bli överfört på många olika situationer.

"Jag gjorde fel när jag gjorde det... Sånt pratade ju inte vi om. Vad sätter inte det igång för tankar egentligen, om vad som egentligen hänt och hur skäms man inte."

"Jag tog på mig själv skulden. Det är det som är grejen."

Skam beskrevs även som kopplat till en känsla av att vara utesluten och att omgivningen ser ner på personen:

"Om jag tittar tillbaka till barndomen. Det var väldigt skambelagt att bli mobbad. Och bo i en rätt så liten stad. Det är skam. Det är någonting jag inte ville prata om. Man la locket på. Det har varit skam."

Ilska beskrevs också som en känslomässig reaktion som väcks till liv då personen tänker på traumat.

"Jag har bara lust att mörda honom, någon gång i månaden... en enorm aggression."

Ledsenhet och sorg var också något som förknippades med den initiala känslan, men beskrevs också som långvariga känslotillstånd som biter sig fast. Deltagarna skiljde inte alltid på uttrycken "ledsenhet" och "sorg" eller använde båda uttrycken omväxlande. Tre deltagare inom traumagruppen respektive tre deltagare inom depressionsgruppen beskrev ledsenhet eller sorg som de förknippar med trauman. Ledsenhet och sorg förknippades med flera olika typer av händelser, både med förluster av personer, men också av att ha blivit kränkt och bevittnande av trauman, att se andras lidande eller självdestruktivitet.

"Sorg och ledsamhet känner jag. Mycket ledsamhet, negativa känslor och sorg, så mycket sorg det har varit för mig."

"Jag upplevde en sorg som fastnat i ett filter."

Dödsfall hos nära anhörig som upplevdes som traumatiskt förknippades framför allt med sorg. I detta sammanhang beskrevs det som besvär som kvarstod även lång tid efter dödsfallet, efter att den initiala sorgprocessen varit genomgången. Deltagarna förknippade uttrycket "sorg" med en inre upplevelse, en känsla, ett sinnestillstånd, och kan vara långvarigt. De uttryckte ofta inte detta som en

process, utan mer som ett bestående tillstånd.

"Det var också en traumatisk upplevelse när min pappa dog... väldigt plötsligt, så det var en väldigt stor sorg också. Det är sorg och ledsamhet som biter fast i en."

Ett person som i sitt yrkesliv upplevt svåra trauman i form av olyckor och död inträffa för andra berättade:

"På något sätt att jag får ett ärr eller jag får ett sår i mig själv när jag ser allt detta, upplever allt detta infernot som är runt omkring."

Att växa upp med förälder som missbrukar beskrevs som både en ren fara, men också en sorg över att se någon annan förstöra sitt liv. En deltagare berättade om både sorg och maktlöshet under uppväxten med en missbrukande förälder:

"Att man ser hur den andra håller på att gå under och man kan inte göra någonting, utan man är med på något slags dödståg, som bara går fortare och fortare. Och du kan absolut inte göra någonting."

Sorg beskrevs också som en saknad över innehåll i livet som gått förlorade, att man missat viktiga delar i livet på grund av trauman, att man känner sorg över en utebliven utveckling, över det som hade kunnat vara.

"Jag sörjer min barndom. Jag önskar att jag fick en bättre barndom. Jag önskar att jag inte hade varit mobbad. Jag kan önska hur mycket som helst, men det är en stor sorg."

Det beskrevs att det personliga traumat kan påminna om ondska och lidande i världen, som kan ge en utvidgad upplevelse av sorg och nedstämdhet över livets och tillvarons beskaffenhet, lidandet i världen.

"Det har funnits en riktig elakhet, en illvilja. Man har träffat hemska personer. Jag var redan som barn skrämmd av det, att det finns ondska i världen, att det finns sådant, det berörde mig illa."

#### *Långvariga känslomässiga reaktioner eller känslotillstånd*

Hälften av deltagarna beskrev att de haft ett känslotillstånd under lång tid efter traumat som de beskrev som en diffus obehagskänsla, som något som ligger under ytan. Detta beskrevs bland annat som att känslorna ligger på lut, ett obehag som trycker.

"Jag var som en tickande bomb känslomässigt."

"Kanske tankar och känslor som man inte tänker aktivt utan som bara ligger och bubblar."

Några deltagare beskrev en vag obehagskänsla i form av ångest som en följd av trauma. I flera fall användes "ångest" som begrepp.

"Ångest är det, man vet inte riktigt vad man är rädd för, men är sån obehaglig, väldigt obehaglig känsla."

"Jag kan få sådär jättestark ångest, förintelseångest nästan, som jag inte riktigt vet, någon slags dov ångestkänsla, som jag inte riktigt vet var den härrör ifrån."

Flera av deltagarna beskrev att de under en längre tid har haft svårt att vara nära sina känslor och därför tidigare haft svårt att beskriva dem. Först då något nytt inträffat som påmint om traumat har de kommit nära den ursprungliga känslan och ibland har det skett först under psykoterapi.

"(Terapin) har hjälpt mig att lösa upp någonting. Jag kom nära känslorna, att släppa gardet. Jag har haft en djädra mur omkring mig."

En deltagare beskrev att känslolösheten varit tillbakatryckt på grund av att det inneburit risker att visa sina känslor och att det känslolösheten som funnits varierat i tidsperioder beroende på vilka känslor som tillåtits komma fram och då känslor som tidigare varit förbjudna har tillåtits komma fram under terapi:

"Jag tror att jag är mycket rädd, som skräck liksom. Och inte så mycket arg, för det känns farligt att känna sig arg. Det kan jag vara sen. Fast arg på mig då, oftast. Förr var jag inte så mycket ledsen, för det gick liksom inte. Jag var ganska rädd för att vara ledsen, för jag tänkte att det kommer aldrig att ta slut."

I vissa fall beskrevs att de känslomässiga upplevelserna är svåra att hantera och leder till svårigheter i vardagen att reglera känslor. Det beskrevs som att känslorna blir "för mycket", att känslorna är svåra att härbärgera.

"Kanske så här, att känslorna är så himla för mycket, så att de inte får plats, de är för stora på något sätt, känslorna."

Snabba svängningar, känslor som får karaktären allt eller inget blir till ett besvär och påverkar ens liv. Samma deltagare som ovan beskriver:

"...antingen jättemycket känslor eller inga. Det är svårt att ha lagom."

En annan långvarig känsloupplevelse är en känslomässig avtrubning, vilket beskrevs av hälften av deltagarna, hos fyra av fem i traumagruppen, respektive en av fem depressionsgruppen. En känslomässig avtrubning eller avstängdhet beskrevs som att inte ha kontakt med sina känslor, att de är svåra att plocka upp. Att inte ha tillgång till sina känslor, beskrevs i sig som ett obehag eller ett lidande. Det beskrevs både som ett besvär för personen och som något som kunde leda till att man blivit mer okänslig för vad omgivningen uttrycker.

"Jag stängde av, men hade svårt att plocka upp det igen. Jag var avtrubbad. Jag var okänslig för andra också. Kom inte här och säg att du har ont i fingret."

"...känslomässig isolering....Jag har ju stängt ner fullkomligt."

**Kroppsliga reaktioner (B2).** Även kroppsliga reaktioner är något deltagarna beskrev att de upplevt under trauman och är reaktioner som kan återkomma då de påminns om situationen.

"Det kändes i bröstet."

"Jag blev alldeles iskall i benen."

Ett par deltagare beskrev att deras reaktioner satt sig i kroppen, till exempel som smärta, muskelspänningar, sömnsvårigheter som följer av trauman.

"I min kropp sitter det kvar, även om det som har hänt hände för kanske 20 år sedan. Men om man inte har fått bearbetat det utan man har tryckt ner det och tryckt tillbaka det, men kroppen kommer ihåg det, har jag märkt. Så i mig har det satt sig som en väldigt inre stress och sömnproblem."

**Att tappa fotfästet (B3).** En upplevelse av att tappa fotfästet, den grund man står på efter ett trauma är något som tycks ha en egen karaktär, där den centrala aspekten är att man inte har grepp om sin tillvaro, en kaos känsla, att saker inte fungerar i vardagen. Detta är något som beskrevs på ett bildligt sätt.

"Ja, ett trauma det är ... då känner jag att det är gungfly under mina fötter, det är gungfly under mina fötter, jag har inga stenar att stå på."

"Det var ju verkligen som att jorden rämnade."

"Det är bara ett virrvarr. Det är som att man är inne i en labyrint och man ska hitta ut ur den här labyrinten och det finns en massa gångar, men man vet inte var utgången... den

riktiga utgången är."

**Maktlöshet (B4).** En av de allra mest förekommande upplevelserna som förknippades med trauman var maktlöshet. Sex av de tio deltagarna berättade att de på något sätt har erfarenhet av maktlöshet, vilket var något de upplevt centralt för vad de kallar trauman. Vissa av deltagarna använde själva ordet "maktlös" i sina beskrivningar.

"Min definition av trauma är nog detta med maktlöshet, det är också – vanmakt, total vanmakt är det. Väldigt svårt att göra någonting åt, över huvud taget."

"För min del så har det varit väldigt jobbiga upplevelser, där jag upplever att min maktlöshet har varit total. Det tycker jag är ett trauma. Man kan inte välja att gå därifrån. Man kan inte påverka det. Man kan inte hantera det."

Centralt i att känna maktlöshet var att deltagaren själv inte kunde påverka det som hänt. Detta beskrevs också som att man inte haft några valmöjligheter, inte själv kunnat styra sin situation, att inte ha kontroll.

En deltagare som upplevt omsorgsbrister och fysisk misshandel under uppväxten beskrev bristen på att själv kunna påverka sin situation som barn på följande sätt:

"Det var väl den här auktoriteten hemifrån, så att jag inte fick någon bestämmanderätt själv."

En deltagare beskrev upplevelsen av att vara styrd av sin omgivning som att vara en spratteldocka:

"Du är en liten docka där. Det jag tänker på mycket faktiskt, jag är som en sådan där spratteldocka, du vet va, som man drar i så".

Att tvingas stanna i en hotfull situation där man inte har någon utväg beskrevs av en deltagare:

"Jag måste stanna i det här. Det är jätte, jättehemskt. Man känner sig helt inträngd i ett hörn, man tappar totalt kontrollen, man blir helt maktlös, man förlorar sig själv på något sätt. Man blir uppgiven tror jag."

Även att stå vid sidan om och ingenting kunna göra när någon annan utsätter sig för skada upplevdes som en maktlöshet.

Att som barn inte kunna påverka en vuxens ageranden och bevittna ett destruktivt handlings sätt i form av missbruk hos förälder beskrevs av en deltagare på följande sätt:

"Att ha vuxit upp med missbruk som jag har, så har man kanske ofta inför situationen känt en väldigt avgrundsdjup maktlöshet, att inte kunna göra någonting, att stå bredvid

och se på när allt går utför. Man har ingen kontroll, man kan inte göra någonting, man är totalt maktlös och ändå måste man vara där som barn. Man har ingenting annat att välja på."

Upplevelsen av maktlöshet är något som dessa deltagare beskrev som en upplevelse de haft just i samband med trauman. Ett par av deltagarna beskrev även att de utvecklat en allmän känsla av maktlöshet som går igen i flera situationer i tillvaron.

En deltagare beskrev en känsla av att inte kunna påverka de flesta olika situationer i sitt liv:

"Det känns ju som att saker händer av automatik, att jag inte kan påverka någonting över huvud taget"

**Upplevelse av att vara annorlunda/onormal (B5).** Just upplevelsen av vara annorlunda, att inte vara som andra, att inte vara normal är något som fem av deltagarna beskrev som en aspekt av att ha upplevt trauman. Upplevelsen var ofta kopplad till känslor, såsom en rädsla för att bli utstött, skam över att inte passa in, men själva upplevelsen av att vara annorlunda var något som de kopplade till sin person och inte enbart en känslomässig reaktion. De deltagare som beskrev detta bär ofta denna upplevelse inom sig och plockar oftast inte fram sin upplevelse för omgivningen.

"Jag känner mig ganska annorlunda andra människor. Som att jag inte är som andra.

Typ, när jag är som andra så känns det som att jag luras. Som att mitt riktiga jag är en sån som, ja, inte funkar."

"Det var ett utanförskap, jag kände att jag var annorlunda, onormal."

Tre av deltagarna beskrev att den upplevelse de har av att vara annorlunda eller "onormala" gör det svårt för dem att avgöra om deras inre reaktioner är tecken på något onormalt i omgivningen eller om det är tecken på att de själva är onormala.

"Det är svårt att skilja på vad som känns farligt och vad som är farligt på riktigt. Att jag upplever det annorlunda än andra."

**Ensamhet (B6).** Sex av deltagarna beskrev någon aspekt av att uppleva ensamhet. Deltagarna beskrev att de känner sig ensamma med sina upplevelser av trauma, att ingen annan ser, vet om eller förstår vad de upplevt eller hur de känner. Några beskrev att det grundar sig på erfarenheter i relation till andra, att man mött bristande förståelse eller att berätta har lett till negativa följder. Andra beskrev att deras bild av det de har upplevt har varit för svår för andra att förstå eller att ingen annan har haft liknande upplevelser som de själva, att de på så sätt är ensamma i sin

upplevelse och erfarenheter.

Deltagarna beskrev att känslan av ensamhet i det man upplever ofta lett till att personen tror att andra inte kan eller vill hjälpa. Deras uppfattning har varit att man tror att ingen hjälp finns, eller att be om hjälp skulle kunna förvärra situationen genom att väcka oönskade reaktioner, ibland ilska hos omgivningen. Mycket ofta drar sig personerna som beskrivit detta för att be om hjälp från den nära omgivningen eller från professionell hjälp.

Ett par deltagare beskrev ensamhet som brist i att ha någon att dela erfarenheter med:

"Jag hade väl ingen direkt att prata med."

"Att det inte finns några vänner och det finns ingen över huvud taget som bryr sig."

Några av deltagarna berättade att de är uppfostrade med att "ensam är stark" och att detta lett till att de inte velat erkänna att de mått dåligt och de förmedlade inte sina upplevelser till omgivningen, de sökte inte hjälp.

"Jag fick lära mig att ensam är stark – och så fel det är. Sköt dig själv och skit i andra.

Jag hade med mig det länge i livet. Svårt för att be om hjälp. Det har hindrat mig."

**Svårigheter att sätta ord på (B7).** Sex av deltagarna berättade att de har eller tidigare har haft svårt att uttrycka sina subjektiva upplevelser i ord. Svårigheter att sätta ord på sina upplevelser tror de har bidragit till att de utvecklade trauman. Några beskrev detta som att det som inte uttalas blir kvar inom personen. Någon beskrev att det som inte kan verbaliseras förblir obearbetat.

"Det är en reaktion som man inte kan sätta ord på."

"...varför jag inte exploderar av allt som känns inuti. För jag får inte ut det i ord. Jag får inte ihop det, eller vad man ska säga, så att jag förstår."

"Ibland kan jag vara ledsen och inte ha några ord alls, och jag inte alls vet varför jag är ledsen, jag bara är sådär jättejätteledsen. Ibland kan jag vara ledsen för att det känns som att jag saknar mycket. Och att det känns ensamt. Att det typ gör ont inuti, fast det inte bara går att gråta. Det gör ont och det finns inga ord och då gråter jag inte."

En deltagare beskrev att det hen inte kan sätta ord på tar sig uttryck på andra sätt:

"...någon känsla som att om man inte får prata om den och sätta ord på den och analysera den kan ta vägen och bli något annat konstigt uttryck, t ex att man får hjärtklappning, man kan få ont i axlarna, man kan få psykosomatiska symptom, eller svårt att sova eller gå omkring och vara spänd som jag har varit. Väldigt väldigt



stressad. Jag vet ju inte var den kommer ifrån, men den kommer någonstans ifrån."

Att sätta ord på sina upplevelser, till exempel genom terapi eller i något fall att skriva ner sin berättelse har hjälpt att komma närmare sin genuina upplevelse.

"... sen hör jag mig själv i något slags metaperspektiv säga saker och ting som – är det jag som säger detta? Ja, det kommer ju faktiskt från min mun – då är det väl sant för mig då."

"När jag var ensam i somras så pratade jag med mig själv, jag hade ingen att prata med. Så pratade jag mycket med mig själv... Sedan skrev jag jättemycket dagbok om detta också. Och gör delvis fortfarande. Det är ett bra sätt att lära sig att hantera det och förhålla sig till det."

"Alla de här händelserna bara kom, så jag bara spydde rätt ut. Jag gjorde som så, jag skrev ner detta och det har ju visat sig att det har varit en rätt bra terapiform för mig."

**Ogreppbart, inte fullt medvetet (B8).** Detta subtema har likheter med förra subtemat, såtillvida att upplevelsen av trauma är något man har svårt att uttrycka. I detta subtema betonas dock delen av att det finns något i upplevelsen som man inte riktigt vet om, som är okänt eller som man inte förstår fullt ut, som kan beskrivas som ogreppbart eller inte fullt medvetet. Det finns en diffus känsla av att inte ha greppat eller förstått allt som traumat innebär. Detta har varierat från att beskrivas som att man inte kunnat koppla orsak till verkan, inte kunnat förstå egna reaktioner, inte förstått vad traumat betytt för en själv, till att det finns delar som är omedvetna.

Ett par deltagare beskrev en diffus upplevelse som inte till fullo är förstådd:

"någon slags dov ångestkänsla, som jag inte riktigt vet var den härrör ifrån. Jag kan inte spåra den riktigt, för att det kan vara så att allt är bra, allt var egentligen bra, men ändå hade jag en sådan där ångestkänsla och då vet jag inte varifrån den kommer."

"Och det som jag egentligen inte vetat om att jag har haft, som har legat och stört mig."

Man kan observera att ingen av deltagarna uppgav att de i ett senare skede i livet återfått minnen av händelser som de tidigare inte haft något minne av. Temat handlar mer om att det finns aspekter av traumat som de inte förstått eller har en uppfattning om, att det finns en komponent av något som har en större betydelse än de trott att de varit eller varit medvetna om.

Några exempel som belyser att en upplevelse inte är fullt medveten eller delar av upplevelsen inte är medveten eller förstådd:

"Det är en reaktion som man har, som man inte kan spåra eller sätta ord eller tankar på. Som är omedvetandegjort."

"Jag kanske inte riktigt har koll på det, eller fattat vad det är jag har varit med om. Det är ju en form av trauma tycker jag."

"Man har en massa saker som man har varit med om och som man har stängt av. Man vet ju att det ligger där någonstans i ett mörkt rum, låst och påverkar en. Men man vet ju inte riktigt hur det påverkar en."

En deltagare beskrev att det finns undermedvetna processer som påverkat den inre föreställningen:

"Det är det undermedvetna som jag inte kan påverka. Ens sanning blir annorlunda. En fjäder blir till en höna. Själva minnet har inte ändrats."

### **Konsekvenser för personen (C).**

Majoriteten av deltagarna angav att trauman är något som ger allvarliga och långvariga konsekvenser. Gemensamt för många av deltagarna är att de på något plan upplevt att trauma påverkat dem som person. Några olika aspekter kan urskiljas, såsom hur djupgående påverkan är, hur långvarig den är, vilka följderna blir för personens upplevelse av sig själv, följer på relationer och följer som blir till något sjukligt.

**Djupgående påverkan på personen (C1).** Många av deltagarna beskrev att trauma handlar om de konsekvenser det har lett till för dem på ett personligt plan. Flertalet beskrev trauman som något som ger en djupgående påverkan på den person de är, att det har påverkat deras utveckling som person. Många av deltagarna beskrev att de i mer eller mindre grad har påverkats och förändrats som person av de erfarenheter och upplevelser de haft. De har upplevt en förändring i sitt sätt att vara och se på sig själv. Man är inte riktigt samma person efter som före traumat.

Ett par deltagare beskrev trauma som något som påverkar deras person på ett djupt plan såhär:

"Trauma för mig är något som påverkar min själ, mitt inre, så att jag mår skitdåligt utav det och det inte går bort. Det går liksom inte att radera på något sätt, utan är precis som om nån har slagit in en kil i bröstet på mig och den går inte att få ut. Det är trauma för mig."

"Det är något man inte har förstått, men som har påverkat en på djupet, som person, hela ens personlighetsstruktur."

En deltagare beskrev att trauma gett konsekvenser för hur hen gör val i livet:

"Följderna var ju för mig utåt sett inte så synbara... utan det är någonting som man bär med sig inuti sig. Det är det som är följderna, inte det som praktiskt är det som händer. Utan det är något annat inom en, ja, något man bär med sig, som påverkar då, mer eller mindre. Påverkar vad man gör för val, vad man utsätter sig för och så där."

En deltagare som beskrev trauman tidigt i livet och som pågått under en längre tidsperiod berättade att traumat lett till att hen missat något i sin personlighetsutveckling:

"Det är traumatiskt för ett litet barn, att uppleva det.... Och sedan hängde ju det med hela min utveckling - när jag ska forma mitt liv. Det har varit med mig hela vägen."

**Långvariga effekter (C2).** De flesta av deltagarna beskrev trauma som någonting som ger långvariga effekter som alltså finns kvar över lång tid. Vissa beskrev att effekterna av trauma aldrig går över. Det är något som alltid sitter kvar. De beskrev att man kan lära sig att leva med det, men det är något som alltid skaver i personen. Andra deltagare beskrev att man kan läka ett trauma, men att det i alla hänseenden handlar om effekter som sitter i lång tid.

"Det finns över väldigt lång tid...Alltså för mig är trauma nog inte någonting som går över på några veckor sådär, utan det handlar om år att bära det och bearbeta det och förhålla sig till det, om inte ett helt liv, då, som jag tror att det kommer att vara för mig. Det kommer att finnas kvar tills jag ligger där på dödsbädden."

"Men sedan är det de här knutarna som är så djäkla stenhårda, de med de här traumana från barndomen som man inte kan lösa upp så lätt."

Distinktionen mellan kris och trauma ger vissa förtydliganden, även om det av vissa påtalades att det är flytande gränser. Oftare beskrevs dock kris som något som går att lösa, som man kan ta sig igenom utan att det ger bestående negativa förändringar, utan snarare ger möjlighet till utveckling, medan trauma beskrevs som något som ger negativa förändringar som sitter kvar över längre tid eller alltid. Flera deltagare beskrev trauma som just sår eller ärr, en skada som har skett och som man i viss mån alltid får bära med sig.

"Trauma är såpass definitivt. En kris är ju en kris, den kanske man kan lösa. Traumat tror jag inte man kan lösa, utan det är mera en ärrbildning. Det blir nog kvar på något sätt, traumat är nog så stort. Det blir ett ärr. Vid en kris kanske ärrret inte finns kvar, utan det kan man nog kanske lösa - temporär kris, fast traumat är nog djupare än så."

"Jag har ju ett ärr och det öppnar sig ibland. Det ligger där. Jag kommer att få leva med det livet ut. Jag kan plåstra om det bättre idag."

"Kris känner jag som att det har oftast möjligheter att lösas, medan ett trauma det kan du egentligen aldrig lösa, utan det är någonting du får bära med dig. En kris kan du efter längre eller kortare tid lösa och komma ut på andra sidan och så är det historia liksom. Du bär det inte med dig, utan det är löst. Så kan jag säga."

Uppfattningarna skiljer sig något åt om hur långvariga effekterna är av trauma. Vissa deltagare menade att även trauman ger en möjlighet till utveckling, en ökad insikt i vem man är som person, hur man reagerar i olika situationer och hur man kan utveckla sina sätt att hantera svårigheter och att en läkning kan ske och också leda till personlighetsutveckling.

"Det har ju resulterat i om jag ska vara riktigt konkret att jag har, i stället för att skylla på alla andra sett min egen roll, mina egna tillkortakommanden och vad jag själv signalerar till min omvärld, .... Så ser man det så, så är det ju fantastiskt."

"De här traumana som vi pratade om alldeles nyss de vill jag inte ha ogjorda idag när jag tittar tillbaka, för jag har ju lärt mig massor i alla fall om mig själv och om varför det blev som det blev."

**Påverkan på relationer (C3).** Trauman beskrevs som något som påverkar inte bara en persons upplevelse av sitt inre, hur man är och fungerar, utan också något som många gånger påverkar de relationer man har. Här betonas i huvudsak de konsekvenser trauma haft för mellanmänniska relationer.

En deltagare beskrev en rädsla för att binda sig i nära relationer:

"Där fanns väl en rädsla att binda mig känslomässigt, nära någon, på samma sätt som jag var bunden till ....., av rädsla för att förlora den personen då."

Några deltagare beskrev att ett trauma som uppkommer i relation till en annan person kan resultera i svårigheter med bland annat tillit och svårigheter med närhet.

En deltagare beskrev bristande tillit i många relationer, även terapirelationer:

"Då i början ville jag alltid kolla upp alla människor (på nätet) för att jag litade inte på någon."

En annan deltagare beskrev hur bristande tillit har påverkat nära relationer:

"För min del kanske det är att jag har jättesvårt med tillit. Ibland sådan här känslomässig

isolering, att jag isolerar mig. Svår att komma in på livet."

En deltagare beskrev att kränkningar under uppväxten gett en känsla av underlägsenhet som går igen i många olika typer av relationer, både i nära relationer och relationer till exempel på arbetsplatser:

"Sa man något fel fick man stryk eller utskällning. Sedan när jag skulle ha en arbetsgivare, jag stod ju nästan i givakt när de skulle prata med mig, för att jag var alltså, kände mig underlägsen mot dem."

**Sjukdom, känslighet och beteenden (C4).** Många av deltagarna beskrev att trauma lett till besvär, lidande och begränsningar i tillvaron. Under denna rubrik samlas det som deltagarna beskrivit som just obehag som inte är tillfälligt. Det som deltagarna angett här är sådant som inte enbart upplevs som känslor, utan sådant som gett långtgående effekter som deltagarna själva betecknat som onormalt eller sjukligt. En del deltagare gjorde själva kopplingen att trauma lett till sjukdom. Andra beskrev att trauma lett till besvär som ger en form av personligt lidande, känslighet eller påverkar deras sätt att agera i livet, beteenden. Subtemat kan indelas i tre kategorier:

#### *1. Trauma har lett till sjukdom*

Givetvis kan trauma leda till PTSD, som en del deltagare också har fått som diagnos. Synen på PTSD-diagnos varierar något. En del deltagare upplevde att PTSD är något som är långvarigt och som man aldrig kan bli av med. Andra upplevde PTSD-diagnosen som en lättnad, att de blivit förstådda och att deras problem tagits på allvar. Vissa personer såg detta som en del i en utveckling och att det är något de kan göra något åt då de fått ett namn på sina problem och ett erkännande.

En deltagare beskrev att få en PTSD-diagnos så här:

"...att jag kunde släppa, att jag blev trodd, då kan jag släppa den biten. ... Jag blev bekräftad, att det var sant."

Även andra psykiska problem togs upp som följer av trauma. Någon deltagare berättade att trauma har varit bidragande till en kronisk depression. Dock kan betonas att två av deltagarna inom depressionsgruppen med långvariga depressioner angav att trauma inte varit den huvudsakliga orsaken till deras depression, utan att de tror att det också finns en medfödd känslighet. Ett par deltagare berättade att utsattheten i mobbing har lett till social fobi, någon annan att inlåsning lett till panikångest.

En deltagare som beskrev social fobi som följd av mobbing:

"Det var där utanförskapet började, att jag var utanför flokken. Det är därifrån min

sociala fobi härrör. Det vet jag också för jag har pratat med andra som har varit mobbade. De har samma sits som mig, att de har social fobi och är utsatta och så. Det är samma tema. Det är väldigt grundläggande. Har du social fobi kan det ofta härledas till mobbning."

Ett par andra deltagare kopplade trauma till panikångest:

"Att det händer någonting som man i situationen blir jätteilla berörd av och starkt påverkad av. Det kan utlösa panikattacker, kraftig ångest eller liknande. Och sen så sitter det i framöver också. Det lämnar en aldrig helt."

"Det var ett trauma, att bli inlåst och inte komma ut. Och det kan jag känna fortfarande att jag har svårt för när jag mår dåligt att jag har svårt för att vara i låsta, eller stängda utrymmen."

### *2. Trauma har lett till psykisk känslighet och sårbarhet*

Trauma har enligt deltagarnas beskrivningarna inte bara lett till direkta konsekvenser, utan också försvårat sättet att hantera nya belastningar i livet. Några deltagare beskrev att de till följd av trauman har utvecklat en psykisk känslighet eller sårbarhet, som gör dem mer känsliga för ytterligare belastningar i livet. De upplever sig som sensitiva, som en "känslig person", som de annars kanske inte skulle varit om de inte varit utsatta för trauman. Dessa trauman har ibland uppstått tidigt i livet, i nära relationer, men också senare. Ett exempel som återfinns hos tre av tio deltagare är mobbing.

"Det här med mobbing. Det har någonstans påverkat mig väldigt djupt. Det har gett en känslighet.... En känslighet att känna av stämningar. Det var viktigt vad andra tänkte, att man lätt övertolkade saker och ting."

### *3. Trauma har lett till destruktiva beteendemönster: självdestruktivitet och missbruk*

De destruktiva mönster som nämndes av deltagarna handlar om självdestruktivitet och missbruk. Dessa mönster är på något sätt en reaktion på trauman som lett till svåra konsekvenser för individen. Beroende på om man ser detta som sjukdom eller som (destruktiva) sätt att hantera trauman kan de inräknas i olika teman. Konsekvenserna är oftast stora och de blir till ett problem i sig, varför de här räknas in under konsekvenser för individen.

De deltagare som beskrev dessa problem ser dem ofta som både effekter och handlingsmönster. De beskrevs ibland som en form av överlevnadsmekanism i trauman, som i stunden fyller en funktion, men dock ger mycket negativa konsekvenser. Följderna blir ett beteendemönster som är

väldigt svårt att bryta, men inte omöjligt. Ofta beskrev deltagarna att de haft en tanke om att beteendemönsterna är sätt att hantera trauman på ett negativt sätt, bland annat som undvikanden eller flyktbeteenden.

Självdestruktivitet beskrevs antingen som en flykt från obehagliga upplevelser eller som ett vanemässigt beteende, där personen inte reflekterar så mycket över konsekvenserna. En deltagare berättade att självtillförogad smärta används som ett sätt att döva en annan psykisk smärta som upplevs som ännu värre.

"När jag skadar mig känner jag inte längre den ursprungliga smärtan.... Det hjälper mig att andas, eller om jag vill skada mig själv, och jag inte kan göra det tillräckligt mycket själv, så kan ju andra göra det åt mig, då känns det som att det hjälper mig att få luft och ibland att stänga av för att det känns för mycket och då måste jag göra någonting så att jag åker ur kroppen, typ, inte känner någonting, för annars kommer jag att självdö, typ, känns det som, men det jag gör då är ju farligt för att de kan ju göra mig för illa."

Självdestruktiva beteenden beskrevs av två deltagare som inlärd, så invanda, ofta som en vana och en upprepning, så att de inte reflekterar över det de gör.

En deltagare beskrev självdestruktiva mönster i relationer som upprepningar av invanda mönster:

"Ändå valde jag att vara kvar i ett destruktivt förhållande. Varför gick jag inte därifrån? Därför att jag upplevde att jag inte hade något val. Det är väldigt svårt när man är i det, även om man teoretiskt kan förstå det, så blir det nästan som en konstig drog, som triggar igång någonting gammalt i en."

Ett par deltagare beskrev missbruk av alkohol och andra substanser som en följd av trauman. Missbruk beskrevs som både ett sätt att döva känslor och som ett substitut, något som man tar till i stället för andra positiva upplevelser som saknas. De menade att trauman har varit en direkt orsak till att de utvecklat ett missbruk, eller åtminstone bidragit till missbruket, då de ser det som ett sätt att lägga locket på och döva känslor som annars blivit alltför obehagliga.

"...alkoholen, jag hade destruktiva flyktbeteenden."

"Och sedan då när jag kom på det här med att alkoholen släppte ju de här banden, då blev det en förlösande effekt för mig, som jag använde när jag skulle må bra. Det var min grej helt enkelt. Och sen så blev det ju en stor belastning på slutet, ja....så det var för att döva, sedan fick jag ett beroende."

### **Att hantera trauma (D).**

I denna undersökning beskrev de flesta deltagare svårigheter att på ett eller annat sätt hantera trauman. Eftersom frågeställningen till deltagarna handlar om vad som utmärker trauman, är det just svårigheter och brister i sätt att hantera belastning, påfrestande livshändelser, som betonats och inte så mycket hjälpsamma sätt att hantera trauman. Brister i att kunna hantera belastande händelser ansåg flera av deltagarna ha bidragit till att de utvecklade trauman.

En deltagare beskrev detta som att en central aspekt i vad hen kallar trauman är just att hen inte haft en tillräcklig förberedelse eller tillräckliga erfarenheter att hantera det som inträffat.

"Någonting som man inte har något erfarenhetsskydd utav. Det här har jag inte varit med om förut. Det här är nog mer än jag grejar. Jag har inget försvar i detta."

**Undertryckande av känslor (D1).** Undertryckande av känslor var något som flera deltagare associerade med trauman. Detta beskrevs på olika sätt, såsom att "lägga locket på", att "hålla igen", att "kapsla in", att "gömma undan". Hos fem av tio deltagarna beskrevs undertryckande som speciellt utmärkande för deras reaktioner på trauma, fyra i traumagruppen och en i depressionsgruppen. De deltagare som uttryckte detta tror själva att undertryckande haft en negativ inverkan på hur de lyckats hantera sina trauman och gjort att de inte kunnat bearbeta trauman, att trauman finns kvar.

Undertryckande av känslor beskrevs som en reaktion på ett trauma strax efter en händelse för att dämpa en reaktion:

"...efteråt så är det väl, alltså, då är det ganska avstängt, som att det nästan inte har hänt fast det har hänt. Då är det ju typ, inga känslor, då är det ju mer att tänka bort känslorna, att få bort dem."

"Den själsliga skadan och traumat... allt har jag försökt att lägga som ett skimmer utanför mig. Jag har försökt att lägga sordin på, för det första för att dämpa."

Några deltagare beskrev att de först i efterhand och ibland i terapi blivit medvetna om detta sätt att reagera. Några deltagare uttryckte en retrospektiv medvetenhet om att de har undertryckt känslor:

"Det gör ibland mer ont när man förstår konsekvenserna av det efteråt, alltså utsattheten liksom. Att jag kanske så här förminskade det lite känslomässigt innan."

"Någonting som har hänt för ett tag sedan, inte alltför nära i nuläget och som man har kapslat in och begravt och inte kan sätta känslor eller ord på, men som ändå har blivit en



reaktion, som kan ta sig uttryck i någonting annat, till exempel depression och ångest."

"...de här sakerna som jag egentligen har lagt locket på, fast jag inte skulle ha gjort det. Men det har jag faktiskt inte gjort medvetet, utan det är ju det här med hur hanterar man sorger och trauman och kriser, på ett sätt för att orka med."

Deltagarna beskrev olika förklaringar, som ofta kommit i efterhand, som att känslorna har varit alltför starka eller att uttrycket av känslor varit förbjudna av omgivningen eller farliga genom att de lett till hotande situationer.

En deltagare beskrev en rädsla för starka känslor och att inte kunna kontrollera dem:

"Förr var jag inte så mycket ledsen, för det gick liksom inte. Jag var ganska rädd för att vara ledsen, för jag tänkte att det kommer aldrig att ta slut, eller vad jag ska säga."

Samma deltagare beskrev att det kunde vara farligt att visa känslor, men att hen på ett nästan automatiskt sätt hittat annat sätt att få ut dessa känslor.

"Jag fick inte gråta när jag var liten och det blev ju värre allting om jag blev ledsen och så, så jag var rädd för att gråta. Och så kollade jag på sorgliga serier när inte ... var hemma, så att jag kunde gråta till serien. Som att jag visste att jag måste typ gråta lite, och sedan har det känts så där farligt."

**Undvikanden (D2).** Att undvika det som är obehagligt eller farligt beskrevs som ett vanligt sätt att hantera trauman hos deltagarna och beskrevs av åtta deltagare, fyra inom varje grupp. Temat beskriver undvikanden som något som sker genom aktiva handlingar till skillnad från undertryckande av känslor, som mer har karaktären av en inre process. Åtskillnaden blir förstås inte absolut.

Undvikanden har skett genom att till exempel undvika platser, att stänga in sig, att dra sig tillbaka i relationer, att dra sig tillbaka känslomässigt, att göra andra saker, att använda olika flyktbeteenden. Destruktiva handlingsmönster beskrevs också som en form av undvikanden, ofta som ett känslomässigt undvikande, då man dövar känslor och obehag med något som täcker över, ersätter med att göra något annat.

"Jag täcker över. Jag slätar över. En överlevnad är ju att jobba väldigt mycket, så slipper man tänka. Man håller sig sysselsatt."

En deltagare beskrev ett undvikande rent fysiskt genom att inte gå ut och inte riskera att möta situationer som påminner om trauman:

"Om jag skulle vara hemma en dag och inte riskerar att möta saker som påminner om någonting, så att det drar igång en massa jobbiga känslor, det skulle kännas som kontroll. Att typ låsa in mig."

En deltagare beskrev upprepade självmordstankar och självmordsförsök som ett undvikandebeteende, ett flyktbeteende :

"Jag undviker så extremt mycket i mitt liv. Jättemycket undvikandebeteenden, det här med självmordstankar, självmordsbeteende, självmordsförsök."

Att verbalt inte nämna eller beröra det som upplevs traumatisk beskrevs också som ett undvikande:

"Om man sätter ord på det som har hänt, till exempel ett suicidtrauma, så blir det ju lite jobbigt. Man är där i samma område igen som man kanske vill undvika, men det är nog bra att man är där och pratar och känner och tänker lite på det. Då kanske man undviker att hamna där igen så att säga. Det blir inte så främmande och konstigt utan det är något som faktiskt har hänt."

**Anpassning (D3).** Anpassning beskrevs som ett sätt att anpassa sig efter en yttre situation som personen har svårt att påverka, vilket beskrevs av åtta av deltagarna, fyra inom varje grupp. Att anpassa sig efter omgivningen beskrevs som ett sätt att undvika eller tona ner hot, för att inte väcka vrede eller för att inte bli utesluten.

En deltagare beskrev anpassning som en sätt att hantera fysisk misshandel i samband med mobbing:

"Man är bara glad när det inte händer. ...så liksom låtsas jag som att jag tycker det är kul. Jag kommer ihåg det, jag låtsades som att jag inte brydde mig om att, nej, men det här går jättebra, liksom, ni får slå på mig hur mycket ni vill. Liksom, det gör ingenting. Jag skrattade åt det, liksom. För att inte.... Man vill ju inte väcka den björnen som sover ännu mer och bli förbannad, för då blir de ju ännu mer aggressiva."

En annan deltagare beskrev ett sätt att anpassa sig som lett till problem i det långa loppet:

"Det har skadat mig, att jag inte har kunnat stå upp för mig själv och gjort att jag känt mig ännu sämre och inåtvänd. Det hade varit bättre om jag hade agerat i situationen och säga emot."

**Normalisering (D4).** Normalisering beskrevs som en form av anpassning av de egna föreställningarna, så att yttre händelser eller företeelser blir mer till en normalitet än avvikande i

personens inre föreställningar. Detta beskrivs som något som är inte fullt medvetet och som leder till att personen får svårt att skilja på inre verklighet och yttre verklighet, vad som är normalt för de flesta andra och inte. Man blir osäker på sina reaktioner. Dessa deltagare beskrev att de har svårt att värdera situationer som är farliga eller riskerar att fastna i situationer som är destruktiva. Denna strategi uttrycktes av två deltagare inom traumagruppen och ingen inom depressionsgruppen.

En deltagare berättade om svårigheter att skilja på vad omvärlden och hen själv upplever som normalt:

"Det är ju risken att man upprepar samma saker och normaliserar även det som andra kanske, skulle ha valt att gå därifrån eller lämnat eller någonting annat. Medans man själv tycker att det är väl normalt."

En annan deltagare berättade om svårigheter att värdera farliga situationer, som lett till att hen också utsatt sig själv för riskfyllda situationer utan att riktigt vara medveten om det:

"Det är svårt att skilja på vad som känns farligt och vad som är farligt på riktigt. Att jag upplever det annorlunda än andra. Det ställer ju till det väldigt mycket, när jag försöker undvika sånt som känns farligt. Och så gör jag det på ett sätt som är farligt på riktigt fast det är inte så jag känner det då när jag gör det."

**Att dölja (D5).** Flera av deltagarna som upplevt trauman gör aktiva försök att dölja för omgivningen vad de upplever. Detta beskrevs av sex deltagare, fyra inom traumagruppen och två i depressionsgruppen. De beskrev det bland annat som att "sätta på en mask", att "ta på sig en roll". En rädsla för att vara avvikande kan för vissa hindra att man visar det man känner inombords. Det handlar här alltså inte om att undertrycka sina känslor inombords, utan att inte visa utåt vad man upplever och känner.

"...samtidigt har man en fantastisk förmåga att ta på sig en roll eller ett sätt att vara som döljer det där."

"Jag i alla fall satte på masken. Själva individen måste ta av sig masken."

En deltagare berättade att döljandet är en följd av att hen upplevt skam kring att ha varit med om trauman, som hen inte vill att någon annan ska veta om:

"Det var väldigt skambelagt att bli mobbad. Och bo i en rätt så liten stad. Det är skam. Det är någonting jag inte ville prata om. Man la locket på. Det har varit skam."

**Självbild (E).**

Hur man ser på sig själv, självbild är något som är en central aspekt som deltagarna ofta nämner i sammanhanget trauma. Samtliga deltagare angav någon aspekt av självbild som de kopplar till erfarenheter av trauman. Många deltagare upplevde att deras självbild påverkats negativt som en direkt följd av trauma. En del deltagare gjorde reflexionen att trauman har lett till brister i självbild, men inte alla gjorde kopplingen till effekter av trauma, utan gjorde mer en reflexion kring hur de förhåller sig till erfarenheter som de upplevt som traumatiska. Temat presenteras därför som ett eget huvudtema och inte som subtema till konsekvenser för personen. Det kan nämnas att två av deltagarna i depressionsgruppen ansåg att själva depressionen bidragit till deras självbild.

Under detta tema sammanfattas sådant som har med personens upplevelse av sig själv, identitet, självkänsla och självförtroende, inre säkerhet, trygghet att göra. Vissa deltagare nämnde att de har problem med hur de uppfattar sig själva, medan andra på ett mer indirekt sätt beskrev att de har svårigheter att tolka inre upplevelser, vem de är som person, har en bristande helhetsupplevelse av sig själv. Vad som räknas till temat blir förstås i viss mån en tolkning, men för att göra det tydligare och transparent, tar jag upp relativt många citat på deltagarnas egna beskrivningar.

**Identitet (E1).** Under identitet beskrivs aspekter såsom sammanhållen helhetsbild av självet, självinsikt, livsmål, förmåga till gränssättning gentemot andra personer. Några deltagare uttryckte en osäkerhet på sin egen identitet. Detta uttrycktes som en svårighet att se hela bilden av sig själv. Det beskrevs också som en mer uppsplittrad bild, som att man faktiskt har olika delar inom sig som inte kan knytas samman. Att vara osäker på sig själv uttrycktes som

"Vem är jag?"

Någon uttryckte att hen är två personer, den hen visar utåt och den hen är inombords.

"Tänk att gå och inte veta vem man är. Då är man alltså två i samma kropp."

Då tidigare flyktbeteenden i form av missbruk inte längre upprätthålls uttryckte en deltagare följande:

"Jag hade destruktiva flyktbeteenden. När jag tog bort dem kom allt upp. Och sen när det väl poppar upp: vem är jag egentligen?"

Att inte känna av sina egna gränser beskrevs:

"För jag var väl gränslös innan...."

En deltagare beskrev en vilshenhet till följd av trauma uttrycker:

"Hur blev jag för att det var så? Hur har det format mig som person? Vad har det gjort

med mig?"

**Självkänsla och självförtroende (E2).** Flera deltagare beskrev att de fått dålig självkänsla och/eller dåligt självförtroende som följd av trauman. Ofta gjordes reflektionen att de kan ha ett gott självförtroende, de vet vad de är bra på, men har samtidigt en dålig självkänsla, de känner inför sig själv ett lågt värde som person.

"Jag har alltid varit underlägsen. Haft en dålig självkänsla helt enkelt. Självförtroende har jag haft. Jag var som jag ser det själv rätt så duktig på det jag har gjort, men just det här med att inte riktigt veta vem jag var."

En deltagare beskrev att själva traumat ligger i att inte bli respekterad för den man är:

"Det är aldrig någon som har respekterat mig för den jag är.... Jag har aldrig känt att jag har varit värd någonting. Det är ju ett jättetrauma liksom!"

Några deltagare beskrev att de blivit vana att prestera för att bli omtyckta och på så sätt byggt upp en falsk bild av sig själv av att behöva prestera för att vara något värd, utan att så mycket reflektera över detta. De har lärt sig mönster som att "ensam är stark", "jag kan fixa allt". Detta har de senare upplevt som ett hinder då de upplevt belastningar. De har dels inte sökt hjälp och ett trauma har förvärrats av att de själva tagit på sig ansvaret för det inträffade.

"Men sen har jag ju blivit uppfostrad att ensam är stark. Hur gör du då? Då står man ju som en åsna mellan två höttappar och vet inte hur jag ska göra."

**Att vara agent (E3).** Subtemat omfattar berättelser om deltagarnas egen upplevelse av sig själv som någon som kan agera, ta ansvar och att ha en möjlighet att påverka i sitt liv. Några deltagare beskrev att de i en traumatisk situation inte haft kontroll och inte kunnat styra situationen och på så sätt utvecklat mönster av att inte kunna styra och att inte vara agent i sitt eget liv även på andra områden. Det beskrevs som att man ser sig som ett offer och kan fastna i denna rollen.

Tre deltagare berättar om upplevelsen av att själv vara agent eller inte:

"...där har jag ett synsätt om att alla andra ska lösa mina problem, men jag ska inte lösa dem själv."

"...att man ser sig själv som ett offer, det tror jag är lätt att hamna i, jag gör det ibland."

"Det var rätt besynnerligt egentligen, bland de första frågorna så var det: hur var din barndom...? Då sa jag: skit du i den, du ska lösa mina traumatiska händelser."

**Att se på sitt inre (E4).** Detta subtema försöker beskriva personens egen inre bild av sig själv, att se på inre delar av sig själv och hur dessa förhåller sig till omvärlden. Några exempel på detta är att nedvärdera sig själv, att överdriva egen skuld, att inte se egna behov, att känna sig aggressiv mot sig själv, att vara värd att straffas. Ett annat exempel behandlar hur den inre synen på självet avspeglar sig i generaliserade värderingar av omvärlden, till exempel att se sig själv som liten och sårbar, att man upplever sig som ett offer för omgivningen eller att hela världen är ond.

Ett par deltagare beskrev att upprepade mobbing lett till en nedvärdering av synen på sig själv:

"Får man höra varje dag att man ser ut som ett troll och massa olika tråkiga tillmälen om mitt utseende och mitt sätt att vara och allt, så till slut blir det en sanning."

"Spontant kommer jag att tänka på att jag kände att man varit mindre värd, hamnat långt ner i popularitet och hierarki och sånt, som är jobbigt när man är yngre."

En deltagare beskrev ett mönster av att ta på sig skuld för många olika händelser som har med en bild av sig själv som den som har skuld, vilket ursprungligen kan kopplas till trauman:

"Jag försöker in i det yttersta. Det är inte alls mitt ansvar, men jag tar på mig det och jag tar på mig skuld för att det inte funkar."

Att inte se sina egna behov kopplades till en följd av att vara uppvuxen med en förälder som missbrukat och vara utsatt för misshandel:

"Jag tänker återigen på det här ordet att man har väldigt mycket känslomässigt självförsörjande som barn. Det sätter ju också sina spår, väldigt mycket. Svårigheter att identifiera sina behov. Svårigheter att känna tillit."

### **Tidsperiod då trauma inträffar (F).**

Temat handlar om när i livshistorien ett trauma inträffar och vad den utvecklingsfas personen befinner sig i kan få för verkan. Det handlar alltså inte så mycket om karaktären eller upplevelsen av traumat, som att den period då traumat inträffar har betydelse. Deltagarna beskrev att i en känslig utvecklingsfas får traumat större följdverkningar. Några perioder som beskrevs som känsliga är då traumat har inträffat i barndomen, några i puberteten, någon i övre tonåren då personen var på väg in i vuxenlivet.

Några exempel som beskriver då trauman inträffat under en känslig period i livet och på så sätt fått stora konsekvenser:

"Som vuxen kanske jag vet mer att det är ett trauma. Jag har lite mer förmåga att sätta ord och känslor på det. Och då får jag lättare att lyfta det och se på det. Men när man har

varit med om någonting när man varit barn, så vet man kanske inte riktigt att det är trauman man varit utsatt för."

"Jag var utsatt för mobbing från 6-9-an. Det var ett trauma i mitt liv. Det var en känslig tid, det var när jag var i puberteten, i ungdomstiden och så det var en väldigt känslig tid."

"Det är en total skräck att vara i en skola i två års tid när man är väldigt sårbar, 14 år gammal. Att det inte finns några vänner och det finns ingen över huvud taget som bryr sig."

"Jag hade ingen chans att reparera min barndomstid. Det har min psykolog sagt också, att hade jag haft en bra ungdomstid, så hade jag fått chans att reparera min barndomstid, för min barndomstid var ju inte bra."

### **Tidiga relationers betydelse (G).**

Temat behandlar betydelsen av hur de tidiga relationerna i personens liv har påverkat vad som betecknas som trauman och betonar här själva relationsaspekten, hur kvaliteten i relationen påverkar. Tidiga relationer, oftast till föräldrarna, beskrevs som någonting som haft stor betydelse för om deltagarna tycker att de utvecklat trauma eller inte och hur de sett på trauman senare i livet. Så många som åtta av tio deltagare nämnde spontant aspekter på tidiga relationer som betydelsefulla för hur de upplevt trauma och om de utvecklat trauma eller inte. I de flesta fall har det rört sig om relationen till vårdgivare, men i något fall till andra personer i personens närhet. Temat kan delas in i tre olika subteman:

**Trauman och brister i relation till anknytningspersoner (G1).** I några fall beskrevs trauma som direkt uppkomna i relation till anknytningspersoner. Det har då rört sig om fysiska och sexuella övergrepp och fysiska kränkningar, misshandel, inlåsnings. Man kan notera att i dessa beskrivningar har den mentala kränkningen en central betydelse, och är oftast inte åtskild från den rent fysiska kränkningen.

Några deltagare beskrev hur fysisk misshandel och missbruk i familjen under barndomen har påverkat deras utveckling:

"De största grejerna är ju den där hårda kränkningen ifrån de som skulle älska mig mest och inte gjort det. Det är traumatiskt för ett litet barn, att uppleva det. Och sedan hängde ju det med hela min utveckling - när jag ska forma mitt liv."

"...då när man har vuxit upp kanske med missbruk, så blir man ju inte speglad som barn, utan man blir ju lite grand känslomässigt självförsörjande, faktiskt och då vet man inte riktigt sina behov. Man får ju inte sina behov tillgodosedda, som barn. En vuxen kan ju inte spegla en som har så stora behov själv."

I andra fall beskrevs traumat mer i termer av en psykisk påverkan, avsaknad av närhet, empati, omsorg, spegling och här blir själva bristen i interaktionen med anknytningspersoner det som upplevs traumatiskt. Några av deltagarna beskrev att det centrala är att inte ha blivit älskad för den de är och att det har lett till brister i självbild, otrygghet, osäkerhet på sin identitet. De har inte kunnat uttrycka vem de är. De har inte vågat visa genuina känslor. De har känt sig styrda av vad som förväntas. Ibland beskrevs bristen på gensvar det som gjort att de inte kunnat uttrycka sitt genuina jag. Ibland är bestraffningar, rädsla för fysiska övergrepp det som gjort att de inte vågat uttrycka känslor eller egna behov. Bristen på att kunna uttrycka känslor, egna behov, sin egen vilja har påverkat hur de ser på sig själv. De deltagare som berättade om dessa faktorer beskrev dem som trauman.

"Om du presterar så tycker folk om dig, men liksom du blir aldrig omtyckt för den du är, liksom, utan du ska vara som de vill. Du är en liten docka där."

"Det är aldrig någon som har respekterat mig för den jag är... Jag har aldrig känt att jag har varit värd någonting. Det är ju ett jättetrauma liksom!...Det går inte att förklara för mina föräldrar att jag aldrig någonsin kommer att känna mig älskad. De fattar inte det."

Flera deltagare beskrev att brister i tidiga anknytningen, lett till att de inte fått möjlighet att vara barn, på barnets villkor, vilket lett till problem i hur de ser sig själva och fungerar som vuxna.

"Det var en känsla av rädsla och nervositet. Jag fick aldrig vara det lilla barnet."

"Då tror jag att det är en liten flicka som pratar i en, som inte fick komma fram när hon var 12, men som nu vill komma fram. Men som man inte riktigt vet, vad ska jag göra med den, vad vill hon? Ja, och det påverkar ju mig nu. Det blir ju ett trauma, att man inte har kunnat vara barn kanske."

Inte alla deltagare som nämner tidiga relationer beskrev det som trauma. Tidiga relationer har dock bidragit till en ökad känslighet för belastningar i livet, som eventuellt ökat på en medfödd känslighet och alltså bidragit till att senare händelser upplevts som trauman.

"Jag tror att man är en produkt av arv och miljö, så jag tror att det finns flera faktorer



och att jag har en personlighet som är kanske lite mer känslig i sin natur. Så att det är nog både och, men jag tror att det har satt djupa spår, självklart det har det gjort."

**Brister i relationer till anknytningspersoner förvärrar andra trauman (G2).** I några fall beskrevs att bristen på trygghet, stöd, närhet i tidiga relationer har gjort det svårare att hantera andra belastningar/trauman, till exempel situationer med mobbing. Att inte ha stöd hemifrån blev ett dubbelt trauma för den som utsattes för mobbing. Att inte våga berätta, vara rädd för att göra saken värre bidrog till att effekterna av mobbing i skolan blev så stora.

Ett par deltagare som varit utsatta för mobbing i skolan uttryckte det så här:

"Jag hade väl ingen direkt att prata med om det. Jag talade ju om det hemma och det tog ju hus i helsike. ... Det blev bara ännu värre. Så det blev väldigt jobbigt. Jag kände att jag blev utsatt för förnedring."

"Hade jag haft stöd hemifrån hade det sett annorlunda ut. så kanske jag hade kunnat säga ifrån mer i skolan men nu hade ju inte jag det, utan jag hade det väldigt risigt hemma också, så det blev dubbelt för mig. Så det var i allra högsta grad ett trauma för mig."

**Tidigare generationers påverkan (G3).** Några deltagarna kopplade de brister eller kränkningar de upplevt under uppväxten till tidigare generationers påverkan. Det de utsatts för är i sin tur något som deras föräldrar har varit utsatta för.

"Men sen förstod jag efter att farsan har gått bort, han var uppfostrad likadant fastän ännu värre egentligen."

"De har aldrig varit med om det själva, att de hört det själva från sina föräldrar, att de duger."

### **Upprepning av mönster (H).**

Upprepning av mönster är något som många deltagare tog upp. Mönster kan innehålla många element, såsom att ett tema i ett trauma upprepas, att invanda mönster att bete sig upprepas, att tankemönster upprepas, att sätt att relatera till andra personer upprepas. Det beskrevs som att något centralt i själva traumat upprepas. Detta beskrevs som att så länge traumat är "obearbetat" återkommer mönster utan att personen själv riktigt påverkar. Deltagarna beskrev att teman i det som är "olöst" återkommer i händelser i den aktuella livssituationen. Upprepningen var något som deltagarna konstaterade, som en sorts självreflektion. Flera deltagare berättade att de fått hjälp i

psykoterapi just att tydliggöra dessa mönster, vilket hjälper dem att förhålla sig på andra sätt till traumaupplevelsen och till nya händelser i livet.

En deltagare beskrev att en utsatthetskänsla återkommer i olika händelser i livet som kan härröras till tidigare trauman.

"Den utsatthetskänslan som man kan känna är inte så mycket annorlunda än den rädslan jag kände när jag var barn. Jag kan känna igen den rädslan, som det är att vara utsatt."

En deltagare beskrev brister i kontroll som återkommer och upprepas:

"Jag borde ju stuckit därifrån, men på något sätt har jag inte... alltså jag har ju känt igen ....s beteende utifrån det jag vuxit upp själv med, så jag upprepar ju det jag har varit med om. Det blir sådant här upprepningstvång, istället för att lägga benen på ryggen och sticka."

En annan deltagare beskrev att mönster i den tidiga familjen som upprepas och tar på sig den tidigare rollen i traumatiska händelser i livet:

"Då hamnar man ju i den gamla familjebilden där också.... Det är inte alls mitt ansvar, men jag tar på mig det och jag tar på mig skuld för att det inte har funkat."

Upprepning av mönster är något som inte säger något om när ett trauma inträffat, men då väl ett trauma inträffat är det centrala mönstret något som återkommer i andra situationer i livet, som personen har svårigheter att hantera, samma mönster går igen i olika traumahändelser.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Urvalet har skett utifrån ett kliniskt sammanhang, där deltagarna är personer som har sökt hjälp för psykiska problem och går i eller har gått i psykoterapi. Diagnosgrupperna traumarelaterad diagnos och depression har valts därför att de är någorlunda väl avgränsade och att det inom dessa grupper kan antas finnas personer som har något att säga om fenomenet "trauma".

Studien gör inte anspråk på att kunna generaliseras till en befolkning i stort och inte heller till en population med ovan nämnda diagnoser. Urvalet av patienter är selekterat. Deltagarna är rekryterade från privat psykiatrisk mottagning. Faktorer som egen motivation, förmåga till egna initiativ, ekonomiska situation, fungerande i vardagen kan skilja sig från andra populationer med samma diagnoser. Undersökningsgruppen kan alltså inte sägas vara helt representativ för en population med samma diagnoser inom befolkningen i stort och inte heller jämfört med en

population med samma diagnoser inom allmän psykiatrisk vård.

Dock kan nämnas att sex av deltagarna har erfarenhet av både allmän och privat vård. Fyra av tio deltagare har någon gång behandlats inom slutenvård. Svårighetsgraden av problem varierar. På så sätt kan också sägas att deltagarna representerar en bredd som ofta finns inom en klinisk psykiatrisk verksamhet. Vid en sammanräkning har deltagarna tillsammans gått i 58 psykoterapier. Median för terapitiden är 5 år. Deltagarna har en relativt gedigen erfarenhet av psykoterapi. Att upplevelser i viss mån kan ha påverkats av erfarenheter som gjorts under terapi är möjligt, vilket således kan ha påverkat svaren och därför inte kan jämföras med en grupp patienter som inte gått i psykoterapi. De erfarenheter deltagarna gjort genom psykoterapi kan dock ge en ytterligt fördjupad bild av trauma, då terapi kan ha bidragit till en ökad medvetenhet om deltagarnas upplevelser, vilket kan ses som en fördel av studien.

De två grupperna är homogena avseende huvuddiagnos, men det finns en heterogenitet avseende bidiagnoser, som dock inte är ovanlig inom psykiatrisk verksamhet, då samsjuklighet är vanligt (e. g. Kessler et al., 1995; Spinhoven et al., 2014). Detta avspeglar alltså inte en homogen grupp med enbart en diagnos, men kan sägas avspegla en grupp personer man ofta möter i en klinisk vardag. Vidare är heterogeniteten stor avseende vilken terapi som givits, både vad gäller terapimetod och terapeuternas teoretiska bakgrund. Dock är samtliga terapeuter minst steg 1 utbildade. Antal deltagare och heterogeniteten i terapimetod är för stor för att kunna dra några slutsatser om vad som är verksamt inom enskilda terapimetoder, vilket inte heller har varit syftet. Studien har istället syfte att belysa deltagarnas subjektiva upplevelser och erfarenheter av trauma i ett brett kliniskt koncept. Ansatsen är explorativ och som sådan är syftet att nå en djupare förståelse av komplexa fenomen och även vara hypotesskapande.

En av styrkorna kan sägas vara just att deltagarna representerar en klinisk kontext, det vill säga har en behandlingskontakt inom en klinisk verksamhet. Intervjun har genomförts i samma kontext, nämligen på privat psykiatrisk mottagning. Några av deltagarna har tidigare haft kontakt på mottagningen och några har pågående kontakt. Ingen av deltagarna har dock en pågående psykoterapikontakt med intervjuaren.

En risk finns att deltagarna vinklar svaren utifrån vad de tror att intervjuaren vill höra, medvetet eller omedvetet. Försök att eliminera dessa faktorer är genom en noggrann information om att utgångspunkten är en explorativ undersökning, att det handlar om att fånga deltagarnas individuella upplevelser och att det inte finns några ”rätta” eller ”felaktiga” svar. Svaren handlar heller inte om vad som är bra eller dåligt i behandlingskontakten, utan en bredare upplevelse av ett fenomen. Upplevelsen som författaren har är även att deltagarna varit öppna i sina svar och haft en vilja och motivation att dela med sig av sina erfarenheter, utan att förställa svaren. Svaren har oftast

kommit spontant och även associationer har ofta kommit utan att intervjuaren har bett om det.

Tillförlitligheten i en kvalitativ studie består av att data på ett trovärdigt och överensstämmande sätt avspeglas i resultaten (Brinkmann & Kvale, 2009). I kvalitativ forskning är det ofrånkomligt att göra någon form av tolkningar (Willig, 2013). Dock är det av vikt att observera då tolkningar görs och hur de görs. En ”reflexiv objektivitet”, som beskrivs av Brinkmann och Kvale (2009) har eftersträvats genom att fortlöpande reflektera över vilket bidrag författarens egna uppfattningar, kunskaper och erfarenheter har för resultaten. På så vis har författaren försökt minimera tolkningar i resultatredovisningen samt tydliggöra dessa i diskussionen nedan.

Författaren är specialist i psykiatri och har vana av behandling av både depression och traumarelaterad problematik. En vana vid intervjusituationer kan vara en fördel, men förförståelse av de studerade fenomenen kan vara en nackdel avseende objektivitet i analysen. Jag (författaren) har ett intresse av traumabehandling och har även gått vidareutbildningar inom traumaterapi, bland annat EMDR-metodik. Det är ofrånkomligt att de kunskaper och erfarenheter avseende psykotraumatologi och traumabehandling som finns i förhand ger en förförståelse av de fenomen som studeras. Under analysen har jag fortlöpande försökt vara uppmärksam på när och hur förförståelse och teoretiska antaganden påverkar analysen, både i eget reflekterande och i dialog med min handledare. Ansatsen har varit att undersöka fenomenet utan att göra något teoretiskt grundantagande utifrån psykodynamisk, kognitiv, biologisk eller annan teoriinriktning.

I redovisning av resultaten har eftersträvats en transparens, genom att ange citat, så att läsaren själv får en uppfattning om hur analysen baserats i data. Teoretiska termer har i möjligaste mån undvikits i resultatredovisningen och resultaten har försökt beskrivas så nära deltagarnas egna formuleringar som möjligt.

## **Resultatdiskussion**

I denna studie har undersökts vad patienter med traumarelaterad diagnos och depression upplever som trauman och vilka aspekter som är centrala i denna upplevelse. Flera olika aspekter har identifierats som har betydelse för vad som deltagarna anser vara viktiga i sina upplevelser. Åtta teman har identifierats och dessa är: händelsers karaktär, subjektiva upplevelser, konsekvenser för personen, hur trauma hanteras, hur trauma associeras till självbild, när i livet en potentiellt traumatisk händelse har inträffat, tidiga relationers betydelse och mönster som upprepas i trauman. Några övergripande mönster som kan ses i resultaten presenteras nedan och kopplingar görs till teorier. Därutöver diskuteras möjliga hypoteser som framkommit och implikationer för behandling.

**Vad menas med trauma?** De flesta deltagarna uttryckte att trauma urskiljer sig från andra händelser och upplevelser, som något som inte ingår naturligt i livet. Gemensamt i deltagarnas beskrivningar är att det som betecknas som trauman innefattar aspekter på händelsers innehåll, på hur de reagerat på händelserna och vilka konsekvenser det lett till för dem personligen. Fokus kan ligga något olika på vad som betonas, men hos alla finns dessa tre övergripande aspekter med i deltagarnas beskrivningar.

De flesta deltagarna skiljer kriser från trauman, som dels har med en gradskillnad att göra och dels med en artskillnad att göra. Trauman betecknas som något allvarligare. Genomgående beskrivs trauman som något som ger både mer långvariga och mer djupgående konsekvenser. Kriser beskrivs som något som man lättare kommer igenom, som man oftare kan hantera själv och som inte sätter djupa negativa spår efter att krisen gått igenom. Trauman beskrivs som något som påverkar personens inre, att man förändras som person negativt, medan kriser oftare ses som något som man kan utvecklas av och något man kan gå starkare ur.

Kriser beskrivs som något som i efterhand ger en tydligare bild av vem man är som person. Vid ett trauma tycks inte finnas samma koppling till hur traumat har påverkat, åtminstone inte innan terapi. Det beskrivs att man har fastnat i en "olöst" reaktion. Detta kan ju avspegla både att trauman i viss mån aldrig går att lösa eller att man inte är färdig med traumabearbetningen i en terapi, vilket denna studie inte entydigt kan uttala sig om. En del deltagare anger efter psykoterapi att även trauman varit ett steg på vägen och hjälpt dem att utvecklas vidare som personer.

Resultaten belyser att deltagarna upplever att konsekvenser av trauman är djupgående, ger en påverkan på deras inre självuppfattning och är långvariga. Ett trauma beskrivs ofta som en skada eller ett ärr, vilket antyder att effekterna sitter i länge. Flera uttrycker att trauma är något man får leva med och förhålla sig till. Flera deltagare anger att de tror att trauman inte kan lösas av sig själv utan enbart genom psykoterapi.

**Händelsers betydelse.** Samtliga deltagare uppger att de varit med om en eller flera händelser i sitt liv som de betecknar som traumatiska. En aspekt på en traumatisk händelse är det faktiska innehållet, det vill säga vad personen har råkat ut för. Varje person är unik och har sin unika historia, men i stora drag kan dock ses några övergripande mönster och några undergrupper kan identifieras.

Händelsers karaktär kan beskrivas utifrån de diagnoskriterier som återfinns i DSM V. I båda diagnosgrupperna beskrivs händelser som uppfyller A1-kriterierna enligt DSM V. Dessa är bland annat övergrepp och misshandel under barndom, misshandel senare i livet, dödshot, sexuella övergrepp, bevittnande av olyckor och död, samt nära anhörigs självmord (våldsamt död). Vad gäller händelser som deltagarna upplever som traumatiska finns även händelser av icke A1-typ inom båda

grupperna och består av bland annat omsorgsbrister under uppväxten, brister i emotionell närhet till anknytningspersoner, att växa upp med förälder som missbrukar, mobbing under skolgång, eget självmordsförsök, nära anhörigs död, sjukdom och funktionssvårigheter inom familjen. Andra belastande händelser, såsom egen sjukdom, förlust av arbete, skilsmässa nämns av deltagarna, men betecknas inte som traumatiska, varför alltså inte alla belastande händelser som deltagarna anger betecknas som "traumatiska".

Det finns alltså en uppfattning om att traumatiska händelser urskiljer sig från andra händelser i livet, men att dessa nödvändigtvis inte är överensstämmande med A1-kriterierna enligt DSM V. Detta har likheter med studierna av Gold med medarbetare (2005) och Cameron med medarbetare (2010), även om resultaten i denna studie inte är mätta kvantitativt och på grund av litet antal inte är statistiskt signifikanta vad gäller förekomst. I likhet med både studien av Gold med medarbetare (2005) och Cameron med medarbetare (2010) ses att händelser som upplevts som traumatiska inte alltid är av A1-karaktär. Eftersom PTSD-symptomatologi inte har mätts kan inte dras någon säker slutsats huruvida typ av trauma korrelerar till grad av PTSD-symptom. Dock kan observeras att A1-trauman förekommer oftare i traumagruppen än i depressionsgruppen. En skillnad mellan föreliggande studie och studierna av Gold med medarbetare (2005) och Cameron med medarbetare (2010) är således deltagarantal. Ytterligare en skillnad mellan föreliggande studie och ovan nämnda studier är att de senare studerar en grupp med friska studenter som inte bedömts kliniskt, utan endast utvärderats med självskattningsformulär till skillnad från föreliggande studie som studerar personer som har en kontakt i klinisk verksamhet och psykiatrisk diagnos, vilket skulle kunna sägas vara en fördel om man vill studera vad patienter i en klinisk vardag upplever. Möjligen kan resultaten tas som argument för att A1-kriterierna är alltför snäva för att tillfredsställande beskriva potentiellt traumatiserande händelser. En hypotes utifrån resultaten är också att inte enbart händelsers karaktär, utan även andra faktorer såsom till exempel subjektiva upplevelser, psykologiska mekanismer och tidigare formerad självbild påverkar vad som blir ett trauma för individen, som diskuteras nedan.

**Traumatiska händelser och depression.** I föreliggande studie ses att trauma har betydelse även för patienter som har depression, utan traumadiagnos, även om man av detta inte kan dra slutsatsen att trauma har orsakat depression. Enligt Kendler och medarbetare (2003) har belastningar i form av förlust, förnedring, känsla av att vara fångad och fara en betydelse för utveckling av depression. I denna studie betecknas samtliga av dessa typer av händelser som "traumatiska" av deltagarna och inte enbart som belastningsfaktorer. Dock kan noteras att inte alla belastande händelser som tas upp av deltagarna betecknas som traumatiska. Några av dessa, såsom skilsmässa och att förlora arbetet, nämns i Kendlers med medarbetares studie (1999) som stressfulla

livshändelser. Deltagarna gör alltså en åtskillnad mellan trauman och andra belastande händelser, vilket skulle kunna vara värt att beakta ur behandlingssynpunkt, då det som benämns som trauma skulle kunna bli föremål för specifik traumabehandling.

Några speciella typer av händelser som framkommer inom depressionsgruppen är: mobbing under uppväxt och skolgång, eget självmordsförsök och förlust av nära anhörig. Dessa händelser betecknas av depressionspatienterna som traumatiska och de har likheter i andra aspekter som nämns som traumatiska inom båda grupperna, på det sätt att de leder till djupgående och långvariga konsekvenser för individen, påverkar självbild och ger besvär med svårigheter att släppa den ursprungliga händelsen tankemässigt.

Enligt resultaten är mobbing något deltagarna förknippar med maktlöshet och kontrollförlust, som också återkommer senare i livet i situationer som påminner om mobbing, samt med känslor som rör sig om framför allt rädsla och skam. Samtliga deltagare som uppger mobbing under förgymnasial skolgång anger att de fått en ökad känslighet för belastningar, framför allt interpersonella, genom att vara extra känsliga i hur de uppfattar bemötandet från andra personer. Hur man ser på mobbing som grund för traumarelaterade besvär skiljer sig i litteraturen. Mobbing under skoltiden har setts ge upphov till PTSD-symptom (Idsoe, Dyregrov & Idsoe, 2012), vilket styrker att mobbing skulle kunna betraktas som en potentiellt traumatiserande händelse.

Eget självmordsförsök som har en våldsam karaktär och har varit livshotande framträder som en egen grupp som har många karaktäristika gemensamt med traumatiska händelser vid PTSD. Deltagarna i denna studie anger långvarig påverkan på självbild vid denna typ av händelser. Konsekvenserna sitter i långvarigt och ses ibland som stigmatiserande, genom att förknippas med att vara inlagd på "psyket" och en kontrollförlust, vilket ger en långvarig påverkan på hur personen ser på sig själv. Det finns här också ett inslag av en ständigt närvarande rädsla för att hamna i samma situation igen. Åtminstone i ett av fallen finns ett starkt känslomässigt undvikande att prata om detta. Det finns risk att denna typ av händelser inte alltid uppmärksammas inom psykiatri som traumarelaterade händelser, utan risken finns att enbart depressionen får fokus i behandling. Exempelvis har jag inte kunnat hitta någon studie som specifikt studerar självmordsförsök som traumatisk händelse. En hypotes är att eget självmordsförsök är att betrakta som potentiellt traumatiserande händelse och att denna typ av händelser bör kunna få ett större fokus i behandling och kunna vara föremål för traumainriktad terapi.

Ytterligare en grupp som framträder är långvarig sorg efter förlust av nära anhörig. I dessa fall finns en fokusering efter lång tid på detaljer i samband med förlusten. I dessa fall betonas också att känslan av sorg och ledsenhet inte ger med sig. I resultaten finns likheter med det som diskuteras som komplex långvarig sorgereaktion (Prigerson et al., 1999), vilket också är en undergrupp som

skulle kunna uppmärksammas för mer specifikt traumainriktade terapeutiska insatser.

Dessa undergrupper beskrivs i huvudsak i depressionsgruppen i föreliggande studie. Detta behöver inte betyda att dessa typer av händelser enbart förekommer vid depression, utan skulle hypotetiskt kunna ses som potentiellt traumatiserande händelser generellt.

**Subjektiva upplevelser av trauma.** Studier som gjorts om subjektiva upplevelser av trauman har ofta utgått från A2-kriteriet i DSM IV (e. g. Brewin et al., 2000; Breslau et al., 2001). Rädsla och skräck, men även andra känslor, som skuld, skam och ilska har setts förekomma vid PTSD i vissa studier (Brewin et al., 2000; Gold et al., 2005). Samtliga dessa känslor är något som också kommer fram i deltagarnas berättelser i denna undersökning.

I denna studie har inte frågats specifikt om känslomässiga reaktioner och inte specifikt om reaktioner i stunden för ett trauma. Deltagarnas svar belyser att olika former av subjektiva upplevelser kan ha betydelse vid trauman. Resultaten antyder att subjektiva upplevelser skulle kunna uppfattas utifrån ett vidare perspektiv än enbart den omedelbara känsloreaktionen. Subjektiva upplevelser som biter sig fast och blir långvariga tycks ha en betydelse för vad som upplevs som traumatiskt av deltagarna. Resultaten antyder också att en upplevelse av att traumat säger någonting om personen, som framgår av subtemata som rör upplevelse av ensamhet och att vara annorlunda, såsom att vara ensam, inte kunna bli förstådd, att vara onormal, har en betydelse för hur individen uppfattar trauman. En hypotes är att subjektiva upplevelser som kopplas till självbild har en betydelse för vad som utvecklas till trauman.

I den subjektiva upplevelsen finns också i flera av deltagarnas berättelser en aspekt av att trauman är något ogreppbart, något som upplevs diffust eller som man inte hittar ord för att beskriva, som är ett långvarigt upplevande av trauman. En allmän kaoskänsla beskrivs under att tappa fotfästet som en upplevelse som har karaktär av att vara en reaktion i stunden, en överväldigande känsla av att inte greppa det som händer. I upplevelserna under subtemata som berör svårigheter att greppa traumat och inte kunna sätta ord på upplevelsen, tycks finnas både en känslaspekt, att uppleva något som diffust eller kaosartat och en kognitiv aspekt, att man inte kan greppa vad traumat betyder, inte kan sätta in det i ett meningsfullt sammanhang. Att inte förstå eller hitta en mening beskrivs som en aspekt på trauman i sig. Detta har likheter med Ehlers och Clarks (2010) modell, som beskriver att meningen i en händelse tolkas utifrån tidigare kognitiva scheman.

Upplevelserna hos deltagarna antyder också att omedvetna processer har betydelse vid trauman. Att inte kunna hitta ord beskrivs både som att man inte kan beskriva traumat, men också att man inte kan förstå sina inre upplevelser. Flera av deltagarna upplever att då de i terapi får sätta ord på sina upplevelser klarnar bilden av vad de varit med om och hur det påverkat dem som person, vilket



har likheter med Donnel Sterns beskrivning av att det som inte är förstått ofta uppfattas utan ord i oformulerade upplevelser (Stern, 1983).

**Känslors betydelse.** Resultaten visar att känslomässiga reaktioner har en stor betydelse för hur deltagarna upplever trauman. Samtliga deltagare beskriver att de associerar trauman med någon form av känslomässig aspekt. Ibland beskrivs starka känslor, men också känslor som är mer diffusa och svåra att komma nära.

*Olika typer av känslor.* Olika typer av känslor som kopplas till trauman beskrivs av deltagarna. En del beskriver rädsla, men även andra känslor som ledsenhet, skuld, skam och ilska beskrivs. I Foas teorier om emotionell bearbetning (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989) läggs en tonvikt vid rädslaspekten som betydelsefull för utveckling av PTSD. En stark rädslaoaktivering leder till konditionering av rädsla till olika typer av situationer och generalisering till neutrala stimuli. Undvikanden underhåller rädslaspekterna, som inte blir tillgängliga för bearbetning och ger en ständig upplevelse av hot och fara. Exponering och habituering av rädsloreaktionen behövs för att minska symptom (Foa et al., 1989). I föreliggande studie förekommer rädsla i deltagarnas svar, dock inte alltid och Foas teori förklarar inte andra typer av känslor som skuld, skam och ledsenhet. En hypotes som framförs av Foa och medarbetare (1989) är att trauman påverkar en ursprunglig känsla av trygghet och leder till tolkning av ständigt hot i tillvaron. Ett fynd i föreliggande studie som motsäger detta är att några deltagare beskriver normalisering som en mekanism vid trauma, vilket innebär att man har svårt att tolka vad som är reella hot och inte och även har svårt att uppmärksamma reella hot. En högt uppskruvad rädslaoaktivering borde leda till tendenser att övertolka situationer som hotfulla och vara känslig för faktiska hot, vilket alltså inte görs hos två av deltagarna. Istället för att tolka ofarliga situationer som farliga tolkas reellt farliga situationer som ofarliga.

En hypotetisk tolkning av resultaten i denna studie skulle kunna vara att inte enbart intensiteten i känslaoaktiveringen vid en traumatisk händelse, utan också hur dessa integreras med tidigare uppfattningar av självet och omvärlden leder till trauman. Inom såväl adaptiv informationsbearbetning, psykodynamiska teorier och kognitiva teorier finns aspekter som talar för att hur trauman kopplas till tidigare erfarenheter påverkar vad som upplevs traumatiskt. Då själva känsloreaktionen inte kan kopplas till en förståelig bild av traumat kan det leda till att informationen lagras felaktigt (Solomon & Shapiro, 2008) eller att omedvetna processer gör upplevelsen svårtillgänglig för medvetandet (van der Kolk, 1995). Även känsloreaktionen blir svårtillgänglig i det medvetna. I kognitiva informations-processande teorier beskrivs också att ett av kärnproblemen vid trauman är att tidigare kognitiva scheman står i konflikt med ny information som traumat

innebär och att dessa därför inte kan samordnas till en sammanhängande bild av självet och världen (Resick & Schnicke, 1992).

*Svårigheter att placera känslan i tid.* De flesta av deltagarna gör spontant inte en åtskillnad mellan vad de kände i stunden av ett trauma och vad de känner idag. Initialt gjordes i temaanalysen en indelning i känslomässiga reaktioner utifrån "omedelbara reaktioner" och "sena reaktioner". I en noggrannare analys av svaren sågs att deltagarna många gånger inte skiljer mellan just den initiala känsloupplevelsen och känsloupplevelser som uppkommit senare. Det tycks som att tidsaspekter inte är helt klara. De känslor som funnits finns idag. Det beskrivs som att: "Jag känner en stor aggression." och "Jag känner en stor ledsenhet och sorg", där ledsenhet och sorg inte skiljs åt som olika tillstånd eller tidsmässigt avgränsade. Möjligen skulle svaren varit annorlunda om frågorna varit ställda specifikt som "Vad kände du i stunden?" och "Vad känner du nu?". Möjligen påverkas svaren också av att det i de flesta fall gått lång tid från traumatillfällena (recall bias). De flesta deltagarna anger dock spontant att känsloupplevelsen inte är avgränsad till traumatillfället. I likhet med Kardiniers iakttagelser (Ringel & Brandell, 2012) är det vid ett trauma många gånger som att den ursprungliga upplevelsen utspelar sig idag. Även Ehlers och Clarkes modell (2000) och modeller om adaptiv informations-bearbetning (Solomon & Shapiro, 2008) bygger på att affekter som inte kopplas in ett tidsperspektiv, blir "fruset i tiden" inte blir tillgängligt för bearbetning och därför återkommer senare i livet, "som om de hände idag". En annan faktor att beakta är att de flesta deltagarna har upplevt multipla trauman. Några deltagare beskriver också att de på grund av upprepade trauman blandar ihop tidsaspekterna, att upplevelserna blir sammanblandade och känslorna ibland diffusa.

*Affektreglering och känslomässig avtrubbning.* En annan aspekt som framkom i resultaten var att trauma ibland förknippas med känslor, som blir svåra att hantera. En del deltagare beskriver känslor som är "för stora" och leder till emotionell labilitet. Andra beskriver känslor som ligger under ytan och stör, som kan beskrivas som att vara "en tickande bomb". Ytterligare andra beskriver att de varit känslomässigt avstängda. Att inte vara i kontakt med den initiala känslan eller undertryckande av känslor, beskrivs hos fem av deltagarna. Känslomässig avtrubbning beskrivs som en följd av trauman. Undertryckande av känslor beskrivs som en strategi som använts, som blivit tydlig först i efterhand, ofta efter lång tid och ibland först under psykoterapi.

Affektreglering eller emotionell reglering är ett brett koncept, som har betydelse vid många former av tillstånd. Gratz och Roemer (2004) beskriver affektreglering utifrån fyra grundläggande dimensioner: (1). medvetenhet och förståelse av emotioner (2). acceptans av negativa emotioner (3). förmåga att engagera sig i målinriktade beteenden och att kontrollera impulser (4). förmåga att använda sig av för stunden lämpliga emotionsreglerande strategier. Studier har visat att alexitymi i

betydelsen svårigheter att identifiera och benämna egna känsloupplevelser har beskrivits vid PTSD (Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008). Även svårigheter att tolerera och reglera negativa emotioner, och undvikanden av negativa känslor beskrivs vid PTSD (Moore, Zoellner & Mollenholt, 2008). Ehring och Quack (2010) gjorde en studie i hur emotionsreglering yttrar sig hos trauma-exponerade personer, som visade att osäkerhet på känslor (lack of clarity) var en av de tydligaste svårigheterna vid traumarelaterade besvär, speciellt vid tidiga upprepade interpersonella trauman. I föreliggande studie beskriver hälften av deltagarna att de under lång tid efter traumat har haft svårigheter att sätta ord på och beskriva den känsla ett trauma gett upphov till, vilket har likheter med vad Frewen med medarbetare (2008) beskriver som alexitymi och vad Ehring och Quack (2010) kallar osäkerhet på känslor (lack of clarity). Om denna typ av emotionsreglering är vanligare vid tidiga interpersonella trauman kan inte föreliggande studier dra slutsatser om då resultaten inte korrelerats till typ av trauma.

Vidare i en meta-studie av Seligowski, Lee, Bardeen och Orcutt (2015) sågs att generell emotionell dysreglering, ruminering, tankesuppression och upplevelseundvikanden kunde korreleras i hög grad med PTSD-symptom, och svårigheter att uttrycka känslor och oro hade en medelhög korrelation. En reflexion författaren (jag) gör är att det kan tyckas finnas en motsägelse mellan att både ruminering och tankesuppression förekommer i hög grad i ovan nämnda studie. Ruminering beskrivs som ett mönster av återkommande fokus på orsak och konsekvenser som en speciell känsloupplevelse ger upphov till. Tankesuppression beskrivs som tendens att undertrycka oönskade tankar. Baserat på vad deltagarna beskriver i föreliggande studie tycks finnas två olika sätt att hantera känslor hos deltagarna, den ena att ha svårt att känna och beskriva känslan, och den andra att kunna uttrycka känslan, men att känslan biter sig fast på ett ständigt närvarande sätt, där den förra uttrycks något oftare i traumagrupperna och den senare något oftare i depressionsgruppen. Om detta avspeglar en skillnad mellan grupperna är svårt att säga, då materialet är litet. Dock tycks det generellt finnas olika mekanismer inom gruppen som helhet, där svårigheter att inte känna eller förstå känslan kontra att på ett vanemässigt sätt känna eller ältä en ständigt närvarande känsla. Detta kan förklara att både ruminering och undertryckande av känslor kan förekomma vid trauman, men nödvändigtvis inte hos samma personer. Eftersom studien av Seligowski med medarbetare (2015) är en meta-studie kan olika mekanismer finnas i olika studier och även hos olika subgrupper inom enskilda studier. En hypotes som författaren (jag) tänker mig är att dessa båda sätt att hantera känslor kan vara skilda mekanismer i affektreglering, men som båda har betydelse för traumarelaterad problematik. Dessutom tänker jag att man möjligen teoretiskt kan skilja mellan ältande av händelser och ältande av känslor, vilket inte behöver vara samma sak. Ehring, Frank och Ehlers (2008) hade en hypotes om att tänkande på trauman på ett abstrakt sätt kan leda till en

inkomplett aktivering av känslolösheten, vilket interfererar med ett normalt emotionellt processande. I föreliggande studie beskrivs också av flera deltagare att svårigheter att sätta ord på både känslor och på vad ett trauma betyder för personen gör det svårt att hantera trauman, vilket kan stödja den hypotes som Ehring med medarbetare (2008) framför.

**Maktlöshet och brist i kontroll.** En av de vanligaste upplevelserna handlar om att deltagarna inte har kontroll över eller makt över aspekter i traumat och egna reaktioner. En upplevelse av maktlöshet beskrivs som en av de centrala upplevelserna som förekommer vid trauma. Denna upplevelse sitter ofta i under lång tid och beskrivs i flera fall ha generaliserats till andra situationer.

Enligt Ehlers och Clarke (2000) sker inläring av tankemönster i traumatiska situationer som ger antaganden av typen: "Jag är hjälplös". Peterson och Seligman (1983) beskriver "inlärda hjälplöshet" som en central mekanism i trauman. Deltagarnas beskrivningar i föreliggande studie visar också att maktlöshet är en betydelsefull aspekt av trauman. I många fall har maktlöshet varit en faktisk realitet, såsom då trauman inträffat tidigt i livet eller att konfronteras med oundviklig död. Den aspekt som har likheter med kognitiva teorier är att erfarenheterna beskrivs som att de ibland kan bli till föreställningar om en själv som person eller omvärlden, som gällande för många situationer eller blir en grundinställning till hur man förhåller sig till sig själv eller omvärlden som inte aktivt ifrågasätts.

Aspekten av maktlöshet återkommer i flera olika teman. En form av maktlöshet är att inte kunna påverka det yttre som sker, som anges som en subjektiv upplevelse. En annan form av maktlöshet är att inte kunna påverka eller uppleva att man inte påverkar hur man påverkas som person, som anges under konsekvenser och självbild. En aspekt av brist att kunna styra kan också läggas på ett intrapsykiskt perspektiv, som återfinns i både självbild och sätt att hantera trauman. Några deltagare beskriver att de ser sig själva som eller tidigare sett sig själva som ett "offer" för omständigheter, som blivit en del av självbilden och att personen inte har något agentskap i sitt liv. Detta kan enligt psykodynamiska teorier tolkas som ett sätt att integrera negativa objekt i självbilden, vilket beskrivs bland annat av McWilliams (2011). Även Melanie Kleins teorier (Klein, 1993) om brister i att integrera olika sidor av objekten och införliva ett förföljande objekt har likheter med att beskriva sig som alltigenom ett "offer".

**Självbild.** Resultaten belyser att självbilden ofta påverkas av trauman. I många fall uttrycks en påverkan på självbild, framför allt vad gäller identitet, självförtroende och självkänsla, som en direkt följd av trauma. Dock uttrycks även av några deltagare att de upplever att trauma påverkat deras självbild, men de vet inte riktigt hur. En del av deltagarna uttrycker just en brist i att veta hur

traumat påverkat dem som person, som uttrycks bland annat som "vem är jag?", "hur har det påverkat mig?".

Hur självbild beskrivs teoretiskt skiljer sig en del beroende på teoretisk inriktning. Enligt kognitiva teorier är självbilden en del av det kognitiva systemet (e. g. Ehlers & Clarke, 2000). Självbilden är de kognitiva föreställningar eller scheman som personen har och som beskriver hur personen ser på sig själv som person och i förhållande till sin omvärld. I kognitiva informationsprocessande teorier beskrivs också att ett av kärnproblemen vid trauman är att tidigare kognitiva scheman står i konflikt med ny information som traumat innebär och att dessa därför inte kan samordnas till en sammanhängande bild av självet och världen (Resick & Schnicke, 1992).

Det deltagarna beskriver under både självbild och mönster som upprepas talar för att hur deltagarna kopplar synen på sig själv till ett trauma är betydelsefullt. Resultaten i föreliggande studie belyser att mönster i hur man förhåller sig till sig själv och omvärlden som blivit en del av självbilden ligger till grund för hur man förhåller sig till nya trauman och att "olösta" teman upprepas. Tre av deltagarna berättar att de tidigt lärt sig att "ensam är stark", att de kan "fixa allt". Då ett trauma inträffat raderas denna bild och de tenderar att lägga skuld på sig själv, som ofta blir ett återkommande mönster av att vara ansvarig och av skuldbelägganden. Flera deltagare berättar att de blivit utsatta för nedsättande behandling i relationer, till exempel inom familjen eller i mobbingsituationer och att de då utvecklat mönster av att vara "liten och underlägsen", som påverkat deras självbild till att de ser sig som "mindre värda". Andra mönster som beskrivs är att se sig själv som offer, att se sig som skadad, att se sig som onormal, att man själv har svårt att styra sitt liv, att ha svårt med tillit till andra, att ha svårt med närhet och intimitet, som också kan ses som delar av självbild eller själv-scheman.

Dunmore, Clark och Ehlers gjorde 1999 en studie om kognitiva faktorerers betydelse för utlösande och vidmakthållande av PTSD vid fysiska och sexuella övergrepp (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999). Kognitiva scheman som innefattar globala föreställningar om självet (såsom att vara motbjudande, att vara en förlorare), trygghet i världen och meningsfullhet i världen hade korrelation till både uppkomst och vidmakthållande av PTSD. Även negativa tolkningar kring egna känslor, andra människors ageranden (såsom att andra har onda avsikter), egna symptom som följd av trauma (såsom att ha bestående men, att symptomen är tecken på galenskap) hade betydelse för PTSD-symptom. Flera likheter med resultaten i föreliggande studie noteras. En negativ självbild av att vara svag och underlägsen, maktlöshet, att inte kunna styra och att andra vill mig illa är några exempel. Vidare beskrivs i den subjektiva upplevelsen att vara annorlunda eller onormal och att traumat inte kan förstås av andra, vilket kopplas till en negativ bild av självet. Dunmore och medarbetarens studie (1999) är i likhet med föreliggande studie en retrospektiv studie, men använder

skattningsformulär med förbestämda kategorier som instrument, vilket möjligen ger mer ledande frågor. Även i föreliggande studie som använder mer öppna frågor ses likartade kopplingar i deltagarnas berättelser till att föreställningar om självet och världen har en stor betydelse hur trauman upplevs och utvecklas.

Självbilden kan också beskrivas utifrån psykodynamiska termer. Speciellt då trauman inträffar tidigt i personlighetsutvecklingen kan personen få svårigheter att integrera yttre objekt till inre objekt, som antingen leder till bristande objektskonstans eller att onda delar av objekten vänds emot självet (McWilliams, 2011). En aspekt av självbild som framkommer i några av deltagarnas berättelser är just att ett mönster finns av att inte riktigt veta vem man är och att man inte kan härleda hur trauma har påverkat ens person, fast man har en diffus upplevelse av att trauma påverkat den person man är. Dessa beskrivningar kan tolkas som att trauman åtminstone i vissa fall påverkar själva identiteten. Eftersom upplevelsen är diffus är mekanismen inte fullt medveten, vilket tyder på att omedvetna processer eller försvarsmekanismer påverkar jaguppfattningen, i enlighet med vad Nancy McWilliams (2011) beskriver. Resultaten antyder att mekanismer som ger svårigheter att integrera aspekter av traumat i självbilden har betydelse för vad som upplevs som traumatiskt och även påverkar självbilden.

Det som kodats under normalisering har att göra med att vad som är avvikande i den yttre verkligheten har blivit en normalitet i personens inre värld. Detta kan tyda på en högre grad av inkorporering av yttre händelser i självbilden. Judith Hermans beskrivning av identifikation med aggressorn (Herman, 1997) har likheter med normalisering på så sätt att aggressorns verklighet blir inkorporerad i personens egen uppfattning av sig själv.

Självdestruktiva beteenden, såsom självdestruktivitet och missbruk, kopplas av några deltagare till trauman. Objektiva orsakssamband kan inte dras i denna studie, men i beskrivningarna framkommer aspekter på självdestruktiva beteenden både som ett (destruktivt) sätt att hantera trauman i form av undvikanden, ett sätt att döva känslor och flyktbeteenden, och som mönster som kan kopplas till självbild, i form av invanda mönster att se på sig själv, svårigheter att se egna behov, att man upprepar ett mönster utan att tänka på konsekvenser för den egna personen, att förlora en del av självkontroll och inte ha agentskap i sitt liv.

Påverkan på självbild beskrivs i olika grader av deltagarna. Osäkerhet i identitet, liksom svårigheter att se sina egna behov och att vara gränslös beskrivs, som antyder svårigheter med gränsdragningar för den egna personen. Flera studier beskriver identitetsproblematik vid trauman (e. g. Nijenhuis et al., 2011; van der Hart et al., 1995; van der Kolk et al., 2005). Dessa studier gör kopplingar mellan identitetsproblematik och komplex PTSD och fokuserar på strukturell dissociation som en underliggande mekanism, vilket är ett teoretiskt antagande. I föreliggande

studie kan inte göras kopplingar till komplex PTSD, eftersom det inte i inklusionskriterierna specificerats komplex PTSD. En del beskrivningar som deltagarna gör, såsom att ”inte veta vem man är” och att känna sig som ”två i samma kropp”, kan tolkas som identitetsproblem, där det också finns likheter med strukturell dissociation.

Självbild kan också innefatta påverkan på självförtroende och självkänsla. Flera deltagare beskriver att de till följd av trauman har brister att se sitt värde, vilket bland annat beskrivs under subtemat ”att se på sitt inre”. Nedvärdering av självet och en känsla av att vara mindre värd än andra beskrivs av vissa deltagare som en generell bild de har av sig själva till följd av att ha blivit nedvärderad av andra, speciellt i nära relationer under uppväxten, men även senare, till exempel i mobbingsituationer. En annan form av nedvärdering som beskrivs är att anklaga sig själv för det som hänt vid ett trauma.

Många aspekter på självbild tycks vara överlappande mellan olika teorier. Att till exempel nedvärdera sig själv kan vara uttryck för kognitiva scheman av att vara svag, men också bristande integration av inre delobjekt eller självrepresentationer. En hypotes är att både kognitiva och psykodynamiska beskrivningar av självbild är användbara vid förståelse av trauma som fenomen, där begreppen delvis är olika, men ibland också överlappande.

Generellt kan sägas att det ur svaren inte alltid framkommer med säkerhet vad som är påverkan på självbild innan trauman och vad som uppkommit genom trauman, eftersom deltagarna inte alltid vet hur trauman har påverkat dem. Ett par deltagare i depressionsgruppen uttrycker att depressionen och en känslighet har bidragit till deras dåliga självkänsla och om de inte haft det från början hade de fått lättare att hävda sig i olika situationer.

**Anknytning och tidiga trauman.** Resultaten tyder på att tidiga relationer har betydelse för hur deltagarna upplever trauman. Många påtalar spontant att kvaliteten i tidiga relationer har haft stor betydelse för vad de kommit att uppleva som traumatiskt och hur de kunnat hantera traumatiska händelser. Åtta av deltagarna anger någon aspekt av tidiga relationer som traumatiska, även om de också kan ha senare trauman. Flera deltagare beskriver också att mönster som grundlagts i tidiga relationer upprepats i de trauman de upplevt senare i livet, till exempel att ta på sig skuld, att vara maktlös, att vara underlägsen. De teman som de inte har löst i tidiga relationer återkommer på något sätt i senare händelser som de upplever traumatiska.

I studien är det svårt att urskilja en speciell grupp som har anknytningstrauman, då så många anger att själva anknytningsrelationen har betydelse. Vad som ska räknas som anknytningstrauman är inte så tydligt utifrån resultaten i denna studie. Faktiska övergrepp har skett i några av fallen, men även i dessa fall betonar deltagarna avsaknad av emotionell närhet och ömsesidigt utbyte som

betydelsefullt. I vissa fall betonas den emotionella bristen som ett trauma i sig, utan att omsorgsbrister eller kränkningar har skett. Flera av deltagarna anger att de inte känt sig sedda, inte fått den spegling de behövt för att utveckla en stark bild av sig själva, vilket också gjort det svårare för dem att hantera trauman. Att inte få vara barn på barnets villkor nämns också som en faktor. Det tycks som att anknytningstrauman förekommer i olika grader och det är därför svårt att dra en tydlig gräns för då anknytningstrauman finns eller inte finns.

Deltagarna betonar emotionella aspekter i anknytningsrelationen som viktiga och att brister i trygghet påverkar deras syn på sig själva och beskrivs också ge en ökad känslighet för senare belastningar. Detta har klara paralleller till en relationell sårbarhet som beskrivs av Lyons-Ruth (Lyons-Ruth, 2006).

En av de få kvalitativa studier jag hittat som behandlar upplevelser av trauman gjord av Regehr, Marziali och Jansen (1999) handlar om associationer mellan preexisterande föreställningar om självet och omvärld och följer av sexuella övergrepp hos en grupp av sex kvinnor. Resultaten beskrev att interpersonella mönster med tidiga vårdgivare hade stor betydelse för utveckling av självbild och själv-scheman, som i sin tur var avgörande för hur deltagarna hanterade senare sexuella övergrepp. Goda tidiga relationer gav en större känsla av egenvärde och egen styrka. Negativa själv-scheman som handlade om nedvärdering av självet, känsla av att vara dömd, att inte se sig själv som stark, påverkade coping-strategier negativt, såsom att lägga skuld på sig själv för övergreppen, känsla att livet är förstört, misstro i relationer och även svårigheter att söka hjälp. Dessa teman har likheter med deltagarnas beskrivningar i föreliggande studie, framför allt i form av att tidiga negativa erfarenheter i interpersonella mönster påverkar självbild och ger en ökad sårbarhet för senare trauman.

Vid vilken tidpunkt ett trauma inträffat under utvecklingen tycks ha en betydelse. Trauman som inträffat under känsliga utvecklingsperioder har generellt gett stora verkningar. En form av trauman utanför anknytningsrelationen som inträffat under känsliga utvecklingsperioder är mobbing, som i samtliga berättelser då mobbing förekommer beskrivs som traumatiska och har gett stora följder framför allt på självbild. Mobbing påverkar utvecklingen i ett något senare skede av utvecklingsfasen än tidig barndom. Vid mobbing förekommer kränkningar i interpersonella mönster. Speciellt kombinationen av mobbing och brister i tidiga anknytningen beskrivs av deltagarna ge kvarstående effekter på självbild och i relationer till andra senare i livet. Mobbing i kombination med en otrygg anknytning har i vissa studier setts ge ökade dissociativa symptom på likartat sätt som vid komplex PTSD (Gusic, Cardena, Bengtsson & Söndergaard, 2016). I föreliggande studie beskriver deltagarna att brister i tidig anknytning i kombination med mobbing har lett till kvarstående besvär, dock inte med säkerhet komplex PTSD eller dissociation.



**Intrapsykiska mekanismer bakom trauma.** Resultaten antyder att intrapsykiska mekanismer, såsom beskrivs under sätt att hantera trauma och även under självbild och subjektiva upplevelser, har betydelse för vad som utvecklas till trauma och vad deltagarna beskriver som trauma. De mekanismer som ligger bakom hur trauma hanteras kan benämnas olika beroende på teoretisk bakgrund, till exempel försvarsmekanismer, coping-strategier, inre arbetsmodeller, adaptiv eller icke adaptiv informationsbearbetning.

Sätt att hantera trauman beskrivs ske på både en medveten och omedveten nivå. Undvikanden, anpassning och att dölja trauman beskrivs som något som är strategier som används för att hantera upplevelser som är kända. Att undvika är ett sätt att inte hamna i situationer som man vet medför obehag, till exempel beskrivs undvikande att möta personer eller inte gå ut. Att anpassa sig är ett handlingsmönster för att undvika att skapa trauman. Någon deltagare beskriver att hen är ”duktig” för bli accepterad. Några deltagare beskriver att de anpassar sig för att inte väcka vrede i misshandelsrelationer eller mobbingssituationer. Att dölja trauman, till exempel att inte berätta om det man upplevt, beskrivs av deltagarna som ett sätt att medvetet undanhålla upplevelser för omgivningen för att det innebär antingen fara eller väcker känslor som skam. Både undertryckande av känslor och normalisering beskrivs som mekanismer som sker mer eller mindre utan en medveten viljestyrd handling, något som mest konstateras ha skett i efterhand och att åtminstone delar av mekanismen har skett omedvetet vid tillfället.

Under temata som rör konsekvenser för personen, sätt att hantera trauma, självbild, mönster som upprepas förekommer aspekter på inre skeenden som flera av deltagarna på något plan inte har full förståelse för. Undertryckande av känslor är något som deltagarna konstaterar att de gör mer eller mindre medvetet, som en mekanism som de först i senare skeende, ofta först under terapi blivit varse. I den subjektiva upplevelsen av trauman beskrivs hos flera av deltagarna en aspekt av att trauman är något ogreppbart, något som upplevs diffust eller som man inte hittar ord för att beskriva. Inom subtemata som rör subjektiva upplevelser och även självbild finns uttryck som talar för att delar av upplevelsen inte är förstådd eller inte medveten, till exempel "något som jag inte vet vad det är, men som tar sig uttryck i andra reaktioner". Resultaten ger stöd för att omedvetna processer har betydelse för vad som upplevs som trauman, vilket framför allt beskrivs i psykodynamisk teorier (McWilliam, 2004; Vermetten et al., 2012).

Huruvida dissociation är en intrapsykisk mekanism vid trauman blir framför allt ett teoretiskt resonemang och en tolkning av deltagarnas berättelser. I en del psykodynamiska teorier kan dissociation ses som en försvarsmekanism som förpassar delar av upplevelsen till en del av medvetandeapparaten som inte blir tillgängligt för att jaget ska skyddas mot hotfulla delar av

traumat (Vermetten et al., 2012). Van der Hart med medarbetare (2004) påtalar att dissociation används i olika betydelser, som ett påverkat medvetandetilstånd, som en försvarsmekanism eller som en brist i integrationen av delar i personlighetsstrukturen (strukturell dissociation) och menar att enbart strukturell dissociation är en trauma-specifik mekanism. I deltagarnas berättelser kan urskiljas en del beskrivningar som kan tala för att dissociation förekommer, såsom ”att vara två i samma kropp”, ”det händer inte mig”, ”händelserna är inte verkliga”. I dessa beskrivningar framkommer att personen inte har kontakt med alla delar av traumat i den inre upplevelsen. Distinktionen mellan dissociation som försvarsmekanism och strukturell dissociation som bland annat nämns av van der Hart med medarbetare (2004) är svår att göra enbart baserat på berättelser. Vissa beskrivningar görs utan att deltagaren beskriver en ändrad identitetsupplevelse, till exempel ”jag hade ju stängt ner fullständigt”, vilket kan tala för att dissociation i vissa situationer kan tolkas som en försvarsmekanism. Möjligheten finns att dissociation förekommer som både ”normal” försvarsmekanism och som ett uttryck för brister i integration av personlighetsstrukturen.

Undvikanden beskrivs av deltagarna som en mer medveten strategi, som också fungerar som ett försvar eller coping (sätt att hantera trauman). Undvikande har central del i kognitiva teorier, då själva undvikandet av obehagliga stimuli medverkar till att den obehagliga känslan eller upplevelsen inte bearbetas och är det som underhåller en aktiverad rädsloreaktion och symptom (Foa et al., 1989).

Teoretiskt skulle man kunna skilja på mekanismer som är verksamma under eller nära efter ett trauma och senare psykologiska mekanismer. De flesta upplevelser som nämns av deltagarna har karaktären av långvariga mönster. Möjligen har betoningen på sena reaktioner blivit oproportionerligt stort då det också kan föreligga en retrospektiv bias. Några aspekter på trauman som ändå framkommer och beskrivs i närhet till traumatillfället är en upplevelse av att tappa fotfästet, att inte greppa vad som händer, att inte ha kontakt med sin känsla. En uppsplittring mellan kognitiva och emotionella aspekter tycks i vissa fall finnas och beskrivs bland annat som att ”det händer inte mig” eller ”det var bara känslorna som var verkliga”. Detta har likheter med dissociation och ”affects without recollection”, som beskrivs av Ehlers och Clark (2000). I Dunmore med medarbetares studie (1999) studerades kognitiva mekanismer som tolkades ha betydelse för uppkomst av PTSD. Mekanismer som nämndes som var verksamma i anslutning till eller nära efter ett trauma var bland annat uppgivenhet, förvirring, emotionell avstängning, bortkoppling (detachment) och negativ känsloupplevelse. En reflexion författaren (jag) gör är att det finns likheter mellan beskrivningar i litteraturen av kognitiva och psykodynamiska mekanismer, till exempel har detachment likheter med peritraumatisk dissociation, vilket också påpekas av Dunmore med medarbetare (1999).

**Implikationer för behandling.** Resultaten visar att så många som åtta av deltagarna anger att de vid tillfället de sökte psykoterapi första gången hade en uppfattning om att de haft obearbetade trauman som haft betydelse för deras psykiska mående, medan enbart fem av deltagarna sökte ursprungligen för att bearbeta trauman, vilket kan tolkas som att inte alla patienter uttrycker att de har trauman som de behöver hjälp att bearbeta. Resultaten visar även att flera deltagare gått en längre tid utan att söka hjälp för sina traumatiska upplevelser, till exempel på grund av rädsla för att inte bli förstådd, skam, känsla av att vara onormal, försvar och motstånd mot att plocka upp svåra känslor. Att fråga om trauman kan således vara en viktig del i en terapi, då alla spontant inte nämner traumatiska upplevelser.

De aspekter på trauman som framkommer i undersökningen kan också vara viktiga att adressera i en psykoterapi med patienter som uppger trauman. Följande är hypoteser som kan tänkas ha betydelse i psykoterapi med personer som har upplevt trauman.

Att tydliggöra den subjektiva upplevelsen i traumat och hur den utspelar sig i terapin är en aspekt av att arbeta med trauman. Subjektiva upplevelser som maktlöshet och ensamhet kan tänkas utspela sig även inom terapirelationen och kan vara av vikt att uppmärksamma. Judith Herman påpekar att dominans- och underkastelsedynamik är vanliga överförings- och motöverföringsreaktionerna vid arbete med trauman (Herman, 1997), vilket kan vara av vikt att terapeuten är medveten om och att motverka utageranden av dessa.

Då självbild har en betydelse för hur personer ser på trauman kan en behandlingsimplikation vara att tydliggöra "hur har traumat påverkat den bild jag har av mig själv idag?". En omformulering av vad kan jag ta till mig som person och felaktiga, generaliserade eller överdrivna antaganden om sig själv som person baserat på upplevelsen under trauma kan vara ett sätt att skapa nya modifierade bilder av självet och komma igenom ett trauma. I traditionella kognitiva teorier belyses de scheman som ligger bakom överdrivna antaganden om självet (Ringel & Brandell, 2012). Inom EMDR är en av frågorna som tydliggörs då traumat plockas upp: "Vad säger detta om mig?" (Royle & Kerr, 2012). En viktig del av EMDR-behandlingen är att omformulera de negativa och oriktiga eller övergeneraliserade föreställningar personen har fått av sig själv genom att föreställningar om självet kopplas till minnesstrukturer av traumat i en rigid och obearbetad form. En hypotes är att genom att tydliggöra hur mönster upprepas kan det hjälpa en person att skilja på vad har blivit "låsta", invanda eller oreflekterade banor i tankesätt och självupplevande och hur jag kan se annorlunda på både det som inträffat och mig själv. En hypotes är att all form av traumabehandling behöver innehålla något moment av att koppla upplevelser till självbild.

Implikationer för behandling kan vara att tydliggöra de inre psykologiska mekanismer patienten

använder för att hantera trauman. Att vara uppmärksam som terapeut på vad som kommer upp under samtal om trauman som inte varit tydligt från början, att se olika skikt, försvarsmekanismer, att identifiera omedvetna processer kan ha ett värde i psykoterapi. Att arbeta med trauman på detta sätt innebär att vara lyhörd för djupare reaktioner som tar sig uttryck i terapirummet. Att skapa en mening i det som uttrycks i överföringen, att adressera försvar och underliggande konflikter är en av kärnpunkterna i psykodynamisk terapi vid PTSD (Busch, Milrod, Singer & Aronson, 2012).

Det kan vara viktigt att vara medveten om underliggande psykologiska processer, speciellt då det förekommer komplexa tillstånd där dissociation är av betydelse. Man kan spekulera i om det, åtminstone för en viss grupp av patienter, där intrapsykiska mekanismer är oklara eller lågt fungerande, inte är lämpligt med rena exponeringsterapier. I Ringel och Brandell (2012) beskrivs en själv-traumamodell utvecklad av Briere som integrerar psykodynamiska och kognitiva metoder, där affektregulering stärks innan exponering används. Initial affektregulering beskrivs också i fasspecifik behandling av bland andra Herman (1997).

Känslomässiga reaktioner har en stor betydelse för upplevelsen av trauman. Ett resultat av studien är att deltagarna ofta har svårigheter att särskilja ursprungliga upplevelser och de upplevelser de har nu, samt att inte ha kontakt med känslor eller att undertrycka känslor är något som ofta har förekommit under lång tid. I en terapi kan det vara av vikt att patienten får kontakt med den ursprungliga känslan och även får möjlighet att skilja denna från känslor som uppkommer i senare situationer i livet. Att skapa tidsperspektiv där patienten kan skilja på "då och nu" ter sig viktigt i terapier avseende trauman. Många av de tekniker som används inom traumaterapi använder sig också av perspektivet "då och nu". Inom psykodynamiska terapier hjälper relationen patienten att få en ny erfarenhet av ny relationellt mönster där patienten kan se sig själv på ett annat sätt i relation till sin omgivning än vid tidigare upplevelser (McWilliams, 2004). Terapier som innehåller exponering (Foa et al, 1989) hjälper patienten att komma i kontakt med den ursprungliga känslan och att sätta in traumat i ett tidsperspektiv och särskilja det som hände då från det som händer nu.

**Sammanfattande kommenterar.** Utifrån deltagarnas berättelser tycks finnas en klar uppfattning av vad deltagarna uppfattar som trauman. Gemensamt är att självupplevda trauman beskrivs både utifrån aspekter som händelsers innehåll, hur personen reagerat på trauman och de konsekvenser det gett för personen.

Händelsers karaktär har betydelse för vad som upplevs som traumatiskt. Dessa har inte alltid A1-karaktär, vilket möjligen talar för att A1-kriterierna enligt DSM V (2013) är alltför snäva för att beskriva potentiellt traumatiserande händelser och även gör att man kan spekulera kring att trauman bör ses i ett vidare perspektiv än enbart utlösande händelse.

Subjektiva upplevelser innefattar känslomässiga reaktioner, men beskrivs även i ett vidare perspektiv med aspekter på hur personen ser på sig själv. Subjektiva upplevelser beskrivs både som upplevelser som förekommer i stunden för ett trauma och upplevelser som sitter i en längre tid hos individen. En aspekt av trauma som beskrivs av några av deltagarna är att upplevelsen är svår att greppa, svår att sätta ord på och kan upplevas diffus och beskrivs ibland som något som inte är medvetet, vilket antyder att omedvetna processer har betydelse i upplevelsen av trauman.

Känslor beskrivs som något betydelsefullt i upplevelsen av trauman. Rädsla beskrivs, som klassiskt kopplas till trauman, men även andra känslor som ledsenhet, skam, skuld och ilska. Deltagarna skiljer inte alltid mellan känslor som uppkommer i stunden och känslor som uppkommer senare, vilket kan antyda att åtskillnaden av tidspekter inte alltid är tydliga. Svårigheter att reglera känslor beskrivs, såsom svårigheter att både känna och beskriva känslor, samt undertryckande av känslor.

Självbild är något som i deltagarnas berättelser ofta kopplas till trauman. Två aspekter kan ses, antingen i form av att trauman påverkar självbilden negativt eller att tidigare självbild påverkar hur man hanterar trauman. Analysen är gjord utifrån deltagarnas beskrivningar och inte teoretiskt bestämda kategorier, varför de aspekter som beskrivs inom temat självbild kan tolkas utifrån olika teoretiska infallsvinklar, till exempel i form av kognitiva scheman av självet och världen, självförtroende, identitet och personlighetsstruktur. Aspekter på självbild tycks täcka in ett brett fält av teorier som ibland är överlappande.

Anknytningsrelationen beskrivs av majoriteten av deltagarna som betydelsefull, både i form av att flera av deltagarna beskriver att händelser och brister i anknytningsrelationen har upplevts som traumatiskt och att brister i anknytning leder till en otrygghet som gör personen känslig för nya trauman. Svårigheter i anknytningen tycks finnas i olika grader. Eftersom denna aspekt beskrivs hos majoriteten av deltagarna är det svårt att urskilja en tydlig grupp som enbart har anknytningstrauman.

I deltagarnas beskrivningar finns likheter med flera olika traumateorier. I denna studie tycker författaren (jag) att man kan urskilja två övergripande psykologiska mekanismer vid trauman, mekanismer som är aktiva under ett trauma eller i nära anslutning till ett trauma och hur trauma på längre sikt påverkar och påverkas av självbild och föreställningar av världen. Brewin och Holmes (2003) gör en uppdelning mellan "informations-processande" teorier och "social-kognitiva" teorier. Denna beskrivning appliceras framför allt på kognitiva teorier. En applikation av resultaten i denna studie skulle enligt författarens (min) uppfattning tala för att dessa begrepp med en utvidgning väl kan beskriva centrala psykologiska mekanismer vid trauman och då beskrivas som: (1) reaktioner, medvetna och omedvetna processer som är verksamma i samband med ett trauma, (2) hur trauman

tolkas utifrån, integreras med och påverkar uppfattningar om självet och världen och inre jagstrukturer.

Fenomenet trauma framträder som ett komplext och mångfacetterat fenomen. Sannolikt kan trauma innefatta subgrupper som skiljs åt både vad gäller typ av traumatiska händelser, enstaka eller upprepade händelser och olika psykologiska mekanismer. En av slutsatserna av denna studie är att några "nya" subgrupper kan urskiljas utifrån typ av trauma, såsom mobbing, eget självmordsförsök och förlust av nära anhörig, som är grupper som skulle kunna ha nytta av traumabehandling. Traumabehandling skulle kunna användas i ett bredare perspektiv än enbart för diagnosticerad PTSD, då trauman förekommer även inom andra diagnosgrupper. Att noggrannare uppmärksamma trauman kan hjälpa fler personer som kan ha nytta av traumainriktade terapier.

### **Framtida forskning**

Ytterligare forskning kan behöva göras för att få mer kunskap om trauma som fenomen och för att förfina diagnostiken för att hitta definitioner som inte är för snäva, samtidigt inte överinklusiva, för att fånga de patienter som har problem relaterade till trauman. De ”nya” undergrupper utifrån typ av trauma som framkommit i denna studie kan behöva studeras ytterligare, utifrån ett diagnostiskt perspektiv hur grad av PTSD-symptom vid klinisk bedömning eller genom skattningar korrelerar till dessa typer av trauman och utifrån ett behandlingsperspektiv hur väl dessa patientgrupper svarar på traumafokuserad behandling i effektstudier.

Då trauma är ett komplext fenomen lämpar det sig väl för studier med kvalitativ eller mixad metod. Ytterligare kvalitativa eller mixade studier kan lämpa sig för att vidareutveckla de teman och hypoteser som fångats upp i föreliggande studie. Till exempel kan intervjuer med mer riktade frågor som diskriminerar upplevelser i samband med trauman och upplevelser som uppkommit senare göras, studier som behandlar affektreglering till följd av trauman och psykologiska copingstrategier och försvarsmekanismer. Det saknas kvalitativa studier som riktar sig till en population inom klinisk verksamhet, varför detta skulle vara önskvärt. Jämförelser mellan upplevelser av trauma vid olika diagnoser kan också göras för att tydligare identifiera faktorer som är gemensamma för eller skiljer sig mellan olika grupper.

En fråga som framkommit är hur trauman påverkar självbild, vilket kan studeras ytterligare i retrospektiva studier genom semistrukturerade intervjuer med mer specificerade frågor om självbild eller skattningsformulär, till exempel med Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) eller The Young Schema Questionnaire (YSQ) eller andra skattningsskalor. För ytterligare tillförlitlighet och för att bedöma vilken betydelse preformerad självbild, självskemata och försvarsmekanismer har för hantering av trauman skulle behövas prospektiva studier med kliniska bedömningar eller

skattningsskalor som följs över tid, vilket dock fordrar en lång observationstid eller stora grupper, då man av etiska skäl endast kan studera följder av traumaexponering som förekommer naturligt.

Hypotesen att traumaaspekter har betydelse i psykoterapeutisk behandling av andra tillstånd än PTSD behöver studeras betydligt mer ingående i kliniska effektstudier av behandling. Vad som karakteriserar traumabearbetning i psykoterapi kan fortfarande utvecklas, inte minst för att hitta relevanta metoder för olika subgrupper av patienter både inom PTSD-gruppen och med andra diagnoser. Effekt av traumaspecifik terapi för subgrupper som mobbing, självmordsförsök och långvarig komplex sorgreaktion kan behöva utvärderas tydligare i effektstudier. Psykodynamiska behandlingsmetoder inriktade på trauman behöver utforskas vidare i behandlingsstudier.

## Referenser:

- Allen, J. (2013). Treating attachment trauma with plain old therapy. *Journal of Trauma and Dissociation* 14, 367-374.
- Bae, H., Kim, D. & Park, Y. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation* 5, 60-65.
- Bergh Johannesson, K. och Lundin, T. (2007). *Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar*. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet.
- Bisson, J., Roberts, N., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, (2013) Psychological therapies for chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12, CD003388.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101.
- Breslau, N. & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry* 50, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P., (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community *Archive of General Psychiatry* 55, 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM IV-criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress* 13, 499-509.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal och Consulting and Clinical Psychology* 68, 748-766.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23, 339-376.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress* 21, 223-226.
- Bromberg, P. (1996). Standing in the spaces: the multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis* 32, 509-535.



- Bromberg, P. (2003). Something wicked this way comes. Trauma, dissociation and conflict: the space where psychoanalysis, cognitive science and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology* 3, 558-574
- Busch, F., Milrod, B., Singer, M. & Aronson, A. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy – extended range*. Routledge, Taylor & Francis group.
- Cameron, A., Palm, K. & Follette, V. (2010). Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *Journal of Anxiety Disorders* 24, 645-649.
- Creamer, M., McFarlane, A. C. & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience *Journal of Affective Disorders* 86, 175-182.
- Cullberg, J. (1975, omarb. 2006). *Kris och utveckling*. Natur och kultur.
- Cullberg, J. (1984). *Dynamisk psykiatri*. Natur och kultur.
- Dewald, P. (1972). *Dynamisk psykologi*. Natur och kultur.
- Diagnostical and statistical manual of mental disorders, version DSM III (1980). American Psychiatric Association.
- Diagnostical and statistical manual of mental disorders, version DSM IV (1994). American Psychiatric Association.
- Diagnostical and statistical manual of mental disorders, version DSM V (2013) American Psychiatric Association.
- Dunmore E, Clarke D M & Ehlers A (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical and sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* 37, 1063-1084
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 319-345.
- Ehring, T., Frank, S. & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research* 32(4), 488-506.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010) Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy* 41, 587-598.

- Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99, 20-35.
- Foa, E., Steketee, G. & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20, 155-176.
- Fonagy, P. (2001). *Anknytningsteori och psykoanalys*. Liber.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 3-4, 288-328.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). Studier i hysteri. Ur: *Samlade skrifter, del III (1997)*. Red. Jurgen Reeder. Natur och kultur.
- Frewen, P., Dozois, D., Neufeld, R. & Lanius, R. (2008). Meta-analysis of alexitymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 21, 243-246.
- Gabbard, G., Litowitz, B. & Williams, P. (2012). *Textbook of psychoanalysis, second edition*, American Psychiatric Publishing.
- Gold, S., Marx, B., Soler-Baillo, J. & Sloan, D. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders* 19, 687-698.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26, 41-54.
- Gusic, S., Cardena, E., Bengtsson, H. & Söndergaard, H. P. (2016). Adolescents dissociative experiences: the moderating role of type of trauma and attachment style. *Journal of Child and Adolescents Trauma* 9, 341-351.
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C. & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, doi: 10.1002/brb3.342, 1-9.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery, the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Basic books.
- Idsoe, T., Dyregrov, A. & Idsoe, E. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Child Psychology* 40, 901-911.

- Kendler, K. & Gardner, C. (2010). Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression, *Archive of General Psychiatry* 67(11), 1120-1127.
- Kendler, K., Hettema, J., Butera, F., Gardner, C. & Prescott, C. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archive of General Psychiatry* 60(8), 789-796.
- Kendler, K., Karkowski, L. & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry* 156, 837-841.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National comorbidity survey replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association* 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archive of General Psychiatry* 52; 1048-1060.
- Klein, M. (1993). *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Natur och kultur.
- Krupnick, J. (2002) Brief psychodynamic treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 58, 919-932.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America* 29(1), 63-viii
- Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression *European Psychiatry* 30, 665-680.
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jørgensen, P. & Bughra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947–1972 and 1972-1997 *Journal of Affective Disorders* 87, 151-160.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy - a practitioners guide*. The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis – understanding personality structure in the clinical process, second edition*. The Guilford press.

- Michel, P-O. (red.), Bergh Johannesson, K., Lundin, T., Nilsson, D. & Otto, U. (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller, M., Wolf, E. & Keane, T. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: new criteria and controversies. *Clinical Psychology* 3, 208-220.
- Nationalencyklopedien, Hämtat från Göteborgs stadsbibliotek, 2017-01-20, n d.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L. & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*, doi.org/10.1155/2015/650804.
- Nijenhuis, E. & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation* 12, 416-445.
- O'Donnell, M., Creamer, M., McFarlane, A., Silove, D. & Bryant, R. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research* 176, 257-260.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber AB.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T. & Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129, 52-73
- Parad, H. & Caplan, G. (1960). A framework for studying families in crisis. *Social Work* 5(3), 3-15.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues* 2, 103-116.
- Ponterotto, J. (2005). Qualitative research in counseling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology* 2, 126-136.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149(8), 999-1010.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. (2009) Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine* 6(8):e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Regehr, C., Marziali, E. & Jansen, K. (1999). A qualitative analysis of strengths and vulnerabilities in sexually assaulted women. *Clinical Social Work Journal* 2, 171-184

- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S. & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 239–249.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 748-756.
- Ringel, S. & Brandell, J. (2012). *Trauma: contemporary directions in theory, practice and research*. Sage publications, Inc.
- Royle, L. & Kerr, C. (2012). *EMDR i klinisk praktik*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Schottenbauer, M., Glass, C., Arnkoff, D. & Gray, S. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: a review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry* 71(1), 13-34.
- Shalev, A., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. & Pitman, R. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry* 155(5), 630-637.
- Solomon, R. M. & Shapiro, F. (2008) EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research* 4, 315-325.
- Spinhoven, P., Penninx, B., van Hemert, A., de Rooij, M. & Elzinga, B. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect* 38, 1320-1330.
- Stern, D. B. (1983). Unformulated experience. *Contemporary Psychoanalysis* 19, 71-99.
- Van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress* 2, 397-412.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 906-914.
- Van der Kolk, B. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18(5), 389-399.

- Vermetten, M., Dorahy, M. & Spiegel, D. (2007). *Traumatic dissociation, neurobiology and treatment*. American psychiatric publishing. Inc.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer, om anknytning, trauma och dissociation*. Natur och kultur.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. 3rd ed. Buckingham: Open University Press.
- Winnicott, D. (1993). *Den skapande impulsen*. Natur och kultur.

## APPENDIX

## Bilaga 1.

## Intervjuguide

1. Vilka psykoterapier har du erfarenhet av? (Metod, antal, längd, behandlare)
2. Vilken var anledningen att du sökte psykoterapeutisk hjälp vid första tillfället du sökte?
3. Hade du vid detta tillfälle en uppfattning om att du upplevt trauman som du ville ha hjälp att bearbeta?
4. Tror du själv att du har eller har haft obearbetade trauman som har bidragit till att du utvecklat dina psykiska besvär?
5. Hur definierar du "trauma"? Vad betyder "trauma" för dig?
6. Vad har du upplevt som varit traumatiskt?
7. Vad är utmärkande för det du upplevt som trauman?
8. Hur skulle du beskriva skillnaden mellan trauma och kris?
9. Hur mycket har du arbetat med trauman i psykoterapi?
10. Hur har du arbetat med trauman i psykoterapi?
11. Vilken betydelse har arbetet med trauman i psykoterapin haft för den hjälp du tycker att du fått av psykoterapin?
12. Har du under psykoterapins gång blivit varse att du har med dig upplevelser av trauman som du tidigare inte fäst så stor vikt vid?
13. Vad tycker du att du har haft störst hjälp av i din psykoterapi?
14. Vad har varit dåligt, mindre bra eller vad har du saknat i din psykoterapi?

Fråga 9-14 har inte tagits med i analysen, då materialet blivit för omfattande och ämnet koncentrerats till att röra erfarenheter och upplevelser av trauman.

Bilaga 2.

## Samtycke

Angående vetenskaplig studie om patienters erfarenheter av psykoterapi och trauma, som görs av Rose-Marie Lock, som del i mastersuppsats i psykoterapi vid Lunds Universitet.

Jag har fått information om att mitt deltagande är frivilligt, att deltagandet inte påverkar den behandling jag har eller kommer att få på härvarande klinik, att jag när som helst kan avbryta deltagandet innan uppsatsen är publicerad, att undersökningen är anonym, dvs inga namn kommer att publiceras och inga uppgifter som kan knytas till en specifik person kommer att publiceras. Jag har fått möjlighet att ställa frågor gällande mitt deltagande i studien.

Jag lämnar härmed samtycke till att delta i denna studie:

Namn

Datum