

Livet före och efter PTSD

– När det komplexa blir till insikter och livet efter detta.

Life before and after PTSD

– When complexity goes to insights and life after that.

Maria Edström

Handledare: Doris Nilsson

Examinator: Gerhard Andersson

	Institutionen för beteendevetenskap och lärande 581 83 LINKÖPING	Seminariedatum 2021-01-22
Språk Svenska/Swedish	Rapporttyp Uppsats avancerad nivå	ISRN-nummer
Titel Livet före och efter PTSD -När det komplexa blir till insikter och livet efter detta. Title Life before and after PTSD -When complexity goes to insights and life after that. Författare Maria Edström		
Sammanfattning <p>Syftet med studien har varit att undersöka vilken typ av förändring som skett för personer som diagnostiserats med Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) och utifrån sin diagnos genomgått behandling. Fokus har varit att i relation till tidigare symtom belysa den förändring som behandlingen medfört. Även ett fokus på relationer och hur de har förändrats efter behandling. Metoden för studien är en tematisk analys, där tretton personer intervjuats genom semistrukturerade intervjuer. Tolkningen har skett induktivt med en fenomenologisk ansats för att ge de som intervjuades och som levt med en komplicerad PTSD en möjlighet att berätta, så fritt från författarens egen förförståelse som möjligt. Resultatet i studien visar att samtliga respondenter som genomgått en så kallad evidensbaserad behandling för PTSD med komplex problematik har förbättrats i sin symtombild. Detta redovisas i tre huvudteman, <i>"Att leva med PTSD som är komplex"</i>, <i>"Behandling hjälper"</i>, <i>"Behandlingens tre delar"</i>. Det framkommer även svårigheter som uppstår när man blir felbehandlad alternativt diagnosticerad men inte behandlad, dock med ett begränsat underlag, som även får påvisa svagheten i studien.</p> Abstract <p>The purpose of the study has been to examine what type of change has happened for people who has been diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and from that diagnose, undergone a treatment. Focus has been in relation to previous symptoms, give light to the change that the treatment has contributed with. Also a focus on the person's close relationships, and how they have changed after treatment. The method that has been used is a thematic analysis, where thirteen persons has been interviewed, with a semi-structured interview. The rendering has been done by a inductive, phenomenological run-up to give the persons that have been living there lifes with a complex PTSD, an opportunity to tell their story, as free from the autors own pre-understanding as possible. The result in this study shows that all the respondent that has gone thru a so called evidence-based treatment for complex PTSD has improved in their symptom picture. The results are presented in three main-teams; <i>"To live with complex PTSD"</i>, <i>"Treatment helps"</i>, <i>"The treatments three parts"</i>. It also shows the difficulties that show up when you get wrong treatment or diagnosed but not treated. This is represented with a limited basis, that also shows the weaknes with this study.</p>		
Nyckelord PTSD, C-PTSD, Diagnos, Behandling, Feldiagnos, Leva med PTSD, Behandling hjälper.		

Sammanfattning

Syftet med studien har varit att undersöka vilken typ av förändring som skett för personer som har blivit diagnosticerade med Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) och utifrån sin diagnos, genomgått en evidensbaserad behandling. Fokus har varit att i relation till tidigare symtom belysa den förändring som behandlingen medfört. Även ett betydande fokus på relationer och hur dessa har förändrats efter behandling. Metoden som använts är en tematisk analys, där tretton personer intervjuats genom semistrukturerade intervjuer. Tolkningen har skett induktivt med en fenomenologisk ansats för att ge de intervjuade personer som levt med en komplicerad PTSD en möjlighet att berätta, så fritt från författarens egen förförståelse som möjligt. Resultatet i studien visar att samtliga respondenter som genomgått en evidensbaserad behandling för PTSD med komplex problematik har förbättrats i sin symtombild. Detta redovisas i tre huvudteman, *"Att leva med PTSD som är komplex"*, *"Behandling hjälper"*, *"Behandlingens tre delar"*.

Det framkommer även svårigheter som uppstår när man blir felbehandlad alternativt diagnosticerad men inte behandlad, dock med ett begränsat underlag, som även får påvisa svagheten i studien.

Abstract

The purpose of the study has been to study what type of change has happened for people who has been diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and from that diagnose, undergone a evidence-based treatment. Focus in this study has been in relation to previous symptoms, give light to the change that the treatment has contributed with. Also a focus on the person´s close relationships, and how they have changed after treatment. The metod that has been used is a thematic analysis, where thirteen persons has been interviewed, through a semi-structured interview. The rendering has been done by a inductive, phenomenological run-up to give the persons that have been living there lifes with a complex PTSD, an opportunity to tell their story, as free from the autors own pre-understanding as possible. The result in this study shows that all the respondent that has gone thru a evidence-based treatment for complex PTSD has improved in their symptom picture. The results are presented in three main-teams; *"To live with complex PTSD"*, *"Treatment helps"*, *"The treatments three parts"*.

It also shows the difficulties that show up when you get wrong treatment or diagnosed but not treated. This is represented with a limited basis, that also shows the weaknes with this study.

Förord

I första hand riktar jag ett stort tack till de personer som låtit mig ta del av deras berättelse. Ni alla har visat ett stort engagemang och har deltagit mer Er närvaro och historia på ett öppet sätt och med genuint engagemang. Tack även till Er som ”släppte in mig” i de Facebook-grupper som generöst delade min fråga om deltagande i studien. Utan Er alla hade det inte gått att genomföra studien.

Jag vill givetvis rikta ett stort tack till min handledare Doris Nilsson, som tidigt nappade på min idé och som sedan har peppat och givit mig stöd och uppmuntran och som på ett smidigt och inkännande sätt handlett mig genom processen.

Även till Anna-Karin Åkerman, Malin Bäck och Anna Gerge som på olika sätt har hjälpt mig att genomföra denna studie.

Jag vill även tacka dig M, som har inspirerat, stört, fått mig intresserad och som drivit mig att förstå och inte ge upp. Som fått mig att se det komplexa i att leva med PTSD och som även inspirerat till tron att det går att läka och att relationer gör en skillnad.

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
Bakgrund.....	8
<i>Post Traumatic stress disorder</i>	8
<i>C-PTSD</i>	9
<i>Att diagnosticera PTSD</i>	10
<i>Behandlingsmetoder för PTSD</i>	10
<i>PE – Prolonged exposure</i>	11
<i>EMDR- Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>	12
Syfte.....	14
Frågeställning.....	14
Metod.....	15
<i>Val av metod</i>	15
<i>Tematisk analys</i>	15
<i>Insamlingsmetod</i>	16
<i>Urval av data – deltagare</i>	16
<i>Etiskt ställningstagande</i>	18
<i>Analys</i>	18
Resultat.....	21
Att leva med PTSD som är komplex.....	21
<i>Fel diagnos – att bli bemött utifrån sina symtom</i>	22
<i>Hantera affekter när du lever med komplex PTSD</i>	24
Behandling hjälper.....	27
<i>Det har blivit bättre</i>	28
<i>Sömn och Mardrömmar</i>	28
<i>Koncentration och Stress</i>	30
<i>Flashbacks och Minnen</i>	31
<i>Humör, Humörsvängningar och Glädje</i>	33
<i>Självkänsla och Självkritik</i>	36
<i>Det är inte bra</i>	37
Behandlingens tre delar.....	40
<i>Att uppnå en trygghet och en balans i känslorna</i>	40
<i>Att bearbeta sitt trauma</i>	42

<i>Relationer och behov efter behandlingen</i>	43
Resultatdiskussion.....	46
<i>Att få en rättvis och professionell bedömning</i>	46
<i>Brister i vården</i>	48
<i>Personliga vinster och Samhällsvinster</i>	49
<i>Det relationella perspektivet</i>	50
Metoddiskussion.....	51
<i>Bakgrund och Urval</i>	51
<i>Intervjuerna</i>	52
<i>Förförståelse</i>	52
<i>Metodval</i>	52
<i>Styrkor och svagheter</i>	53
<i>Slutord</i>	53
Referenser.....	54
Bilaga 1.....	57
Bilaga 2.....	58
Bilaga 3.....	59

Livet före och efter PTSD– När det komplexa blir till insikter och livet efter detta.

Inledning

”Ibland kan jag önska att du skulle finnas kvar för all tid”

I mötet med patienter/klienter, oavsett behandlingsform, har ofta denna öppet uttalade önskan funnits, att jag skulle finnas kvar som ett stöd i en framtid de inte visste något om. Här har jag mött människor med stora svårigheter i form av personlighetsdiagnoser och beroendesjukdomar. Många har kunnat beskriva barndomstrauman och svårigheter i uppväxt som påverkat och format dem, vissa har kunnat beskriva normala uppväxtförhållanden, men med händelser i tonår och vuxen ålder som satt djupa spår.

Jag som skriver denna uppsats heter Maria Edström och jag har under min tid, på de behandlingshem jag arbetat, haft flertalet klienter som efter långa vändor i vården, till slut diagnostiserats med PTSD (som är en förkortning av den engelska benämningen Posttraumatic stress disorder) och utifrån deras berättelser väcktes mitt intresse för PTSD. Jag funderade i tankebanor att, om behandlingen hjälper människor till ett tillfrisknande och bättre liv, varför behandlade man inte tidigare? I mötet med ”mina” klienter fick de tillslut en behandling, men sen avslutades vår kontakt och det fanns en brist i vetskapen om vad som hände sen, efter behandlingen och om det hade blivit bättre över tid.

Utifrån denna utgångspunkt valde jag därför att med en fenomenologisk ansats, genom metoden Tematisk analys undersöka om behandlingen som finns att tillgå för PTSD kunde ge ett svar på min frågeställning. För att genomföra detta intervjuades tretton personer med hjälp av en semantisk intervjumall, där utrymme gavs för följdfrågor.

Då jag haft en förförståelse till diagnosens problematiska ”aura” valde jag en metod som tillät individens berättelse att träda fram och utgick i min intervjumanual från diagnoskriterier för PTSD, samt tillät mig att utöka med ett relationsinriktat perspektiv.

Bakgrund

PTSD – Post traumatic stress disorder

Judith Lewis Herman var en av de feministiska forskare som genom sitt arbete bidrog till att definiera PTSD som diagnos. Hon utvecklade framförallt tankar om en komplex form av trauma, C-PTSD. Herman hade ett starkt politiskt och socialt engagemang där hennes eget intresse av trauma genomsyrade dessa lager i hennes arbete. I boken *Trauma och tillfrisknande* beskriver hon trauma utifrån både ett historiskt och existentiellt perspektiv och syftar till de grupper av krigsveteraner som växte fram runt omkring och efter Vietnamkriget. År 1980 definierades diagnosen PTSD i en officiell handbok för psykiatriska störningar. Detta skedde mycket tack vare dessa grupper, men även utifrån 1970-talets feminister som påpekade att kvinnor som upplevt våldtäkt och misshandel i hemmet kan bli lika svårt traumatiserade som krigsveteranerna. Tydligast i Hermans arbete var att lyfta frågan runt incest, sexuellt våld och övergrepp i hemmet och de traumatiska följder detta gav i form av komplex traumatisering, (Herman, 1992).

WHO erkände diagnosen PTSD först 1992. (Josefsson & Linge, 2011)

Enligt klassifikationssystemet ICD 10-SE, uppstår PTSD som en fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. I den amerikanska motsvarigheten DSM-5 definieras det underliggande traumat som exponering för faktisk död, livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld (Jonasson, 2021).

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utredning) menar att, PTSD kan utvecklas hos en person som själv har upplevt, alternativt bevittnat svåra livshotande händelser i form av olyckor, våld, sexuella övergrepp samt psykisk eller fysisk misshandel (SBU 2020). PTSD kan drabba personer i alla åldrar skriver de och menar att var fjärde person som upplevt händelser av traumatiserande slag senare diagnosticeras med PTSD. De skriver även att vid upplevelser av våldtäkt och tortyr kan PTSD som diagnos förekomma hos varannan person. Obehandlad PTSD kan leda till annan psykisk ohälsa och sjukdom, enligt SBU:s rapporter.

I boken *PTSD - En handbok* (2012), definierar Anna Gerge och Kristina Lander PTSD som en ångeststörning som uppkommit efter en händelse man varit med om, där händelsen genererat känslor som av fara för livet samt att man inte har kunnat fly eller på annat sätt kunnat påverka situationen överhuvudtaget. De menar att forskningen idag visar att risken för att utveckla PTSD ökar om man som barn har upplevt psykisk eller fysisk misshandel och försummelse samt att allt våld som sker i nära relationer har en stor sannolikhet att öka risken för PTSD.

I DSM manualen gör man ett tillägg utifrån en tydlig symtombild. Här beskriver man *Flashbacks*, ett tillstånd av återkommande minnesbilder som i sig kan vara

så verkliga att man har en upplevelse av att vara tillbaka i det ögonblick där traumat utspelade sig. *Undvikandebeteende*, som innebär att man undviker situationer som associerar till händelsen och som inte fanns före traumat. *Förhöjd arousal* (känslostimulering), vilket inkluderar allt från sömnstörningar till starka humörsvängningar och koncentrationssvårigheter. *Negativa förändringar i kognitioner och sinnesstämningar* som resulterat i depression, emotionell instabilitet, förändrad självkänsla och självförtroende samt även en likgiltighet i relationer och minnesstörningar, (Michel, 2018).

C-PTSD

I Sverige finns inte Komplex PTSD (C-PTSD) som definierad diagnos.

I nästkommande ICD-11 finns C-PTSD med som diagnos och ska säkerställas som diagnos utifrån dessa kriterier:

”Alla diagnostiska krav för PTSD är uppfyllda. Dessutom kännetecknas komplex PTSD av allvarliga och ihållande 1) problem vid reglering av påverkan; 2) tro på sig själv som minskad, besegrad eller värdelös, åtföljd av känslor av skam, skuld eller misslyckande i samband med den traumatiska händelsen; och 3) svårigheter att upprätthålla relationer och att känna sig nära andra. Dessa symtom orsakar betydande försämring av personliga, familj, sociala,” (icd.who.int 585833559).

Vid komplex PTSD menar Adler (2019) att personen har, utsatts under en längre period av händelser som varit exceptionellt svåra, som exempel våld i hemmet, krigstrauman och fysiska samt sexuella övergrepp under barndomen. Det är av stor vikt att klargöra hur personens PTSD-historia sett ut. Till tidigare diagnoskriterier för PTSD tittar man även på hur personens självkänsla/självförtroende tar sig uttryck, affektreglering, frågor runt skam och skuld samt hur personen har det i sina nära relationer.

Gerge (2016) framställer både komplex PTSD och DESNOS (Disorder of extreme stress, not other specified) som effekter av långvarig traumatisering som orsakats av en annan människa. Hon tydliggör kriterier som ska uppfyllas för att hänvisa personens problematik till komplex PTSD: *”problem med affektreglering, förändring av uppmärksamhet och grad av medvetande, förändringar i upplevelse av självet, förändringar i upplevelse av förövaren, förändringar i relationer, somatisering och förändring i upplevelse av meningsfullhet.”* (Gerge, 2016, Sid. 24).

Att diagnosticera PTSD

Enligt Michel (2018), menar man att diagnosen PTSD kräver en grundlig och strukturerad utredning. Det man idag anser som den intervju som ger en heltäckande utredningsbild är CAPS (*Clinician Administered PTSD Scale for DSM*). Då symtomen hos PTSD ofta har liknande symtom som flertalet annan psykiatrisk problematik samt personlighetsstörningar och annat, är det av stor vikt att utredningen görs grundligt, där även somatiska symtom etc. ska ingå.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Nationellt Vård och Insatsprogram, 2020), skriver man att specialistsjukvården ska använda sig av kompletterande utredningsinstrument som kan påvisa PTSD, när man screenar för övriga tillstånd, som depression och ångest. Detta ska även gälla för primärvården, där kompetenskraven innebär att skattningen utförs av vårdpersonal alternativt av läkare. Man menar att en fördjupad utredning ska göras där man möter individer som misstänks ha diagnosen PTSD. Den centrala delen i att utreda en eventuell PTSD/C-PTSD är att ställa de inledande frågor runt personen och dess historia, menar man. Har personen flashbacks, undvikandebeteende, sänkt stämningsläge, förhöjd arousal, förvrängd självbild? Har personen upplevt händelser som varit livshotande? Har personen varit utsatt av närstående? Våldtäkt, sexuella övergrepp? Har symtomen uppkommit efter händelsen?

Att göra en komplett utredning vid misstanke om PTSD kan vara en komplicerad och tidskrävande process.

Gerge (2016), menar att diagnosen PTSD är lätt att ställa och att den ganska enkelt går att särskilja från diagnoser som påvisar liknande symtom. Det hon menar är att man som kliniker bör ställa frågor i anamnesen, där man bör utgå ifrån tankar om ett eventuellt trauma, då man vet idag att detta senare i livet har en stark påverkan för att utveckla ett psykiskt lidande. För att få reda på vad personen upplevt, ska man fråga, menar hon. Till hjälp för detta finns ett flertal skattningsformulär som man kan ta hjälp av och på så sätt grundlägga för en eventuell utredning.

Behandlingsmetoder för PTSD

Enligt Kris och Traumacentrum i Stockholm (2020), är behandlingsmetoderna för PTSD många och de menar att det finns ett flertal metoder som har god effekt för att behandla PTSD. Vid behandling av C-PTSD påtalar de vikten av en längre tids behandling. De beskriver behandlingen i tre faser, oavsett vilken behandlingsmetod och psykoterapiinriktning man arbetar utifrån. De hänvisar i sin skrivelse till Ford, Grasso, Elhai, och Courtois (2015).

Fas 1. Stabilisering - Här beskriver de faktorer som social stabilitet, inre stabilitet och metoder för affektreglering samt psykoedukativa insatser. Här kan man även

komplettera med medicinering, för att på så sätt lindra ångest, mardrömmar, somatisk smärta etc.

Fas 2. Traumafokuserad behandling – Det gemensamma i fas 2, oavsett vilken metod du arbetar utifrån är att man går igenom de händelser man upplevt tillsammans med sin behandlare och att man gör detta flera gånger. Det räcker alltså inte att man bara berättar en gång.

Fas 3. Att förebygga återfall och främja personlig utveckling – I denna fas är sorgbearbetning en del och nyorientering av livet ett fokus. Självkänsla, KASAM (känsla av sammanhang) och att kunna förena traumat till en del av sig själv och sitt liv och sin historia.

De behandlingsmetoder man hänvisar till på Kris och Traumacenter i Stockholm (2020), är i första hand Traumafokuserad Kognitiv beteendeterapi samt Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), men även Dialektisk beteendeterapi, medicin samt olika typer av kroppsterapi och narrativa terapiformer.

Kognitiv beteendeterapi med långvarig exponering (PE/Prolonged Exposure) och EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), har varit de metoder som har visat sig mest effektiva och i randomiserade studier haft störst evidens. Med det menar man att det är metoden i sig som är ansvarig för att personen återhämtat sig efter behandling (Ford, Grasso, Elhai & Courtois, 2015).

PE – Prolonged Exposure

När man pratar om metoden PE (Prolonged exposure), vilket betyder långvarig exponering, är Edna Foa (2013), en av de personer som man bland annat hänvisar till. I metoden arbetar man med att känslomässigt bearbeta sina trauman. Behandlingen innebär att man exponerar personen för den ångest som återberättande av de traumatiska händelserna väcker, samtidigt som fokus ligger på en emotionell bearbetning vid minnet av händelsen (Foa, Hembree & Rothbaum, 2013).

Behandlingen innehåller:

-Psykoedukation

-En inläring av olika andningstekniker (kontrollerad andning).

-Att i verkliga livet (in vivo) utsätta sig för situationer eller saker som personen har undvikit och som är kopplade till det aktuella traumat.

-Framkalla minnesbilder av traumat och återberätta dem.

Foa et al. (2013) menar att det finns både fördelar och nackdelar med PE. De fördelar de hänvisar till är mer än tjugo års forskning som påvisar att metoden i sig inte bara lindrar och hjälper vid PTSD, utan även hjälper andra typer av ångestrelaterade svårigheter. De risker man lyfter fram, är att personen under behandlingen har en ökning av känslor som sorg, skam, skuld, ilska och rädsla och som kommer i ljuset när man påbörjar exponeringen. Depression, PTSD-symtom och ångest ökar till en början och de beskriver det som ”man känner sig sämre innan man känner sig bättre”. De pekar på vikten av att göra detta tydligt för personen, men hänvisar även till de goda resultat som man har sett i behandlingsresultat.

I boken Psykotraumatologi av Michel (2018) beskriver de, med hänvisning till (Foa med flera, 1986) den emotionella/känslomässiga bearbetningen (PE), som en avgörande del, för att på så sätt komma åt rädslan och de känslomässiga reaktioner som uppstår ur rädslan, som flykt och undvikandebeteenden. För att detta ska fungera behöver rädslan aktiveras, vilket sker genom exponeringen i en trygg miljö. Prolonged exposure menar de är en så kallad beteendeterapi.

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Francine Shapiro (2004), är den person som upptäckte och utvecklade metoden EMDR, vilken till en början blev hårt kritiserad och kallad för ”pseudovetenskap” av kritiker. Shapiro utvecklade och granskade sin teori om ögonrörelsens bilaterala stimulering i kombination med berättelsen om traumat och publicerade sin första artikel i ämnet 1989. Efter detta har fler än hundra studier publicerats och idag är metoden erkänd som evidensbaserad för behandling av PTSD.

EMDR har på svenska översatts till desensibilisering och omarbetning genom ögonrörelser och man menar att ögonrörelsen liknar de rörelser ögonen gör under REM-sömnen vilka påverkar bearbetningen i hjärnan, att omvandla traumat till hanterbara minnen, (Gerge 2016).

Metoden har utvecklats till att inte bara använda sig av ögonrörelser, utan även annan form av bilateral stimulering kan användas i metoden, såsom ljud och taktill beröring. När en person upplever ett trauma, lagras detta i minnet och tillsammans med den bilaterala stimuleringen i EMDR, påverkas den kognitiva upplevelsen, affektregleringen och kroppen genom att man aktiverar de dysfunktionella minnena från traumat och på så sätt påskyndar kroppen själv sin läkning. Genom bilateral stimulering via syn, hörsel eller känsel i samband med att personen fokuserar på sin traumatiska händelse påverkas kroppens egen läkning och minnet av den upplevda händelsen integreras och blir neutral till sin natur, (Michel 2018).

EMDR som metod beskrivs i boken Psykotraumatologi (Michel 2018) i åtta steg.

1. Anamnes och behandlingsplanering – grundläggande genomgång av klinisk bild, affekttolerans, socialt stöd och identifiering av traumaminnen bl. a.

2. Förberedelse – Terapeutisk allians, psykoedukation

3. Bedömning – Utforskning av traumaminnets samt identifikation av positiv bild.

Dessa tre faser kan likställas med andra metoder för PTSD. Nästkommande punkter är de som är speciella för EMDR.

4. Desensibilisering och bearbetning – I denna fas arbetar man med den bilaterala stimuleringen, antingen genom att terapeuten rör sitt finger från sida till sida framför personen alternativt genom växelvisa ljud från sida till sida eller taktill beröring. Detta sker samtidigt som personen fokuserar på traumabilden. Proceduren upprepas och förändras enbart om det uppstår svårigheter och blockeringar i berättelsen. Detta fortgår till dess att minnesbilden inte längre påverkar personen negativt.

5. Länkning till positiva uppfattningar – Här fortsätter den bilaterala stimuleringen i kombination med att den positiva minnesbilden introduceras och här leker man med tanken för att kunna känna på den känsla det skapar.

6. Kroppslig genomgång – Här fokuserar man på att arbeta med känslor som kan finnas kvar i kroppen, på samma sätt som tidigare.

7. Avslutningsfas – Sammanhangsmarkering och påminnelser om övningar att använda om obehag uppstår hemma. Man poängterar även att personen ska vara uppmärksam på drömmar, känslor, tankar med mera fram till nästa session.

8. Uppföljning och utvärdering – Har målet med behandlingen uppnåtts? Har vi följt behandlingsplanen.

Syfte

I min kliniska vardag har jag mött människor med stora svårigheter och med olika diagnoser och beroendesjukdomar. Flera har berättat om svåra barndomstrauman och svårigheter i uppväxt som påverkat och format dem, vissa har kunnat beskriva normala uppväxtförhållanden, men med händelser i tonår och vuxen ålder som satt djupa spår. Ett fåtal av dessa personer har varit diagnosticerade med PTSD. Flertalet av de jag har mött har även levt i destruktiva relationer, med våld och missbruk som en konsekvens och detta ledde mig in på frågor om relationer och framförallt nära relationer.

Utifrån denna förförståelse blev syftet med studien:

Att undersöka hur personer upplever effekter och resultat av en PTSD-behandling i relation till tidigare symtom och hur man tycker att livet blev efter behandlingen, samt att undersöka upplevelsen av nära relationer och om man tycker att man har förändrat sina relationsmönster.

Frågeställning

Vilken typ av förändring sker för personer som har fått en PTSD diagnos och genomgått en PTSD-behandling, i relation till tidigare symtom samt i personens nära relationer?

Metod

Val av metod

För undersökningen valdes en kvalitativ metod, med en fenomenologisk ansats. Tolkningen av materialet har skett utifrån ett Hermeneutiskt förhållningssätt.

Braun & Clarke (2013) definierar den kvalitativa metoden med att; Det handlar om ord, som man gör ett försök att förstå och tolka. Datainsamlingen berör ett litet område, men kan ge mycket information. Man letar efter mönster, men kan upptäcka avvikelser och skillnader. Den rymmer induktiva tolkningar och skapar teori. Den värdesätter den subjektiva, personliga tolkningen, vilket gör att den kan vara föränderlig under forskningsprocessen. Den innebär en epistemologi som har en ontologisk grund.

Genom mitt arbete har jag haft för avsikt att anta en fenomenologisk ansats och på så sätt, förhålla mig till den förförståelse jag redovisat för i min bakgrund. Utifrån den fenomenologiska ansatsen finns en tanke om att låta berättelsen framträda, så som den är. Så gott som möjligt är, låter man den inte påverkas av tidigare bakgrundsantaganden och den förförståelse man bär med sig, (Allwood & Erikson, 2010)

Den Hermeneutiska tolkningsansatsen utgår ifrån Heideggers tankar om människan som ett tolkande väsen. I Heideggers hermeneutik är det tolkningen av ens livsvärld som är av betydelse och upplevelsen och förståelsen av dess innebörd det centrala. Utifrån den ansatsen har avsikten varit att försöka förstå och ge mening åt materialet utan att låta min egen förförståelse i ämnet styra. Tolkningen ska få utrymme att vara fri, (Allwood & Erikson, 2010).

Tematisk analys

I boken Successful Qualitative Research tydliggör Braun & Clarke (2013), ett flertal metoder med kvalitativ undersökningsgrund och i denna studie, blev valet att använda Tematisk Analys. Den tematiska analysen, anser de, vara unik på så sätt att den egentligen endast fokuserar på hur man analyserar sin insamlade data, inte på hur man samlar in data eller hur man i stort använder vetenskapsteoretiska begrepp. De menar att det just bara är "en metod" att följa och att styrkan i metoden är just dess flexibilitet, men analysen av de insamlade data man har, ska stringent följa de sex stegen.

1. Bekanta sig med empirin, 2. Kodning, 3. Leta efter teman, 4. Granska teman, 5. Definiera och namnge teman, 6. Sammanställning.

Innan studien påbörjades ställde jag mig själv frågor om vad jag ville veta? Varför? Vad hade jag med mig i förförståelse i ämnet? Vilken typ av

undersökning skulle ge mig bäst underlag? Vad behövde jag för grundkunskaper för att fråga? Hur många behövde jag fråga? Hur skulle insamlingen gå till? Även hur jag skulle hitta mina deltagare? Vilka etiska frågor behövde jag förhålla mig till?

Detta är en del av de frågor som Braun & Clarke (2013) uppger som en guide till en kvalitativ undersökning och som hjälpte till att tänka vidare om ämnet.

Insamlingsmetod

Experiential qualitative research handlar om att ge personer utrymme att få berätta "så som det är". Att få en inblick i personens inre och att genom mig som undersökare, få utrymme för sin röst och sin berättelse. Uppgiften har varit att samla in, skapa en ram runt och att återge informanternas samlade berättelse, (Braune & Clarke 2013).

Utifrån min tolkning av den fenomenologiska ansats som beskrivits har avsikten varit att så gott som möjligt vara fri från egna värderingar.

För de personer som har diagnosticerats med PTSD har livet före behandling med stor självklarhet inneburit att man varit utsatt på olika sätt. Det kan innebära våld i olika former, psykiskt, fysiskt och sexuellt. Olyckor, barndomstrauman och sammanhang där man varit nära döden, själv eller bevittnat. Oavsett vilket trauma personen upplevt är detta ett ämne, som kräver respekt och stark sekretess, då flertalet av dessa personer även kan leva med skyddad identitet. Ett dilemma i undersökningen var att hitta personer som ville delta och som kände sig trygga i hanterandet av deras identiteter.

För att säkerställa detta "annonserade" jag genom andra terapeuter och i olika föreningar och grupper på Facebook. (bil. 2, bil. 3)

Fokus i studien var inte att beröra de händelser personen upplevt eller att de skulle berätta om sina trauman. Därför var det viktigt att informera om det redan i inledningsskedet, innan personen bestämde sig för att delta i studien. Därför delgavs det i brevet som jag publicerade på Facebook alternativt skickade till föreningar och mottagningar.

Informationen om att man inte behövde uppge sin korrekta identitet, fanns även med i informationen på Facebook. Informanterna kunde, om de ville, uppge fingerade namn och ringa från ett dolt nummer om de hade önskemål om detta.

Urval av data – Deltagare och intervjuförfarande

Mitt "annonserande" på Facebook och genom terapeuter, genererade att jag kontaktades av tretton personer via sms eller Messenger och vi avtalade därefter

tider för intervjuer. Samtliga tretton personer som kontaktade mig har en komplex PTSD, vilket givetvis inte kunnat diagnosticerats, men alla har uppgett att deras terapeuter har vidhållit att statusen på deras PTSD är komplex. För att ge en bild över hur gruppen intervjuade har sett ut kan sägas att samtliga tretton har med sig en långvarig problematik, som innebär trauman från tidig ålder. Gruppens åldrar är spridda mellan 18 och 55 år.

Flertalet av de intervjuade har levt den största delen av sitt liv med andra diagnoser och många år inom psykiatrin. För att delta in denna studie skulle man ha en diagnosticerad PTSD, samt genomgått en behandling för denna. De behandlingsmetoder som de intervjuade har genomgått är EMDR och PE, vilka är evidensbaserade metoder för att behandla PTSD. Fördelningen mellan de som har behandlats med PE i relation till EMDR är lika fördelad. För flertalet av personerna har behandlingarna kompletterats med andra behandlingar, såsom Dialektisk beteendeterapi (DBT) samt olika former av mindfulness, yoga etc. Fokus i studien har inte varit att jämföra behandlingsmetoderna, då detta inte heller har varit syftet med undersökningen. Undersökningens fokus har varit att studera om man upplever att behandling har påverkat livet till en förändring och på vilket sätt. Fokus i studien har heller inte varit att fokusera på ålder, kön eller hur länge personen har levt med sin komplexa problematik. Sammantaget för alla de som har genomgått en hel behandling är att de har med sig trauma sedan de var barn.

Av de tretton deltagare som kontaktade mig, visade det sig att två av respondenterna inte genomgått någon hel behandling för sin PTSD. Jag har trots detta valt att ta med dem i studien och kommer att presentera dem i ett eget undertema. Så i syftningar som beskriver samtliga respondenter/personer, avser detta elva av de tretton intervjuade.

Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer och för detta gjordes en intervjuguide (bil.1). Frågorna följde den problematik personer har, som lever med PTSD, utifrån DSM:s kriterier. Här lades även frågor till, som fokuserade på relationsmönster. Vid intervjutillfället lästes inledningen upp för informanterna och frågorna ställdes utifrån hur man upplevt skillnader, före och efter behandling i relation till de olika teman som finns i mallen.

Utifrån situationen med Covid-19 erbjöds samtliga att intervjuas via telefon eller med videolänk. Två personer valde att intervjuas via länk och resterande elva intervjuades genom telefon. Tiden det tog att genomföra intervjuerna var ca 30-40 minuter.

Etiskt ställningstagande

Då metoden i undersökningen har varit att intervjua personer som tidigare varit i behandling för en svår problematik, har ett etiskt förhållningssätt varit av stor vikt.

Enligt Centrum för forsknings och Bioetik (2021), som hanterar riktlinjer för forskning på människor, var det viktigt att reflektera över hur undersökningen skulle vara så fri som möjligt för personen. Att ha fokus på att ha ett samtycke, att konsekvenserna av undersökningen ska kunna ge goda konsekvenser för samhället och att riskerna för personerna skall minimeras, vilket slogs fast i *Nürnbergkodexen 1947*.

Enligt Dennhag (2017), kan maktutövning ske på olika nivåer. Det personliga planet, det kulturella och det strukturella. Då jag var tydlig när jag ”annonserade” om hur man kunde kontakta mig (via sms alternativt mejl eller via Messenger), uteslöt jag påverkan i Facebook-gruppen om att delta.

Alla personers namn och varifrån de tog kontakt, är fingerade och samtliga transkriberingar har kasserats efter färdig uppsats, vilket gör att identiteten för intervjupersonerna har skyddats. I studien valdes även att benämna alla personer med kvinnonamn oavsett kön, för att ytterligare säkerställa att någon persons identitet inte skulle kunna spåras, samt att kön inte är ett fokus i denna undersökning.

I relation till den typ av undersökning som gjorts, där en semistrukturerad intervju använts, har personens egen berättelse fått utrymme att göras tydlig och fokus har varit på ”efter behandling”. Utifrån ett kulturellt maktperspektiv beskriver Dennhag (2017), att det handlar om att vara medveten om rådande språk, diskurser, normer och stereotyper.

Utifrån detta perspektiv anser jag att den kunskap jag har i ämnet och ansatsen i uppsatsen skapade trygghet för intervjupersonerna att berätta sin egen unika berättelse. De etiska ställningstagandena, följer då även Brinkman & Kvaales (2005), råd om att förhålla sig etisk på både en micro och en macronivå, (Braun & Clarke, 2013).

Analys

Analysen har följ de sex steg i den Tematiska analysen, som presenterats i en artikel i tidskriften *Qualitative Research in Psychology* i januari 2006, av Braun & Clarke, (Using Thematic analysis in psychology).

Det första steget i analysen handlar om att inleda arbetet med att transkribera det inspelade materialet och börja bekanta sig med data och på så sätt påbörja analysprocessen.

Undersökningen bestod av tretton intervjuade personer och transkriberingen av intervjuerna skrevs löpande varefter intervjuerna gjordes.

Intervjuguiden bestod av en semistrukturerad mall, där utrymme fanns för följdfrågor och på så sätt kunde personens subjektiva upplevelse ta form. Braun & Clarke (2013), hänvisar till Rubin och Rubin (1995: 42) som menar att en bra intervju ska ge utrymme för personen att berätta om det som är viktigt. En väl utförd intervju, menar de kan komma att ge detaljrik och värdefull information som man kanske inte hade förväntat sig då man påbörjade undersökningen.

Det andra steget, innebär att lyssna igenom och läsa materialet ett flertal gånger och under tiden skriva exempel på data som lyfts fram och kodas. I undersökningen framkom data som var genomgående i samtliga personers berättelser och som senare blev mer och mer tydliga och skapade mening utifrån syftet med studien. Detta är en viktig del i kodningsarbetet, skriver Braun & Clarke (2006) och rådet här, är att koda för så många olika teman som det är möjligt. De menar att kodningsprocessen är en stor del av analysarbetet där man börjar att skapa grupper.

Det tredje steget, innebär att leta i koderna efter teman. Det här var ännu en tidskrävande process, men också väldigt spännande.

Här menar de att man pendlar mellan materialet, potentiella områden som framkommer, textavsnitt som lyfts fram och bredare temaområden. Viktigt i detta steg är att fortfarande tillåta sig att vara öppen för det som kommer fram i materialet.

Det fjärde steget, påbörjas när man ser ett mönster och potentiella teman och underteman lyfts fram. Här är det viktigt att de data man lyfter fram i sitt tema ska sitta ihop med varandra och att det finns tydliga skillnader mellan de teman man presenterar. I det här steget behöver man vara öppen för att omstrukturera i sitt material alternativt att stryka eller lägga till, (Braun & Clarke, 2006).

I denna process blev det viktigt att återigen lyssna på och läsa intervjuer, för att på så sätt hitta de kärnämnen som tidigare hade framkommit och att flytta runt i materialet så att det överensstämde.

Det femte steget, här menar de, att det är dags att hitta essensen i varje tema och vad det egentligen handlar om samt hitta de delar i materialet som passar var och att namnge dessa. Att även låta temat bestämma innehållet och inte tvärtom. Här menar de att det kan vara bra att tydligt redovisa sina teman i någon form av figur alternativt schema.

I undersökningen är varje tema beskrivet i en figur, med tillhörande undertext och för den som inte läst hela materialet, kan man genom att läsa undertexten till figuren, få en övergripande bild av vad temat kommer att beskriva.

Det sjätte steget, här kommer den svåra uppgiften att låta materialet berätta och skapa en tyngd till ämnet som avses att belysa och samtidigt en enkelhet i att förstå syftet med studien, (Braun & Clarke, 2006).

Resultat

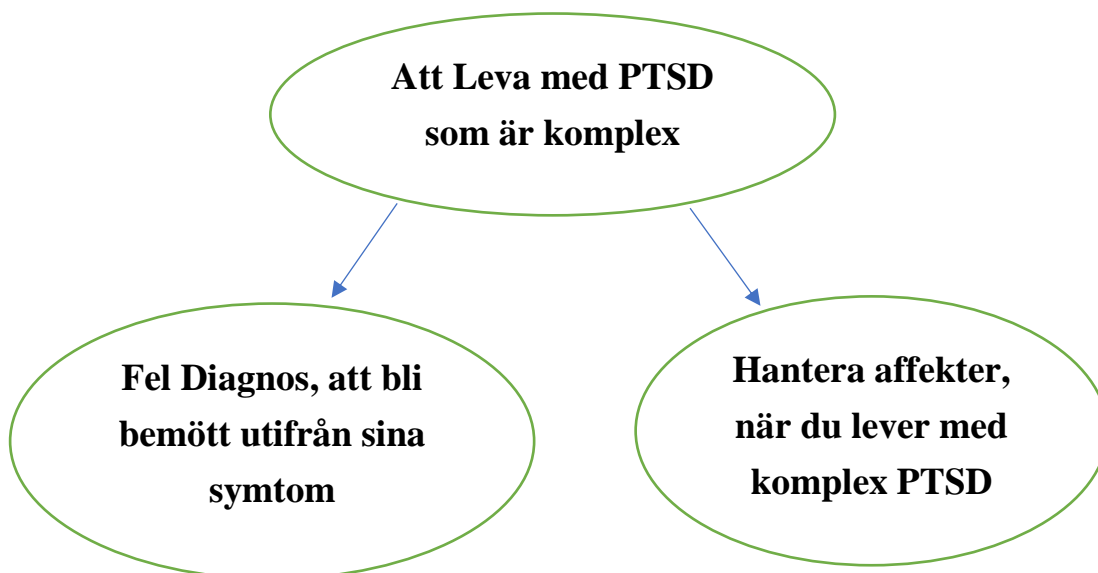
I resultatdelen presenteras tre Teman, *Att leva med PTSD som är komplex, Behandling hjälper samt Behandlingens tre delar*. Dessa kompletteras med tillhörande underkategorier som avser att belysa resultatet utifrån syftet med undersökningen.

Min frågeställning löd;

Vilken typ av förändring sker för personer som har fått en PTSD diagnos och genomgått en PTSD-behandling, i relation till tidigare symtom samt i personens nära relationer?

Att leva med PTSD som är komplex

Figur 1. Huvudtemat, *Att leva med PTSD som är komplex*, beskrivs genom två underliggande teman. *Fel diagnos, att bli bemött utifrån sina symtom*, som beskriver hur det är att leva med PTSD som är komplex utan att ha en korrekt diagnos i relation till bemötande inom vården. Det andra underliggande temat handlar om hur man utvecklat strategier för att klara att leva med sin problematik och beskrivs i, *Hantera affekter, när du lever med komplex PTSD*.



Figur. 1.

I undersökningen framkom tydligt ett tema som var genomgående för alla de tretton personer som deltog och som inte fanns som en specifik fråga i intervjumallen, men som i respondenternas berättelser tydligt framträdde och som

i studien, valt att belysas. *Att leva med PTSD som är komplex.* De underteman som följde och som utgjorde kärnan i temat var *feldiagnosticering* och *hur man hanterade sina affekter*.

Fel diagnos – att bli bemött utifrån sina symtom

Den beskrivning som framkommer genomgående i materialet, är ett långt liv av lidande, där personen skildrar sin situation som på gränsen mellan liv och död. Här berättar man att psykiatrin har spelat en avgörande roll som livräddare. Men man beskriver även problematiken att genom psykiatrin bli bemött och få en behandling, utifrån de diagnoser som ställts. Sofia har beskrivit en lång väg till att få rätt diagnos;

Sofia berättar på detta vis:

”...för jag har fått jättefel diagnoser...jag har haft återkommande depressioner, vilket man kan förstå när man har en så tidig PTSD...och självmordsförsök och...såna grejer, så att...det blev att jag har varit i psykiatrin i väldigt många år innan dom förstod att det här var bara en trasig flicka liksom...så att jaa...jag har gått igenom...jag ska se så att jag kommer ihåg alla...Jag fick en personlighetsklyvning, fick jag som diagnos...jag har fått Borderline som diagnos...jag har fått Bipolär som diagnos...och till slut då så fick jag min ADHD och min PTSD diagnos...och dom har jag kvar...”

Tessa berättar att hon ”kraschade” då hon var ca fyrtio år, efter att ha försökt ”hantera” sitt liv med olika flyktmekanismer genom livet så blev hon diagnosticerad med Borderline och inlåst på akutpsykiatrin i 7 månader.

” o den här läkaren då...som kom med dom här första diagnoserna...samma dag som jag vart diagnosticerad till borderline...då diagnosticerade han fem stycken andra tjejer på samma avdelning med samma diagnos...”

Ett flertal av respondenterna har beskrivit hur sjukvården besitter en stor okunskap i relation till primära uttryck, såsom flashbacks, dissociation mm. Tillstånd som väl beskriver de delar av att leva med PTSD, som är mest framträdande i symtombilden. Lotta beskriver hur hon själv skrev papper om dissociationer och flashbacks och de tydliga symtom hon upplevde med sin PTSD, men att det dröjde tolv år innan hon fick rätt diagnos och behandling. Hon beskriver hur hon kunde bli mottagen på en akutpsykiatrisk klinik när kroppen låst sig, då hon hade det som värst med sina dissociativa tillstånd. Här berättar hon hur kunskapsbristen i bemötandet inom psykiatrin resulterade i en risk för ökad traumatisering på grund av okunskap.

Lotta berättar;

” jag har ju skrivit papper om dissociation, när jag hittade vad det var och förstod, försökte att uppdatera dom och uppdatera mig själv, men...för det har ju varit så att när jag har kommit in så har dom...liksom...kroppen har lagt av och jag har inte kunnat rört på kroppen utan har blivit sittande och inte vetat var jag är och boendestöd har kört upp mig på psyk...eller nån på gatan...och så har dom liksom burit in mig i väntrummet, för kroppen lägger av så att jag kan inte...och så står dom och skriker liksom...vad gör du här...du kan inte prata med läkaren...och dom har liksom vridit armarna o fått ur mig ur dom här dissociationstillstånden genom att göra mig illa...och...alltså dom har inte haft nån aning...”

I spåren av diagnoser av olika slag har medicineringen följt. Det vanligaste man beskriver är olika typer av mediciner för att behandla depression och sömnstörningar.

Men ett flertal av de personer som intervjuats har även haft starka mediciner som antipsykos mediciner etc., som ges vid exempelvis bipolär sjukdom. Att ha tillgång och hjälp till medicinering kan vara livsavgörande, men att äta mediciner för en diagnos som inte är korrekt kan ha allvarliga konsekvenser och hjälper inte till ett bättre liv, menar både Emma och Ebba.

Ebba beskriver det så här;

”...ja...och jag vet idag att jag ÄR INTE bipolär...det var...det är en feldiagnosticering på att...att...lida, av det jag hade varit med om...och att...fram och tillbaka fram och tillbaka...antingen vara jättedepprimerad inombords, eller att vara så att jag bara stressar på o då...ja...då tycker man att ja då är du hypoman och då...och sådär va...så under flera år där så försökte jag att begripa, hur jag var bipolär...och försökte att ta medicin...o...ingenting, nä det var inget som hjälpte...”

Emma berättar;

”Jag fick först diagnoserna Schizofreni och Borderline och medicinerades för dom...jag hade andra diagnoser, som ångestsyndrom också...men det gjordes ingen utredning för någon av diagnoserna. Jag medicinerades med stämningsstabiliserande och antipsykotisk medicin från det att jag fick de första diagnoserna...tills jag själv valde att avsluta medicineringen...”

Emma berättar även att det tog ca åtta år för henne att få sin diagnos och hon fick den då av en läkare som hon själv sökt upp privat och som var pensionerad. Det

gjorde att det tog ytterligare fyra år innan hon fick den definierad i sin journal. Sammantaget för de intervjuade har varit att de har beskrivit att feldiagnosticeringen upplevs ha ökat deras lidande. De har också berättat att vägen till att få rätt hjälp har dragit ut på tiden, då de i vården har ansetts som att de redan varit omhändertagna.

Flera av dem har fått PTSD-diagnosen i samband med att de har bott på behandlingshem eller sökt hjälpen privat.

Hantera affekter när du lever med komplex PTSD

Ett ämne som återberättades av majoriteten av mina respondenter, var hur man har hanterat sina affekter genom livet. Vid ett förhöjt arousal, som ofta kom i relation till drömmar, flashbacks, sociala situationer med mera, beskriver man att självskada, var ett sätt att hantera den svåra ångest man levde med. Självskadande kunde även innebära att de relationer man hade blev destruktiva, där även prostitution och sexmissbruk var vanligt. Men även missbruk av alkohol och tabletter var ett sätt att hantera sin ångest.

Emma säger;

”...Då vaknade jag ju med ångest...och oftast så följde det ju en självskada med en gång och sen så var ju hela...alltså...jag skadade mig ju varenda dag...och också kunde bli suicidal...och jag kunde ju bli paranoid...och vågade liksom inte träffa folk...eller alltså, fick för mig att vissa personer var gärningsmän...”

Tessa beskriver det såhär;

”...alltså jag har ju skadat mig själv mycket med relationer också...eehhh...jag var ju...vad ska man säga...kan man kalla en tonåring för sexmissbrukare...kan man göra det? För att redan när jag var tretton år...så skadade jag mig ju...både med alkohol...jag sniffade...o så hade jag sexmissbruk da...jag skadade mig själv med sex da...o det höll på fram till det jag var sjutton år och tills jag hamnade i en relation och vart gravid när jag var nitton da...o då lugnade jag ju ner mig, men sen vart jag tablettmissbrukare när jag var tretti...så att jag har ju levt i ett destruktivt förhållande ända tills jag kanske var 45 år gammal...ett självskadabeteende...”

Ett flertal av respondenterna, beskriver även hur upplevelsen av skam och ångest har påverkat till att stänga av sina känslor. Det har påverkat, så att även skam kunde vara en orsak till att det snabbt kunnat övergå i ett självskadande på olika sätt.

Ebba beskriver hur skam påverkade henne;

”...och så fort skam kommer in så slås ju liksom alla andra känslor och all logik ut...så det tar över allting...”

Fler av personerna beskriver även sina känslor som ”hyperarousal”, ständigt i ett flight/fight-mode. Ulla beskriver detta som ett tillstånd, som paralyserade henne av rädsla, vilket innebar att hon även utvecklade något som hon beskrev som ”hypervigilance”, vilket kan beskrivas med att ständigt ha en uppmärksamhet riktad utåt för att ha koll på eventuellt hotfulla situationer.

Ulla berättar om detta;

”...Jag har hela tiden tryckt ner min ilska och att...du får inte bli arg...(paus)...det blev bara att man blev passivt aggressiv istället...innan var jag rädd och...vad heter det...ledsen...och det var ångestskapande...jag var rädd för att jag inte skulle kunna försvara mig...”

Att stänga av sina känslor har varit ett genomgående mönster för flertalet av mina respondenter. Flera av respondenterna, beskriver minnesbortfall i förhållande till sin barndom på grund av svåra barndomstrauman. Andra hur livet har levt i ett mycket högt tempo, där minnen av viktiga händelser i livet som att få barn, anhörigas bortgång och liknande händelser, helt har försvunnit, då kampen att vara avstängd har vunnit.

Lena;

”...jag var konstant stressad och jag höll igång hela tiden...för att annars stupade jag liksom...och höll undan känslor och så...”

Emma;

”...jag har valt bort ilska...så jag var inte så utåtagerande, utan vände det mest inåt mig själv...men jag pendlade ju väldigt mycket mellan ångest framförallt...för att jag hade ingen tillgång till alla känslor...jag hade ju...jag kunde inte definiera dom...eller identifiera dom...”

Rut beskriver;

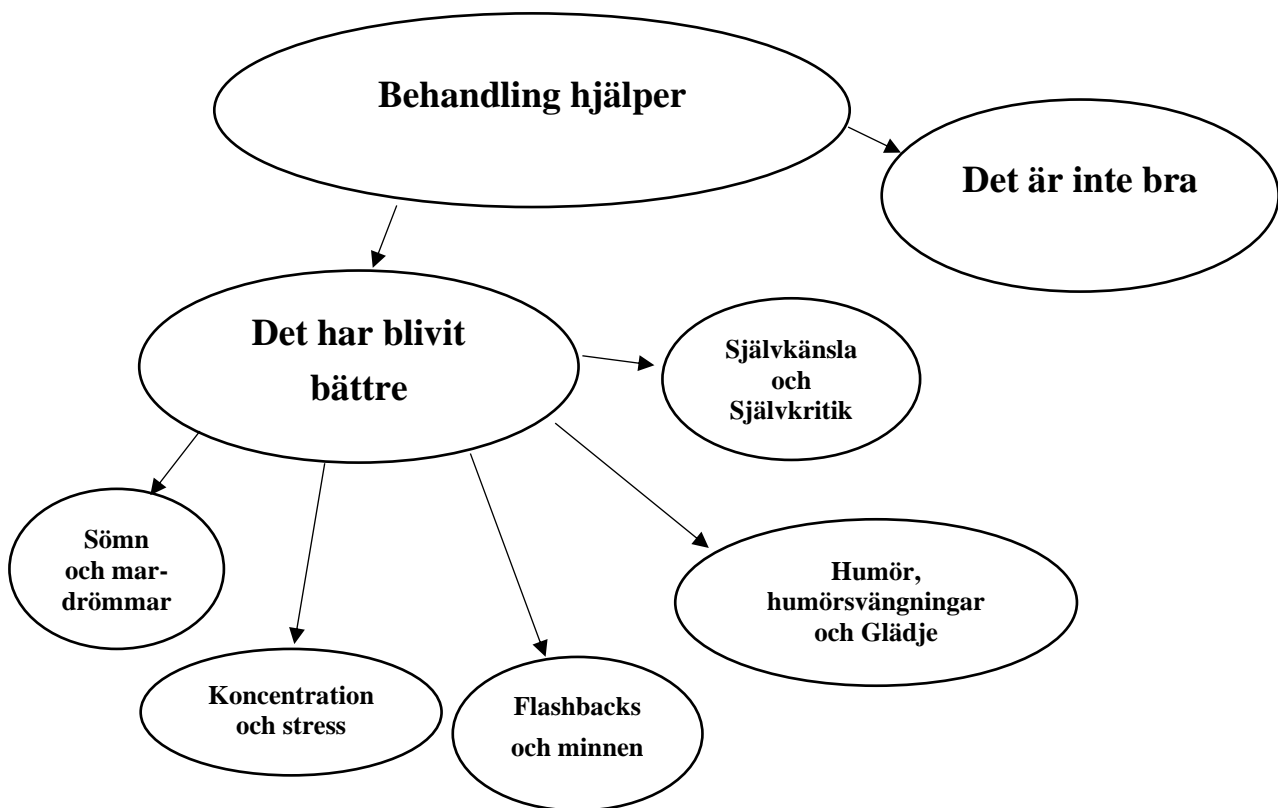
...alltså grejen är ju att jag har ju inga minnen...men...men...alltså...(paus)...bara minnen överlag...jag kommer liksom inte ihåg när min dotter tog sina första steg...”

Genomgående i detta tema har respondenterna beskrivit ett kaosartat liv som på olika sätt har försökt att bemästras. Samtliga personer beskriver att hjälp har funnits genom psykiatrin, men att kunskapen runt diagnosen PTSD och då framförallt den komplexa PTSD problematik som dessa personer har levt med, inte har funnits.

Behandling hjälper

Figur 2. Det andra huvudtemat som framkom i studien är att "Behandling hjälper" och beskrivs utifrån de kriterier som man tittar på när man diagnosticerar PTSD. Dessa har slagits samman för att påvisa skillnader som de intervjuade beskrivit utifrån frågor om hur man upplevt livet efter behandling. "Sömn och mardrömmar", "Koncentration och stress", "Flashbacks och minnen", "Humör, humörsvängningar och glädje", "Självkänsla och självkritik".

I det andra avsnittet kommer temat som heter "Det är inte bra" att beskrivas, utifrån hur det är för de personer som inte fick rätt behandling för sin komplexa PTSD.



Figur. 2

I den semistrukturerade intervjuguide som använts har frågor runt sömn, mardrömmar, minnen, flashbacks, koncentration, stress, humörsvängningar, självkänsla och relationer varit undersökningens fokus. Samtliga teman, även den relationella delen finns som underlag när man ställer frågor runt PTSD för diagnosticering.

I denna studie har tretton personer intervjuats och i studien har frågor om skillnaden i förhållande till hur man upplever sina PTSD-symtom efter behandling

varit fokus. I det här avsnittet som berör frågan om ”*det har blivit bättre*” kommer elva av respondenterna att beskrivas och benämnas då som samtliga respondenter.

De övriga två respondenterna kommer att beskrivas i nästa undertema, som heter ”*Det är inte bra*”.

Det har blivit bättre

Sömn och mardrömmar. Samtliga intervjupersoner har beskrivit en förbättring efter avslutad behandling i området sömn och även kopplat detta till mardrömmar. För vissa finns annan problematik som påverkar, som fysisk smärta, utmattning och hur livet generellt påverkar sömnen. Vissa av informanterna använder fortfarande någon form av insomningsmedicin, men de påpekar även att de har haft samma mediciner även före behandlingen och kan oavsett detta beskriva stor förändring i relation till sömn.

Sofia beskriver det så här;

”Ja just när det gäller PTSD:n så är det liksom som natt och dag verkligen...det...jag kan inte påstå att jag har någon som helst problematik just med sömnen...”

”...jag gick och la mig och jag var ju trött...och jag hade aldrig problem med att somna...där var inte min problematik...men sen...när jag vaknade utav mina drömmar...då var jag så rädd...så jag vågade inte att gå tillbaka till drömlivet...så att säga...jag ville inte drömma igen...och det visste jag ju att sover jag så drömmer jag...så att det oftast inte mer än kanske en eller två timmars sömn per natt för mig...i ganska så många år...för att jag...jag var så himla rädd alltså så att jag höll mig vaken...”

Flera av respondenterna har beskrivit en stor förändring i sina sömnmönster som exempelvis Tessa. Hon har berättat om en komplicerad och svår period med psykotiska tillstånd och slutet vård inom psykiatri och efter att hon fick diagnosen PTSD (komplex), med tillhörande behandling, beskriver hon relationen till sömn på detta vis:

”o de här med att sova...jag sov i vaket tillstånd kan man säga, för att folk sa det att...eller ja min sambo och mina barn att...mamma du har ju ögon öppna när du sover...o ja jag gjorde det...jag var nog vaken, för att jag hörde o såg allt då...o idag är jag tvärtom...alltså idag sover jag som en klubbad oxe...alltså jag sov inte ens med insomningstabletter eller sömntabletter, utan jag stressa upp mig så hemskt så att jag sprang omkring istället och

gjorde saker som jag inte minns...men idag har jag inga sömntabletter o jag tycker att jag sover bra...

Samtliga respondenter har beskrivit sin tidigare sömnproblematik i relation till drömmar. Mardrömmar är generellt det som har påverkat sömnen. Rädsla för att somna, alternativt att man har kunnat somna för att sedan vakna upp av en mardröm och därefter inte vågat somna om.

Pia;

”Ja...alltså innan så hade jag mycket mardrömmar...jag hade väldigt svårt att just somna...det kunde ta flera timmar...om jag ens somnade...ibland kunde jag inte...ibland somnade jag inte alls...det var mycket att jag hade väldigt mycket ångest på kvällen...och mycket bilder som kom just på kvällen för då tänkte jag mycket...”

”O sen...efter behandlingen så fick ju jag...under behandlingen så fick ju jag verktyg om hur jag skulle hantera minnesbilderna...och även hur jag skulle hantera...just när traumatiska minnesbilderna kommer upp...Så...efteråt så kunde jag hantera så att dom här bilderna inte varade i flera timmar, utan att dom försvann efter ett tag...”

Emma;

”...den allra största skillnaden är att jag helt har blivit av med återkommande mardrömmar som har varit...ett par mardrömmar som har varit...alltså ett par nätter i veckan sedan jag var liten...några drömmar...och sen har jag haft...jag hade en återkommande mardröm som...sedan 90 talet som också är helt borta...och då...vilket gör att när jag går och lägger mig för att somna så är jag inte rädd för att somna längre...”

Carla svarar på frågan om hon upplever att sömnen förändrats efter att hon fick sin behandling, på detta vis;

”Absolut, förut så sov jag inte mer än...en två timmar i sträck och vaknade flera gånger per natt...och sen hade jag svårt att somna, jag kunde ligga i tre timmar och vara vaken och inte kunna sova och mycket mardrömmar...o...svettningar o liksom såhär...att jag halvsov hela nätterna...skillnaden nu är att jag ser fram emot att somna. Jag får liksom ingen ångest innan jag ska gå och lägga mig...och jag somnar på...tio minuter...en kvart ibland snabbare...och sover djupt hela natten igenom...Det är ju en sån stor skillnad...verkligen...”

I detta avsnitt har jag valt att belysa området sömn och mardrömmar, med ett flertal av respondenternas beskrivningar. Utifrån att samtliga respondenter har beskrivit en positiv förändring efter att de genomgått en behandling för sin PTSD, har det varit ett tema som har ansetts viktigt att belysa.

Koncentration och stress. Koncentration och stress menar man, påverkas av sömnen. Generellt i materialet upplevs det som att koncentrationen har förbättrats och att förmågan att hantera stress har ökat i relation till att respondenterna har förbättrat sömnen och fått verktyg, som andningsövningar och övningar i mindfulness som de har kunnat använda i stressade situationer. Flera av respondenterna har beskrivit att de under många år har levt med en svår problematik och att detta kan ha påverkat hur uthålligheten i relation till koncentration kan se ut. Även annat, som ADHD, fysisk sjukdom och eventuell utmattning kan vara bidragande till att koncentrationsförmågan är lite mindre. Lena däremot, beskriver sitt ”koncentrationsfönster”, som att det har förändrats till det bättre, efter behandlingen.

Lena beskriver det så här;

”...Mm...ja...jag tänker att jag lever på ett helt annat sätt, som gör att det blir annorlunda också...för att jag förut...var väldigt såhär...jag var konstant stressad och jag höll igång hela tiden...för att annars stupade jag liksom...och höll undan känslor och så...vilket gjorde att jag hade väldigt kort koncentration...alltså...koncentrationsfönster kanske man kan kalla det...den tiden som jag kunde koncentrera mig... var så otroligt kort, medans nu kan jag liksom djup....jag kunde inte läsa en hel sida text till exempel, medans nu kan jag ju läsa såhär...sextio sidor, utan att tappa koncentration, så att det...på det sättet är det ju en stor skillnad...så...”

Ebba menar att hon efter terapin har fått en annan relation till sig själv och att detta har påverkat hur hon kan fokusera bättre och att hon kan lyfta sig själv när koncentrationsförmågan brister.

Ebba säger;

”...jaa, nu är jag ju liksom väldigt lugn och trygg och har inga problem med det...och...otroligt mycket tålamod och...jag kan ju uppmuntra mig själv på ett annat sätt också....det har ju också en helt annan...då var det ju mer så här...vad dum du är som inte kan läsa en sida eller...nu tappar du koncentrationen igen...nu är det mer så här att...vad jobbigt att du är så trött idag, att du inte kan det...nu försöker vi igen...eller så tar vi en paus...alltså såå...jag

pratar om mig själv som...mycket snällare, hjälper också koncentrationen ganska mycket...”

Att respondenterna upplever en stor skillnad i relation till stress, är genomgående för samtliga i denna grupp. Att uppleva ett större lugn inuti, sova bättre och att slippa mardrömmar menar de har påverkat hur dagen börjar, vilket även leder till att det fungerar bättre i vardagen. Carla kan beskriva hur hon idag kan hantera stressade situationer på sin arbetsplats.

Hon beskriver det så här;

”...Ja...Nu är jag mer lugnare så...alltså om det är en stressig situation under en kort period, låt säga att det en stressituation under vad ska vi säga...tre timmar kanske...och så...efteråt så...förut var jag mer...alltså väldigt stressad efteråt också...att jag fortsatte den här stressen och att allting blev bara för rörigt och så blev det liksom blockad i huvet...nu är det mer så här att jag vet det...att okej nu börjar den här blockaden komma...jag andas några djupa andetag och sen kan jag återgå till arbetet...Så att...det är större skillnad...Jag är mer stresstålig också...”

Linda beskriver det på det här viset;

”...jag är fortfarande stresskänslig...men inte alls på samma sätt som tidigare...jag stressar inte upp mej över ALLA situationer idag...utan det är vissa situationer som stressar upp mej...och jag har andra, eller jag har fler verktyg att hantera stressen på...”

Lotta som har levt länge med svår dissociationsproblematik och som har berättat om sin traumatisering från tidig barndom, berättade att sjukvården hade gett upp hoppet att kunna hjälpa henne. Lotta kämpade själv, under många år med att hitta rätt i sin diagnos och behandling och kan idag beskriva hur hon upplever stressade situationer.

Lotta;

”...jag har haft liksom som mål...som ett önskemål att jag nån gång ska känna att jag är lugn...att det är någorlunda lugnt i huvet och att jag bara kan vara...och det tycker jag faktiskt att jag är...så att det är...det är en jätteskillnad...”

Flashbacks och minnen. Att leva med en komplex PTSD kan innebära sömnlösa nätter med återkommande mardrömmar. Flera av informanterna har beskrivit hur det har varit att leva med ständiga Flashbacks, som kan innebära att platser, dofter, ljud och annat i deras vakna vardag, kan återföra personen till mardrömslika händelser som leder till ångest och

undvikande. Efter behandlingen för sin PTSD har flera av de intervjuade beskrivit att Flashbacks försvunnit, men om de finns kvar är relationen till dem på ett annat sätt, vilket innebär att de idag har större tillgång till sina minnen.

Lena och Linda beskriver sin relation till sina flashbacks och minnen på detta sätt.

Lena;

”...jag hade flashbacks och mardrömmar...jag försökte att fly minnena hela tiden...för att kunna liksom undvika dom...nu är det nog mer att jag försöker liksom förstå....mönster av...såhär...bak...alltså ganska mycket eftersom det är mina föräldrar som mestadels är mina trauman, så försöker jag liksom att förstå...vad var det som gjorde att dom gjorde så...och det blir inte lika laddat...det är ju mer som att jag funderar...att det blir intressant liksom och att det kan lära mig nånting om mig själv också....för jag...nu kan jag ju minnas...”

Linda;

”...Ja alltså idag har jag det som jag kallar för minnen...som inte påverkar mig så känslomässigt, jag minns idag...våldigt, väldigt mycket mer än vad jag har gjort tidigare.... men förut så kunde jag ju få mer flashbacks, att jag befann mig där och då...i liksom situationen.... idag är dom mer...avlägsna minnen...en del förknippade...alltså att jag blir ledsen....eller...(suckar)....upprörd...men...men det är mer minnen, än jobbiga flashbacks idag...jaa..... jaa... jag vet vilka situationer och varför... det blir så, vilket gör att jag ju är ganska trygg...alltså jag är ju trygg med att jag vet ju att det här händer inte NU...och det går över...och det är inte farligt...sen kan jag inte liksom förhindra alla gånger att...att...flashbacksen kommer...men jag blir inte så...amen jag blir inte så känslomässigt påverkad, varken före, under eller efter...”

Flera av informanterna, har beskrivit att minnen har laddats av efter att de gjort en behandling för sin PTSD och att det idag mer handlar om att förstå och att tillåta en sorg att finnas i relation till dess historia och att återta sin egenmakt i relation till sin historia.

Emma kan beskriva det så här;

”...alltså dom plågar mig ju inte på samma sätt eller så...eller jag...eller dom plågar mig inte alls egentligen utan det är ju mer...jag kan bli sorgsen o jag kan bli ledsen...o när jag hör om berättelser som påminner om det...så kan jag ju bli...(paus)...amen väldigt ledsen...men jag får inte ångest...eller flashbacks eller

så...är det inte...utan det är mer att jag så här...aaa...faaan vad sorgligt liksom...så att...det är ju mer att jag blir ledsen för det jag har varit med om...men det påverkar mig inte mer än så...”

Och Ebba på detta sätt;

”Jaha...ja...jag har ju...jag har minnen...det som är skillnaden är ju att...om jag kommer i ett sammanhang där något påminner om...så att ett minne kommer upp eller att jag tänker på nåt jag har varit med om, så är det....skillnaden är att det inte finns den här skrämmande laddningen kring minnet längre...o...största skillnaden är ju....det är som att jag står bredvid och tittar på minnet...jag är inte insugen och är offret i minnet, utan jag kan titta på det och...ja...det hände ju...och då kan jag...(skrattar)...ja...och så kan jag förvånas över hur avladdat det är....att jag liksom...ojdå....så...och att varje minne som jag har jobbat igenom, det har varit...det finns liksom såhär kring-minnen som är kopplade och som jag INTE har jobbat igenom i terapin, men dom försvinner också i den...alltså...blir avladdade...jag är liksom...jag är inget OFFER för mina minnen längre, utan de är...de är avladdade...”

Från att ha varit ett offer för sina svårigheter och att kämpa med att hålla minnen borta, har personerna kunnat berätta hur minnen idag är en viktig del att ha tillgång till, för att de på så sätt ska kunna förstå sin situation och sig själva.

Sofia kan berätta att hon idag har en helt annan relation till sina minnen;

”Ja...och jag tror faktiskt att jag ska vara ärlig och säga det att efter behandlingen så kunde jag till och med plocka fram roliga minnen ifrån när jag var liten och så...det var nämligen så...att min PTSD låste sig så pass hårt så att jag hade inga minnen alls...fram tills jag var åtta år...så efter min behandling så började ju väldigt mycket minnen komma...och det gör det ju fortfarande kan jag säga...det är precis som att...det...jag jobbar ikapp det som jag...som att öppna en dörr...så än idag så kan det ju ploppa upp liksom minnen ifrån när jag var liten som jag inte liksom...som jag måste kolla av...att vad är det här...eller är det nånting som hjärnan har hittat på...men...men det är en skön känsla...att helt plötsligt kunna få goda minnen...”

Humör, Humörsvängningar och glädje. När man diagnosticerar och behandlar PTSD, är affekter och emotioner en stor del i att få tillgång till en bearbetning av sin problematik. För ett flertal av informanterna

har mycket kraft tidigare gått åt till att ”stänga av känslor”, som tidigare beskrivits. De personer som intervjuats i denna studie kan beskriva olika dimensioner av detta.

Flera av personerna har beskrivit ett tillstånd av ”hypervigilance” som betyder att man ständigt levt med en hyperaktiv vaksamhet för att på så sätt kunna upptäcka potentiella hot.

Ulla beskriver sin relation till fenomenet idag och hur hon tagit makt över det;

”innan var det en annan känsla i bakgrunden. Nu är det som att jag känner mig stark och rädd på nåt sätt...Innan var jag rädd och ledsen och det var ångestskapande...Nu är det som att jag är rädd...men att jag skulle reagera med kraft för att försvara mig...innan skulle jag vara rädd för att jag inte skulle kunna försvara mig...det är som att jag utvecklat en kraft i mig som jag inte förut vågade använda...det är en del av mig som har väckts till liv...”

Att få tillgång till alla känslor är av stor vikt och att vara arg berättar flera av personerna har varit svårt. Ilska är en känsla som man tidigare förnekat, men som är viktig för att sätta gränser idag.

Emma beskriver det så här;

”...jag har valt bort ilska...så jag var inte så utåtagerande, utan vände det mest inåt mig själv...men jag pendlade ju väldigt mycket mellan ångest framförallt...för att jag hade ingen tillgång till alla känslor...jag hade ju...jag kunde inte definiera dom...eller identifiera dom...även ilska har jag ju fått tillgång till...men att den är ändå väldigt funktionell...och kan fungera som en markör för att om någon går för långt...eller liksom...kan markera gränser för mig själv...”

Linda om humörsvängningar;

”...Nej...inte alls på samma sätt som tidigare...för då kunde det ju svänga så här på sekunden...och jag kunde ha väldigt starka känslor...men jag kunde aldrig bli arg, för arg kan jag inte bli...eller kunde jag inte bli...men alla andra känslor kunde gå upp och ner, men det har jag inte alls idag...”

Flertalet av informanterna beskriver att känslor, emotioner, affekter varit farliga och svåra innan de gjorde sin behandling. De personer som intervjuats i denna studie har samtliga beskrivit skillnader, som har påverkat livet i en helt annan riktning.

Sofia om att passa in och inte avslöja sig och hur det är att få känna på riktigt;

”Ja o ja det kan jag idag...idag kan jag vara ärligt glad kan jag ju säga...jag kan komma ihåg mig från skolgången...liksom att...jag skrattade alltid några sekunder efter andra för att jag uppfattade aldrig vad det var som var roligt utan jag skrattade för att andra skrattade...och det där har ju alltid varit något som har varit svårt för mig att förstå vad...vad är roligt egentligen...så min egna humor kan man säga, den kom ju ganska sent i mitt liv...”

Lena om sin inre trygghet;

”...Ja...men verkligen...så är det...jag kunde...jo, men jag hade nog svårt att vara i mina känslor och jag förstod dom inte heller riktigt så...jag förstod inte vad som var vilken känsla liksom...nu är det ju...nu kan folk bli trötta på mig för att jag alltid pratar om såhär...att nu mår jag såhär och det beror på det här...(skrattar)...för att...föret var jag ju inte så, då var jag ju mer avstängd så...och hade kanske mycket humörsvängningar....men mer kanske nu....att jag...jag är ju ganska lugn och trygg i mig själv, så därför så...det kan hända kanske på en yta, men det är inte så att det går in i liksom vem jag är och så...jag har ett grundmående som är bara tryggt och lugnt och tillfreds...så...”

Ebba om att få vara lycklig;

”...och den stora skillnaden är nog att jag har...att jag har det inom mig nu...det som jag aldrig förstod...om när människor pratade...att man faktiskt kan känna sig alldeles lycklig av att bara finnas till...och att man känner sig NOG...det har jag...det har jag aldrig förstått tidigare...jag förstod inte vad människor menade, för min enda upplevelse var att leva med, med skam och försöka att...jämna ut det med ett svårt självska debeteende på olika sätt...och det...när det är borta nu så är det...det är sån frid i livet och det...det gör...alltså mer av den här jämna känslan av glädje och lycka bara för livet liksom...”

Tessa om att rätten till ett lyckligt liv;

”föret var allting svart eller vitt, men idag så ser man en regnbåge hos mej, för att jag kan liksom hantera mina känslor idag...föret...jag fick alltid dåligt samvete när jag kände glädje föret...alltså jag levde på dåligt samvete...det finns inte idag...idag har jag lärt mig att acceptera...att det kan gå bra för mig också...jag kan få halka omkring på en räkmacka ibland också...”

Självkänsla och Självkritik. När det gäller självkänsla, det värde man ger sig själv, beskriver de personer som intervjuats olika. För vissa har förändringen varit stor och avgörande och för en del är just självkänslan och självkritik, det man fortfarande kämpar med.

Carla upplever inte att behandlingen hjälpt henne alls med självkänsla och att den kritiska rösten fortfarande finns där.

”...Ja...den är väldigt aktiv...inte lika hård, är jag väl kanske inte som man är när man var yngre så...men det har inte skett nån självklar förändring...utifrån PTSD behandlingen...det har inte blivit nåt bättre...typ...”

En del beskriver att de har fått en större medvetenhet om hur de tänker om sig själva och att detta inte alltid är så bra, men att de idag har en annan medvetenhet om sin inre dialog och kan hantera den annorlunda.

Sofia har ett exempel på detta;

”...DET går verkligen i vågor...det är väl kanske som för vilken annan människa som helst att i vissa situationer så är man lite mer sårbar och då är det svårt att kunna tala sig själv tillrätta i...just i det du pratar om nu...i såna situationer när man får en negativ OCH faktiskt positiv kritik...för det kan vara svårt med både och när man är sårbar...så att...näe...det är jag nog inte expert på...men det är en väldig skillnad ifrån förut i alla fall...”

Ett flertal beskriver att de har fått lära sig att tänka om sig själva på ett annat sätt genom sin terapi och hur de kan hantera sin egen kritiska röst när den dyker upp i vardagen.

Lotta säger;

”...på nåt sätt så kan jag säga så här att den här lilla skadade tjejen och jag har liksom blivit ETT...på nåt vis...och alltså...ja... och jag...när jag blir...om det kommer nåt snurr och sånt, då tänker jag liksom att det är...att det är nåt sånt...och då kan jag...alltså vuxna jag alltså komma och...få...jag får perspektiv...innan flöt det ihop, men då får jag lite distans till det och då går det liksom att rätta till det, så att jag...jag tycker faktiskt rätt bra om mig själv, mesta dels...och...jag har...jag har mitt värde, och tar inte skit och har lärt mig att uttrycka känslor och mina behov...och sen har jag självklart saker att träna på och grejer som påverkar och jag kan tappa lite mellan varven, men nej det är otroligt mycket bättre....ja....”

Medan andra kan beskriva stora skillnader i hur de tänker om sig själva idag, efter behandlingen.

Linda ger ett exempel på detta;

”...Milsvid skillnad!! ...jätte...alltså förut hade jag ingen självkänsla överhuvudtaget...alltså noll! Den låg på minus...idag har jag...bra självkänsla, men den behöver fortfarande jobbas på. Jag är ju inte klar än...blir man det nånsin...man ja...Idag har jag självkänsla!”

Det är inte bra

Då grunden till studien utgick från personer som själva kontaktade mig via mail, sms eller Messenger, hade jag ingen förkunskap om var de hade gått i behandling eller hur länge. I ”annonseringen” framkom att jag sökte personer som hade en diagnos för sin PTSD och som hade fått en behandling för denna. I detta undertema har jag valt att delge de två personer i studien som har fått en PTSD-diagnos som är komplex i grunden, men som inte har fått en behandling, alternativt haft en bristfällig behandling.

Då personerna skiljer sig från varandra har jag valt att presentera dem var för sig.

Rut, fick sin diagnos via en Vårdcentral och har gått ca tio tillfällen hos en person som arbetar med samtal på Vårdcentralen. Rut har med andra ord inte färdigställt sin behandling. Hon beskriver i stora drag att behandlingen har hjälpt henne, på så sätt att hon har fått mediciner för sin ångest och för att kunna sova. I stort sett, i samtliga de delar som ställer frågor runt diagnoskriterierna uppger Rut att hon upplever att behandlingen antingen inte gjort någon skillnad, alternativt har förvärrat hennes symtom. Här nedan kommer delar av de svar Rut har gett på de frågor som ställts.

Sömn och drömmar;

”...amen om jag...jag kan ju vara jättetrött och gå och lägga mig i sängen och ja...gud vad skönt...att få gå o sova, men sen när man väl liksom ligger i sängen...alltså...det är som att man hela tiden har ett...eller att jag har...ett typ ångestpåslag...det här att...att jag är orolig, men jag vet egentligen inte varför...o...allting i huvudet går bara i ett...det är liksom...att jag planerar...det första jag gör när jag vaknar...o bara...vad jag ska göra efter det...o hela den dan o sen snurrar tankarna vidare på...på nåt helt annat...i samband med det man tänker på att i morron ska jag diska...o just det...dom tallrikarna...var är dom nånstans o vart ska dom stå o....såna saker...o bara...man känner sig liksom orolig o kommer liksom

aldrig till ro...och om jag väl eller NÄR jag väl har somnat, så dröjer det inte lång tid...det kanske tar en timme, en och en halv och sen vaknar jag igen och är liksom hyperalert...”

Koncentration och diagnosen;

”...jag fick ju aldrig en ADHD diagnos, utan jag...jag genomgick ju en utredning, men uppfyllde inte alla kriterier...men jag uppfyllde ju lite av den här koncentrationsbiten...alltså svårigheterna, vilket man i dagsläget har kunnat hänvisa...gissningsvis har varit PTSD...viktigaste biten liksom...”

Stress;

”...det är nog ganska snarligt...jag kan inte påstå att jag har fått några hjälpmedel, för att hantera stressen...det är nog snarare uppe i huvet...att jag förstår varför...men jag vet fortfarande inte vad jag ska göra åt det liksom...”

Minnen o flashbacks;

”...amen det tycker jag nog...jag tycker inte att det är nån...helt ärligt...nån större skillnad...varken...varken, innan eller efter...problemet...problemet som jag har gentemot många andra är ju att...händelserna i sig som jag har varit med om...för jag har en C-PTSD...så det är ju inte bara en sak...utan det är ju flera saker över så lång tid, vilket gör att jag kan se sakerna...jag kan få upp bilder i huvet NU när vi pratar...men jag blir ju inte orolig eller arg eller ledsen över det...för jag konfronteras med mina flashbacks dagligen...men jag känner ju ingenting för dom, för att det är inte själva...själva just grejen där o då som är jobbigt...utan det är liksom allting runtomkring...känslorna och allting...o det tycker väl jag är...precis samma som innan...jag tycker inte att det är nån större skillnad...”

”...alltså...jag upplever ju att den här behandlingen...inte har hjälpt mig...annat än att få liksom...ångestdämpande medicin och sömntabletter...för att få en dräglig vardag...”

Affekter;

”...som att det inte riktigt är på riktigt, utan liksom...jag vet att jag ska vara glad nu så jag är glad fast jag egentligen inte är glad...”

”...Alltså...den har väl mer förklarat kanske varför jag ibland tänker som jag tänker, eller gör som jag gör...men jag tycker inte att den har hjälpt mig på nåt sätt att bearbeta det som har hänt...alltså...Nej...det tycker jag inte...kanske mer...JA...jag har

pratad om det som har hänt, med ytterligare en för mig okänd människa...men sen...det var som jag sa till min terapeut här att...jag skulle lika gärna ha kunnat ta han som sitter och tigger pengar utanför ICA och berätta...och då...det skulle ge mig samma sak...”

Nilla har även hon fått en diagnos för sin PTSD, men ingen riktad behandling. Detta skedde efter att hon själv har förstått att det är PTSD hon lider av och kunnat berätta om detta för vården. Hon beskriver för mig att hon har en historia från ett krigshärjat land, där hon upplevt mycket svåra saker och att hon kom till Sverige för ca fem år sedan. Nilla beskriver även att hon har fått andra diagnoser med tillhörande behandling och medicinering. Hon berättar att hon har ett flertal diagnoser, såsom Schizofreni, panikångest, depression, psykos och att hon idag går i samtal, samt får mediciner för sina tillstånd.

Nilla beskriver;

”...men det som händer ibland i sjukvården är att läkare...de förstår inte...vad har personen för diagnos...för att...det har tagit nästan två år, innan jag fick veta att jag har PTSD...”

På min fråga om hon har fått en behandling för sin PTSD, berättar Nilla att hon är kopplad till en psykosmottagning, för att få mediciner och samtal och att hon fått ECT. På min fråga om hon har kontakt med någon traumainriktad mottagning, svara Nilla nej och beskriver därefter de svåra flashbacks hon lever med.

Hon berättar;

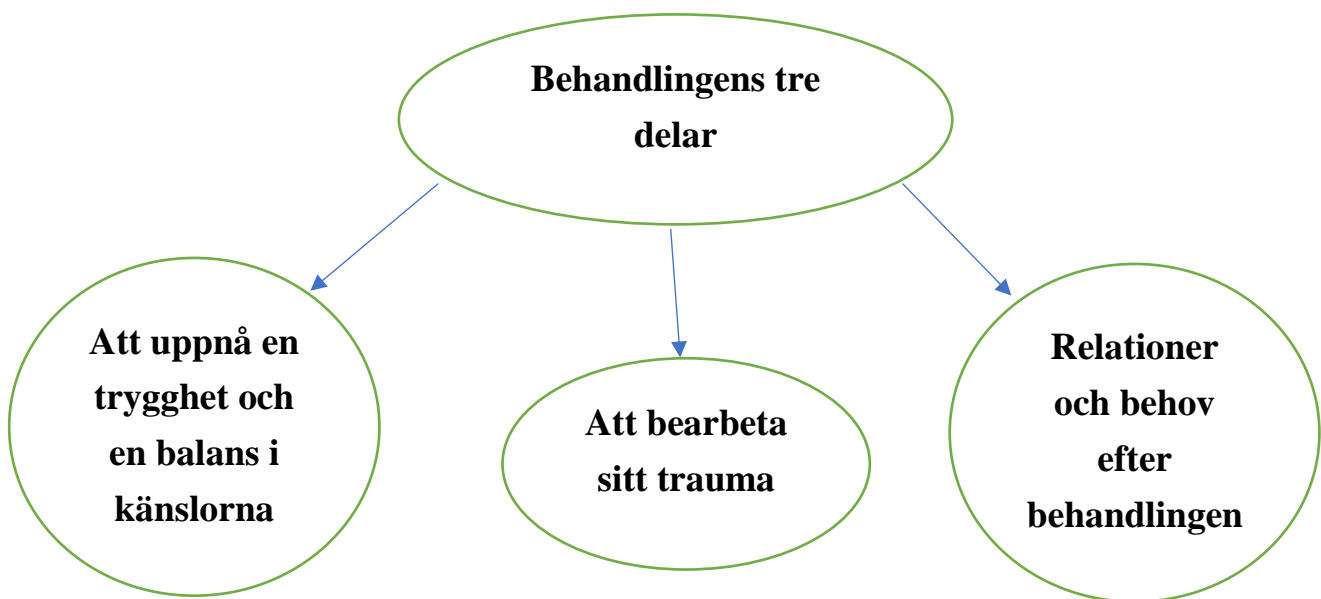
”Jag lämnade mitt hemland 2012 och kom till Sverige 2016 och mellan de här fyra åren så har det inte hänt något, men när jag kom till Sverige så blev det värre...och när jag har frågat läkare, beskriver de att PTSD kan komma senare...i kombination med att man känner en otrygghet där man befinner sig...”

Och om sina katastroftankar;

”...jag flydde från mitt hemland för nio år sen...och även idag kan jag drömma att jag springer och att militären förföljer mig...om jag ser polisen på gatan så blir jag jätterädd...och om jag tar bussen så tänker jag att vi kommer att krocka...”

Behandlingens tre delar

Figur 3. Det tredje temat som framkom var tydligheten i hur många olika delar en behandling innehåller och att man har upplevt vissa områden bättre och sämre. Temat heter *”Behandlingens tre delar”* och kommer att beskrivas genom sina tre underteman *”Att uppnå en trygghet och en balans i känslorna”*, *”Att bearbeta sitt trauma”* och *”Relationer och behov efter behandlingen”*. Avsnittet belyser hur respondenterna upplevt sin behandling.



Figur. 3.

Att uppnå en trygghet och en balans i känslorna

I undersökningen framkom att flertalet av respondenterna hade genomgått en annan behandling innan de fick behandlingen för sin PTSD. Dels utifrån att problematiken varit långvarig och att psykiatrin funnits med en längre tid. Men också att man kan ha fått diagnosen under tiden man var på ett behandlingshem. Att få hjälpmedel för att känsloreglera var en viktig del som flertalet av de intervjuade poängterade. En av de intervjuade beskrev detta som att hon fick hjälp att bli OM-uppfostrad. Allt det som hade saknats i hennes relationer som liten beskrev hon att terapeuten bidrog med i förhållande till att kunna förstå sig själv och sina känslor.

Sofia kan beskriva hur viktigt det var för henne att få hjälp med att förstå sina känslor innan hon gick in i behandlingen för sin PTSD.

Sofia;

”...det som verkligen...verkligen stärkte mig...jag tror faktiskt inte att PTSD:n hade...behandlingen där hade kunnat bitit på mig om

inte jag hade fått...ta hand om själva känsloregleringen först!! Att jag fick lära mig att ta hand om mina egna känslor...så att jag tror att PTSD-behandlingen hade varit FÖR HÅRD...och jag hade förmodligen flytt...och det...det tror jag faktiskt är ett bra...ett bra steg...Att man först lär patienten att ta hand om...liksom...ångest...panik o alla dom här hårda känslorna...innan man ger sig in i en PTSD behandling...för det är JÄTTE tungt...Så att det är ju jag väldigt tacksam för..."

Även Emma satte ord på detta;

"...eller det kanske också har att göra med att jag har fått DBT-behandling...att jag har lärt mig att ta hand om stress och så...fokus o så där...det vet jag väl egentligen inte direkt hur mycket just PE:n har påverkat...egentligen...ja...jag gick ju i DBT två år innan drygt...innan jag gick i PE..."

Att få verktyg för att förstå och hantera affekter upplevs ha varit grundläggande för en adekvat PTSD-behandling. Att hitta verktyg för att kunna stabilisera sig själv i situationer som förhöjt ens arousal har flera beskrivit som avgörande för att klara att göra den del av behandlingen som har handlat om exponering för trauman och in vivo situationer. Andningsövningar och att reglera sig i rummet, har beskrivits genomgående i studien som något som man har kunnat använda sig av när känslorna blir starka, även efter traumabehandlingen.

Ebba beskriver en metod hon använder om hon känner att hon är på väg att få någon form av flashback;

"...NU har jag sån kontroll på det...så när det kommer så vet jag precis vad det är...när jag ...jag behöver bara göra någon fysisk övning för att få bort det direkt...jag kan...om jag sätter ihop mina händer och räknar mina fingrar...eller trycker på varje knoge jättelätt och nuddar den med ena fingret...så där...så jag kan göra nånting som gör att....eller bestämma mig för att titta på nåt i rummet...att jag finns på riktigt...att där står den saken....och där säger den det...och så...Så går det över väldigt fort...och det....Jag var ju ett offer för detta tidigare...jag hade ingen aning om vad det var som hände med mig....så det är...så det är...Ja...det är så annorlunda, så att det är nästan svårt att beskriva det...JAG ÄR....Jag bestämmer själv över dom situationerna nu...innan så bestämde dom över mig...."

Pia beskrev att andningsövningar var något hon använde ofta;

”...Just andningsövningarna under behandlingen har jag haft mycket nytta av...i sociala sammanhang framförallt...och...just när man står och väntar på tåget eller...väntar på något...”

Även att ha trygga relationer för att kunna gå in i en behandling, har varit ett återkommande tema. För flertalet av de intervjuade har relationen till terapeuten lyfts som en avgörande trygghetsfaktor, för att man ska våga genomföra sin PTSD-behandling. Flera av de intervjuade beskriver även hur viktigt det var för henne att möta personer som hade kunskap om PTSD och som på så sätt kunde sätta ord på deras upplevelser genom definitioner och psykoedukation, men som också orkade att stanna kvar.

Att bearbeta sitt trauma

Att genomföra traumabearbetningen beskriver flera av de intervjuade som en period som väckte mycket svåra känslor och som har sett ut på olika sätt, utifrån olika former av behandling och de svårigheter man hade med sig. Sammantaget för de som intervjuats och som har genomfört en hel behandling är att det oftast tagit längre tid än vad de trodde, då de har haft flera trauman som har väckts eller minnen som har återkommit varefter terapin har löpt på. Även att just denna period framkallar svåra känslor och att vikten av att ha verktyg för att hantera dessa har varit avgörande.

Emma beskriver sin period av traumabearbetning;

*”...för innan...innan traumabearbetningen så trodde vi att jag egentligen skulle gå igenom ett visst trauma...men sen så väcktes det andra trauman...under tiden...som låg väldigt långt inne...och...o då...då började jag ju undvika mer o mer...för att jag hamnade i andra flashbacks...det blev väldigt skrämmande...(paus)...
...Ja....det hjälpte ju verkligen PE:n med...jag förstår ju för första gången nånsin att....att det inte var mitt fel....o att skulden var inte min att bära...o att...o de kom...ja...o det var väldigt häftigt faktiskt...för det kom liksom på en gång nästan de va....det var verkligen inte....alltså jag vet inte hur andra upplever det, men för mig så var det verkligen att det kom som en elektrisk stöt genom hela kroppen...då jag...då jag förstod....äntligen det här att...DET HÄR VAR INTE MITT FEL...eller att...INGENTING av det som hade hänt var mitt fel!”*

Pia beskriver samma sak fast på ett annat sätt;

”Man fick se vad man har gjort bra istället...för hela tiden...där, när man har växt upp under...jag har växt upp med mycket misshandel

till exempel...då var det mycket kritik man fick...och då blev det liksom så här att man började kritisera sig själv också...och så helt plötsligt så såg man...man såg helt plötsligt att man klarade saker...och då började man att se positiva sidor...”

Lena beskriver hur hon idag, när hon blir påmind i det vardagliga livet, om saker som hon själv varit med om, har hanterats specifikt i traumabehandlingen, utifrån att lära sig ”leva med sin PTSD”.

”...Amen ibland så kan det dyka upp...det är ju verkligen annorlunda nu, eftersom jag har teknikerna från den terapin...att kunna liksom separera mig från minnena och vara i nuet och alla såna saker så blir det inte lika påtagligt...sen kan det vara liksom saker som händer...vi kan ta exemplet nu när vi...när det är mycket om sexköp i media så har jag varit...jag har varit prostituerad så när jag har...när jag ser det så blir det såhär jättejobbigt...och jag får såna minnen om sånt...men det är liksom...då pratar jag med någon och sen så försöker jag att lugna mig och distrahera mig...sluta kolla på nyheter...jag har verktygen liksom...så att...även om det är en flashback så tar den inte över...och blir såna här mardrömmar eller pågår hela tiden som det var förut...utan det är mer som korta stunder som det kommer och stänger till och så tar jag hand om det direkt...”

En av respondenterna beskriver att de höga ljud som alltid finns runt henne i det kvarteret hon bor och som tidigare orsakat dissociativa tillstånd och som ständigt aktiverat hennes fight/flight-mode upphörde efter tre sessioner i en EMDR-behandling. Att relationer påverkades parallellt med att behandlingen fortskred var en av förändringarna för flertalet av respondenterna.

Ulla säger;

”...när PTSD:n var som sämst, var mina relationer som sämst...detta blev bättre under behandlingen...”

Relationer och behov efter behandlingen

Av de personer som har intervjuats har kunnat beskriva att relationerna har förändrats och/eller förbättrats varefter terapin har löpt på. Vissa kan beskriva att deras sociala umgänge har minskat och hänvisar detta till att de efter sin PTSD-behandling har upplevt att de har en större förmåga att sätta gränser för sig själva. Men även att tilliten till människor överlag har minskat och att detta har blivit

synliggjort efter behandlingen. Några av informanterna beskriver att det har inneburit en större isolering i privatlivet och på arbetet och för en del har relationer på arbetsplatsen och i andra relationer, blivit enklare att hantera.

Linda kan beskriva att hon fortfarande kan ha svårt att känna tillit och att släppa in människor känslomässigt;

”...alltså...mina trauman handlar mycket om att mina gränser har blivit överskridna...på olika sätt...och därför känner jag mig fortfarande lite osäker när det kommer till det. Jag kan släppa in nya människor rent...amen så här...till en viss gräns...men jag öppnar inte gärna upp...känslomässigt...och jag har fortfarande svårt att lita på att människor vill mig...att det inte finns någon baktanke liksom...”

Lena beskriver hur hon kom underfund med hur relationer förändrades varefter hon förstod att de dränerat henne på energi. Varefter behandlingen fortgick förstod hon att hennes relationer alltid hade utgått från andras behov;

”...Ja...jättemycket...ja...men jag tror kanske att det är just att det är det...Jag trodde ju att jag var extrovert...innan jag gjorde min behandling...att jag så här älskade att vara med folk och att jag fick så mycket energi...men jag insåg ju mer att jag var helt slut så här efteråt...o...det var också så här att jag kunde inte säga nej så om nån sa...vill du umgås så här...så ja...självklart...så att jag umgicks alldeles för mycket...”

Även Lotta beskrev hur hon idag utgick mer från sig själv;

”...Ja...det tycker jag...jag tycker skillnaden är väl att jag har valt bort dom som inte är bra för mig...och väljer...och väljer vilka jag umgås med och när jag VILL...och jag har slutat att hålla på...ställa upp o göra en massa grejer som jag inte känner för...”

Ebba upplever att hon idag fått utrymme att vara sig själv och att det räcker med just detta;

”...den största skillnaden är att jag...tänker väldigt lite på just det här att jag är fel på något sätt och då blir jag...Jag blir fri i relationer...att våga närma mig och vara lagom...och...jag behöver inte höras och synas så mycket för att få bekräftelse längre...utan jag är liksom okej som jag är...jag kan vara ganska tillbakalutad och...jag behöver inte låta sådär jätteintelligent och smart för att kompensera för att inom mig så skriker det att jag är värdelös...för det...jag känner mig lugn och...och faktiskt också...känner tillit...som jag inte har gjort innan...utan...jag litar på att människor tycker om mig...Mm....”

En del av informanterna upplever att de hade behövt öva mer på relationer och att de hade behövt ett stöd i detta och uppger en medvetenhet om att de fortfarande upplever det som ett problem. För en del av informanterna har det inneburit att de sökt stöd i terapi och att de har fortsatt att arbeta med sin självkänsla och sina relationer. För några har kontakten med terapi och annat stöd avslutats efter behandlingen.

Linda beskriver det så här;

”...alltså det handlar väl om att jag liksom inte riktigt har övat ordentligt på det...ja...jag tycker ju att...när behandlingen slutade...det är svårt utan att gå in på detaljer...men alltså...där...då föll liksom alla skyddsnät på något sätt...det fanns liksom ingen försäkringskassa, det fanns ingen arbetsförmedling, det fanns ingen psykiatri, det fanns inget liksom stöd i ...HUR tar jag mig vidare eller hur gör jag nu...så att...jag tror att man skulle behöva ha nån att bolla med...Ja...för alltså...såhär...hade jag fått ÖNSKA...så hade jag ju liksom velat ha nån sån här typ Livs och arbetscoach, när behandlingen var klar...alltså jag har ju då....jag har ju då...alltså varit sjukskriven sedan 2011...och fram till dess var jag ju liksom arbetsförmögen och klarade livet liksom bra...”

Sofia;

”...och det här med relationer, det har definitivt med PTSD:n att göra...det kan jag nog verkligen relatera till...men jag vet inte...men jag tror...om man nu ska gräva i det så har det nog väldigt mycket med att göra att jag har ju blivit sviken så fruktansvärt många gånger genom hela mitt liv...förtroende har ju aldrig liksom funnits...och när jag väl har fått ett förtroende så har jag blivit sviken på ett eller annat sätt så...så nej det här har ju varit en...varit och ÄR en svår del i mitt liv...och jag jobbar faktiskt väldigt mycket med just det...Men jag tror att man har för kort tid i behandlingen för att hinna med en sån grej också...”

I studien har det tydligt skildrats att man genom sitt liv har blivit skadad och kränkt i relation till andra människor på ett eller annat sätt. Som ett genomgående tema har exempelvis framkommit hur man använt relationer för att självskada. Utifrån detta har det beskrivits ett behov av att fortsätta sin terapi och då framförallt i förhållande till självkänsla, tillit och sociala kontakter, privat och i arbetslivet.

Resultatdiskussion

Studiens syfte har varit att undersöka om behandling för PTSD som är komplex, hjälper. Den har velat belysa på vilket sätt livet har förändrats efter att man genomgått en behandling. Det har även funnits ett syfte i att studera människors relationsmönster före och efter behandling och om man har upplevt en förändring i hur man har fortsatt sitt liv efteråt, i förhållande till relationer och relationsmönster.

I de teman som lyfts fram i studien har det framkommit att personer som lever med en komplex PTSD har upplevt ett stort lidande med svåra konsekvenser för individen. Det har även framkommit att det runt personen har funnits ett nätverk som påverkats i sina relationer.

Det har påvisats i studien att symtomen runt PTSD och svårigheterna att hantera sina affekter har resulterat i en ökad risk för suicidförsök samt att självskada, har varit en del av livet, för att på så sätt hantera sina arousal. Att reducera lidande samt svårigheterna runt gränser i relationer har även för många bidragit till prostitution och ett sexuellt utagerande i relationer. Personerna som intervjuats har kunnat berätta att de under lång tid varit en del av den psykiatriska vården. De personliga kostnaderna för individen har varit stora, i förhållande till feldiagnosticering med tillhörande medicinering. Men även vården inom psykiatrin har burit onödigt stora ekonomiska kostnader, på grund av okunskap och feldiagnosticering.

Studiens resultat visar att personer som bemötts utifrån sin problematik och inte utifrån de symptom man påvisar, samt har blivit diagnosticerade med PTSD och dessutom blivit bemötta utifrån att deras problematik är komplex, har uppnått ett tillfrisknande och ett förbättrad mående efter att man genomgått en behandling med en metod som anses ha bäst evidens för PTSD. Med det menar man att det är en metod som har visat sig mest effektiv och som i randomiserade studier haft störst evidens. Ford, Grasso, Elhai och Courtois (2015), beskriver evidens som att det är metoden i sig, som är ansvarig för att personen återhämtat sig efter behandling.

Att få en rättvis och professionell bedömning

I den bakgrund studien har redovisat, har kunskapen om komplex PTSD lyfts genom Judith Herman (1992) som redan så tidigt som på 70-80-talet påvisade att Komplex PTSD var något som många människor led av och att våld i hemmet och sexuella övergrepp kunde vara en bidragande orsak till den svårare formen av Trauma.

Syftet med denna studie har inte varit att belysa vilka svårigheter de intervjuade varit med om utan att undersöka effekten av att bli behandlad för sin problematik,

på ett professionellt sätt. Trots studiens grundläggande syfte, blev just individens lidande före behandling, ett av de huvudteman som framkom i personernas berättelser. Att LEVA med en PTSD som är komplex och att utifrån detta tvingas att hantera sina affekter. Att få berätta SIN historia för mig som intervjuare blev viktigt. Det framkom att flera av de personer som har intervjuats hade levt under hela sitt liv med trauman som skapades redan i barndomen och berättelser om ett tidigt sexuellt utagerande beteende har beskrivits (ex Tessa i avsnittet "*Hantera affekter när du lever med komplex PTSD*").

Att förstå den komplexa problematik och de följder övergrepp i ung ålder ger har undersökts i en registerstudie i region Stockholm mellan åren 2011 – 2018.

Gita Rajan et al. (2020), som forskat på uppdrag av WONSA (World of no sexual abuse), har i sitt team, jämfört hälsokonsumtionsmönster bland alla flickor som bodde i Region Stockholm under de åren. I studien framkom att 519 av 4920 flickor hade utsatts för sexuella övergrepp och under nästföljande två år efter att övergreppet rapporterats, hade man undersökt skillnaderna i relation till antal kontakter med vården. Mellan dessa två grupper var skillnaden markant och visade att under det första året efter övergreppet hade den grupp där flickorna blivit utsatta, kontaktat vården i snitt 30 gånger medan den andra gruppen haft ett snitt av sex besök. Besöken hade skett i öppenvården. I gruppen som uppgett övergrepp, ökade risken att söka hjälp för suicid med 26 gånger och för psykos med 19 gånger.

Forskningen som presenterades i oktober 2020 belyser svårigheterna i bemötandet från vården, då kunskapen om sambandet mellan sexuella övergrepp, att berätta om det som skett och psykisk problematik, inte är tillräcklig. Rajan et al. (2020), menar att man har fel fokus i bemötandet, då fokus ligger på symtomen som personen visar och inte på övergreppet i sig.

Att bli bemött utifrån de symtom man visar när man söker vård för sitt lidande är en del i den problematik som även påvisats i denna studie och av de personer som deltagit berättar flertalet om feldiagnosticerande med tillhörande medicinering, som endast har ökat personens lidande över tid. Här efterlyser de en större kunskap i relation till den problematik de sökt hjälp för och menar att deras lidande avslutats efter ett korrekt bemötande av personer med kunskap i ämnet PTSD och en tillhörande evidensbaserad behandling.

Redan i början av 90-talet beskrev Herman (1992) att "Tillfrisknandets grundläggande stadier är skapandet av trygghet, rekonstruktion av traumahistorien och återupprättandet av sambandet mellan överlevarna och det samhälle de lever i." (Herman, 1992, s. 15). Hon beskriver även det komplexa i att bemöta personer som upplevt övergrepp och våld, där hon menar att det är moraliskt omöjligt att förbli neutral. Hon menar att svårigheten kan ligga i att, den

som utsatts och delar sin berättelse kräver handling och att man orkar dela lidandet.

Det blir betydligt enklare för behandlaren om denne avstår att fråga och på så sätt, menar Herman (1992), tar man per automatik gärningsmannens parti, då gärningsmannen endast begär att man inget gör, att man förblir tyst och överksam.

Att våga fråga är en del i den beskrivning som Moser Hällen och Sinisalo (2018) gör. Att man som behandlare frågar om våld i nära relation, menar de är avgörande för att göra sig fri från destruktiva relationer och starta uppbrotsprocessen från en våldsam relation.

Att belysa hur man blivit bemött inom vården har varit avgjort viktigt i denna studie, då detta var ett starkt tema som återkom i samtliga informanternas berättelser. Att man som professionell, framförallt i första linjens vård bär ett ansvar i att besitta en kunskap utifrån HUR man frågar och ATT man frågar. Gerge (2016) menar att det borde vara en självklarhet att man tidigt i anamnesen frågar om eventuella svåra händelser som kan vara en grund för traumatisering och hur ens psykiska ohälsa har uppkommit. Om man har kunskap om begrepp som är typiska för en eventuell PTSD kan man vinna tid och minska lidande på kort tid, vilket även informanterna har beskrivit en avsaknad av.

Moser Hällen och Sinisalo (2018) menar att för de personer som tidigt blivit utsatta för våld, ökar risken för suicid, missbruk och eget självskadande.

Personerna i denna studie berättar i avsnittet *"Att leva med komplex PTSD"*, med underliggande teman hur konsekvenserna av att bli bemött utifrån sina symtom och inte utifrån den problematik de levt med, har givit dem svåra konsekvenser och ökat deras lidande i relation till att de blivit feldiagnosticerade och medicinskt felbehandlade. Lidandet har varit livslångt och svårigheterna har hanterats med ett självskadande, för att på så sätt hantera sina affekter bl. a i form av ett destruktivt självskadande med missbruk, prostitution och annat. Samtliga personer i denna studie har levt länge med sin problematik.

Brister i vården

Att en riktigt ställd diagnos och behandling ger effekt framkommer i studien, även för en svår PTSD problematik.

I avsnittet som ställer frågan om *"Behandling hjälper?"*, framkommer en tydlighet i att behandling hjälper, om man blir korrekt bemött av terapeuter/vårdpersonal, som har kunskap i ämnet och om man ger behandlingen tid och genomför den utifrån en evidensbaserad metod. Syftet med studien har inte varit att jämföra de behandlingsmetoder som har presenterats och samtliga respondenter har värderat SIN behandling, då den uppenbarligen har givit effekt.

Det som framkommit har varit det bemötande som man fått i relation till att man tillslut har hamnat rätt och vikten av att terapeut/behandlingspersonal har en kunskap i ämnet.

I Rajans et al. (2020) studie belyser man en okunskap, i relation till hur man bemöter och behandlar flickor som har utsatts för sexuella övergrepp. De beskriver att kunskapen om sambandet mellan sexuella övergrepp, att berätta om det som skett och psykisk problematik inte är tillräcklig. De anser att berättandet i sig inte räcker till för att hjälpa, vilket även bekräftas i den delen av min undersökning som berör undertemat ”det är inte bra”.

I denna studie framkom att personer som har en komplex problematik i sin PTSD och som sökte vården, inte blev bemötta utifrån sin problematik utan i stället bemöttes utifrån sina symtom. Det framkom även att kunskapen om PTSD varit bristfällig inom den vård som dessa personer sökte. I NICE-rapporten påpekas just detta, att vården bär ett ansvar i att ha kunskap inom området för att kunna bedöma korrekt. Det framkommer även i Rajan et al. (2020) studie, att okunskapen i hur man bemöter och ställer frågor runt problematiker som kräver handling är stor. Gerge (2016), menar att PTSD ganska enkelt och grundläggande kan upptäckas och att det som behövs är att man frågar och som Herman (1992), menade, att ta ett ansvar för svaret, så att man inte riskerar att ta förövarens parti, genom tystnad.

Personliga vinster och samhällsvinster

I januari 2015 kom patientlagen att träda i kraft. Den innebär i stora drag att man som patient inom hälso- och sjukvård har rätt till att få sakkunnig vård av god kvalitet som ska vara överensstämmande med den forskning och kunskap som finns idag, (Socialstyrelsen, 2016).

I Nice-rapporten (2005, 2018), presenterades internationellt, grundläggande riktlinjer för att förebygga och behandla ett misstänkt trauma. Rapporten belyste vikten av ett empatiskt stöd i relation till misstänkt trauma och att även ge psykoedukation runt PTSD. Man menade även kortfattat, att detta inledningsvis skulle räcka under den inledande fasen, för att man senare skulle utreda om en eventuell traumatisering kvarstod. I relation till detta menade de att det var viktigt som professionell, att till en början, inte gå in i de händelser som utlöst traumat, utan att vänta med detta till efter screening och att behandling därefter skulle ske med en evidensbaserad metod. I rapporten 2018 skriver de även inledningsvis att man i yrket som professionell, har ett ansvar att bedöma varje individ utifrån dennes personliga omständigheter och utifrån personens egen historia, samt påtalar vikten av att lyssna på hur personen själv upplever sin problematik.

Även denna studie har påvisat brister i vården vad det gäller frågande och bemötande och att man inom svensk psykiatri och primärvård bär ett ansvar att öka kunskapen runt PTSD och dess komplexitet.

I studien har det framkommit att man genom att bli korrekt bedömd och därefter fått en adekvat behandling, har förbättrats i relation till samtliga kriterier runt PTSD. Att få ta del av dessa personers berättelser har upplevts mycket positivt. Då min egen förförståelse i ämnet har varit att jag har mött personer ”mitt i” deras lidande, har resultatet varit över förväntan. Att få en tydlig bild över att effekter av en behandling till så stora delar förändrat livet om man blivit korrekt behandlad. I studien har det varit ett medvetet val att inte dela upp behandlingsmetoderna, men att däremot sträva till en jämn fördelning mellan de båda redovisade metoderna. Oavsett behandlingsmetod påvisar denna studie att effekten av behandlingen har varit likvärdig. I relation till begreppet tid har även detta varit av mindre vikt, då samtliga respondenter har haft olika vägar in i sin traumabearbetningsprocess, genom att man arbetat med affekter i annan typ av behandling etc.

Det relationella perspektivet

Studien har visat att behandlingen för en komplicerad PTSD hjälper. Under förutsättning att den har diagnosticerats rätt och att personen har fått en adekvat behandling med en evidensbaserad metod, av en terapeut med en kunskap inom området och metoden.

Det som, för flera av personerna i studien har framkommit, är att man inte har fått ett tillräckligt stöd efter behandlingen. Det har saknats ett nästa steg, där man kunde ha behövt hjälp för att komma tillbaka till ett yrkesverksamt liv som exempel.

Under tiden som berättelsen framkom blev det tydlig att man för att hantera sina affekter har använt ett flertal olika sätt. Att använda sina relationer till att skada sig själv för att, som någon av informanterna beskrev, hantera skammen, så blev destruktiva relationer ett sätt att jämna ut detta på. Att inte ha en tillgång till sina affekter, såsom att bli arg tex, har även beskrivits. Effekten blev att man istället härmade andras beteende alternativt suddade ut sig själv och aldrig satte gränser.

I stora delar har de intervjuade beskrivit en stor skillnad i dessa beteenden och hittat sina gränser varefter man har förstått sina egna känslor och reaktioner. Trots detta har de även uppgivit att det har funnits ett behov av att fortsätta att arbeta med sin självkänsla och vissa har även beskrivit att ett stöd hade behövts för att återgå till ett yrkesverksamt liv.

I mitt eget kliniska arbete har Interpersonell terapi utifrån Markowitz (2017), metod för att behandla PTSD varit ett komplement i att arbeta med personens nära

relationer. I det arbetet var mitt fokus att använda metoden stödjande, att hjälpa personen att fortsätta arbeta med sig själv i sina nära relationer. Den forskning som finns att tillgå runt IPT och PTSD har i dagsläget en alltför liten forskningsgrund och i mitt arbete var den ett komplement i behandlingen. Den användes inte för att bearbeta trauman utan istället för att lyfta relationsmönster och affekter som väckts i vardagslivet efter traumabehandlingen, samt att stärka individens självkänsla i nära relationer. Genom en interpersonell terapi skapas möjlighet att arbeta med sorg, rollförändring, konflikt. Samtliga dessa delar är enligt Michel (2018) och även Herman (1992), viktiga delar i förhållande till att bearbeta och att leva vidare trots de svåra upplevelser man har med sig i sin PTSD.

Utifrån min egen erfarenhet samt de resultat som denna studie har påvisat, skulle det vara intressant att utforska behandling med interpersonell terapi för PTSD och lägga till som ett ämne för vidare forskning i relation till behandlingens tredje fas.

Metoddiskussion

Bakgrund och urval

Min studie har syftat till att undersöka om personer som har levt med en komplex PTSD har upplevt skillnader före och efter behandling och i sina nära relationer.

Då mitt kliniska arbete inte berörde den problematiken och det inte fanns möjlighet att hitta personer för intervju den vägen, vände jag mig till kliniker med forskarerfarenhet för stöd. Genom dessa kontakter var tipset att ”annonsera” i grupper på Facebook efter personer som fått diagnos och genomgått en behandling för PTSD.

Genom grupper på Facebook samt genom kliniker blev antalet som tog en kontakt inför studien, tretton personer. Dessa intervjuades sedan via telefon, alternativt via länk på grund av Covid-19.

Att gå tillväga på detta sätt skapade möjlighet till ett bredare urval, samtidigt som de kontakter som togs, i förväg inte kunde bedömas som lämpliga eller inte. I sin tur ledde det till att antalet intervjuade som genomfört en behandling blev färre i resultatdelen och att de två personer som inte genomfört en behandling togs med i resultatet separerat från de andra.

Intervjuerna

Den intervjuguide som togs fram och användes utgick från de kriterier som används när diagnosen PTSD utreds. Att utgå från kriterier och söka upplevelsen av ett fenomen, innebar att personen som intervjuades gavs möjlighet att berätta om de skillnader man upplevt och på så sätt blev även den problematik man levt med före behandlingen synliggjord.

Allwood & Erikson (2010) påtalar att bredden i undersökningsobjekten i relation till forskning inom beteendevetenskaperna gör att man inte kan generalisera vilken metod som lämpar sig för vilken fråga.

Att ”fånga” essensen i personens beskrivning var en viktig aspekt i denna studie och understöddes av det sätt som frågorna i intervjuguiden ställdes, där utrymme skapades för personen att beskriva upplevelsen av skillnader i relation till före och efter behandling. Braun & Clarke (2013) beskriver den kvalitativa forskningsmetoden som en möjlighet att skapa utrymme för de som deltar i undersökningen att berätta ”så som det är”.

Intervjuguiden i denna undersökning, skapade även en trygghet i relation till att intervjuer genomfördes mestadels via telefon, där svårigheten att ”läsa av” personen inte var möjlig.

Förförståelse

I relation till ämnet fanns en förförståelse, som även lade grunden till den konkreta frågan i studien. *Vilken typ av förändring sker för personer som har fått en PTSD diagnos och genomgått en PTSD-behandling, i relation till tidigare symtom samt i personens nära relationer?*

I en kvalitativ undersökning med en Hermeneutisk ansats, menar Allwood & Eriksson (2010), att just förförståelsen är nödvändig. Detta för att man ska ha en förståelse om ämnet man undersöker vilket de anser istället kan vara en förutsättning för en undersökning av denna typ. Då frågan som avsågs att undersöka i denna studie berörde personer som levt ett långt liv i ett svårt lidande upplevdes min egen förförståelse bidra till att kunna ställa frågor utifrån en djupare kunskap. Utifrån detta skapades även möjligheter till en fördjupning av ämnet.

Metodval

Valet av att genomföra studien med en kvalitativ metod, utifrån en hermeneutiskt, fenomenologisk ansats var ett beslut som var givet, utifrån ett personligt intresse

i att undersöka ämnet. Ämnet i sig styrde metoden, då vikten av att fördjupa frågorna i en intervju, även kunde ge en större bredd i svaren.

Att redovisa i teman blev ett val som fattades utifrån att undersökningen utfördes av en person och att den tematiska analysmetoden upplevdes strukturerad och tydlig. Braun & Clarke (2006) tydliga beskrivning av metoden gjorde att den var enkel att följa genom materialet, som bestod av tretton transkriberade intervjuer.

Styrkor och svagheter

De styrkor som studien påvisar, är att de intervjuade har haft möjlighet till en stark anonymitet, vilket upplevdes som en fördel i relation till att berättelsen kunde framträda på ett öppet och utförligt sätt.

Även intervjuarens kunskap i ämnet anses stärka studien, då den bedöms ha bidragit till undersökningens fokus utifrån syftet.

Svagheten i studien upplevs vara det låga antal personer som framkom och som inte hade fått en relevant behandling för sin problematik. Att redovisa dessa i materialet var ett medvetet val, för att påvisa problematiken, men kan i inget avseende vara vetenskapligt grundat i metoden.

Slutord

I denna studie har personer med ett livslångt lidande givits möjlighet att berätta delar av sin historia.

Det har framkommit att det fortfarande inom den psykiatriska vården görs bedömningar utifrån de symtom som påvisas i personens lidande när den söker hjälp och att behandlingen till stor del sker med stark medicinering utifrån ett problematiskt feldiagnosticerande. Någon av mina informanter gjorde en liknelse vid att söka akutvård för ett brutet ben och endast behandlas med smärtstillande mediciner.

Denna studie har visat att personer som levt ett helt liv med en komplex PTSD problematik, genom ett professionellt bemötande i vården och med en evidensbaserad behandling, upplever att livet har förändrats till det bättre och att behandlingen haft den avgörande betydelsen.

Referenser

Adler, M. (2019), *Handbok i Klinisk Psykiatrisk Diagnostik*. Sverige: Psykiatriutveckling i Sverige AB

Allwood, C. M., Erikson, M. G. (2010), *Grundläggande Vetenskapsteori – för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur AB

Braun, V., Clarke, V., (2013), *Successful Qualitative Research – a practical guide for beginners*. London: Sage publications Ltd

Dennhag, I., (2017), *Makt & Psykoterapi* Stockholm: Natur & Kultur

Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, O. B. (2013), *Emotionell bearbetning vid PTSD*. Stockholm: Natur & Kultur

Ford, D.J., Grasso, D. J., Elhai, J. D., Courtois, C. A., (2015) *Treatment of adults with PTSD*. Elsevier. Oxford

Gaskell, National Collaborating Centre for Mental Health (2005) *The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*, PMID: 21834189, Hämtad 20210117.

Gerge, A., Lander, K. (2012), *PTSD – En handbok för dig som drabbats av psykisk traumatisering som barn eller vuxen*. Falun: Scandbook AB

Gerge, A. (2015), *Psykoterapi som hjälper, kapitel 4 – Metodbeskrivningar – Hypnos, EMDR och Ego State-terapi*. Insidan förlag, Falun: Scandbook AB

Gerge, A. (2016), *Trauma – om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Insidan förlag, Falun: Scandbook AB.

Herman Lewis, J. (1992), *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapi Institut 2007

Jonasson, I. (2021-01-07). *Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna*. Hämtad från internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd-hos-vuxna, 2021-01-24

Josefsson, D., Linge, E. (2011) *Den mörka hemligheten – att lämna det förflutna bakom sig och skapa ett tryggare liv*. Natur & Kultur. Stockholm

Kris och Traumacentrum (2020), *Behandlingsmetoder*, Hämtad 2021-01-24 från: krisochtraumacentrum.se/behandlingsmetoder/

Markowitz, J. C. (2017) *Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder*. Oxford. University press

Michel, P-O., Lundin, T., Berg Johannesson, K., Nilsson, D., Arnberg, F. (2018), *Psykotraumatologi*. Författarna och Studentlitteratur. Lund.

Moser Hällen, L., Sinisalo, E. (2018) *VÅLD – I nära relationer*. Liber AB. Stockholm

Nationella vård och insatsprogram (2020), *Diagnosticering av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna*. Hämtad 20210104 från: www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/kartlaeggning-och-utredning/diagnostisering-av-posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd-hos-vuxna/

NICE-riktlinje, nr 116. (dec. 2018), London. Hämtad 20210104 från: [National Institute for Health and Care Excellence \(UK\)](http://www.nice.org.uk/guidance/CG116)

SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020-11-03). *Vad är PTSD*. Hämtad 2021-01-24 från: sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/fakta-om-ptsd/

Shapiro, F. (2004) *EMDR – Eye Movement Desensitization & Reprocessing*. New York. Basic Books

Socialstyrelsen Nationellt Vård och Insatsprogram (2020). Hämtad 2021-01-24 från: vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/kartlaeggning-och-utredning/diagnostisering-av-posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd-hos-vuxna/

Rajan, G., Syding, S., Ljunggren, G., Wändell, P., Wahlström, L., Philips, B., Svedin, C-G., Carlsson, A. C. (2020). Health care consumption and psychiatric diagnoses among adolescent girls 1 and 2 years after a first-time registered child sexual abuse experience: a cohort study in the Stockholm Region. *European Child & Adolescent Psychiatry*, oktober 2020.

Uppsala universitet (2021), *Centrum för forsknings och Bioetik*. Hämtad 2021-01-24 från: codex.uu.se/forskning-pa-manniskor/

Socialstyrelsen (juni 2016), *Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*, Hämtad 20210104 från: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf

WHO (2020-09). ICD-11 *För statistik om sjuklighet och dödlighet*. Hämtad 2021-01-24 från: icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559

Intervjuguide

Inledning

Jag vet ingenting om de händelser du varit med om och som i sin tur ledde till att du fick diagnosen PTSD. Jag har heller ingen förkunskap om dina symtom, så de frågor jag ställer nu är utifrån den problematik som man oftast ser när man har fått diagnosen PTSD.

Ja -hur blev livet efter behandlingen?

Jag är intresserad av hur ditt liv har sett ut efter att du fick din behandling och hur du upplever vardagen.

Teman:

- Sömn
- Koncentration
- Stress
- Minnen
- Humöret/humörsvängningar (snabba)
- Kan du vara glad

- Har du flashbacks
- Mardrömmar

- Självkänsla
- Självkritik

- Aktiviteter/själv och socialt

- Relationer
- Relationer på jobbet
- Relationer hemma
- Kärleksrelationer
- Vänskapsrelationer
- Tillit

Hej

Jag skriver här då jag letar efter personer som har genomgått en behandling för PTSD.

Jag heter Mija Edström och jag ska nu i höst skriva en uppsats på min utbildning till leg. psykoterapeut.

Då jag under flera år arbetat med personer som levt länge med svårigheter efter traumatiska upplevelser och sedan fått en PTSD diagnos och en behandling för sin PTSD, är jag intresserad av att ta reda på "vad som händer sen". Efter behandlingen mister man kanske kontakten med psykiatrin eller liknande och jag är intresserad av att veta vad som händer, när livet ska gå tillbaka till vardagen.

Vad hände sen, efter behandlingen?

Hur blev livet?

Jag skulle gärna vilja intervjua Dig om detta och skulle bli jätteglad om du vill delta. **Alla intervjuer kommer ske i strikt sekretess och om du inte vill behöver du inte ens berätta vem du är.**

För att förenkla så kan jag erbjuda intervju/telefon eller via länk. Om du hellre vill träffa mig så kommer det också att fungera med restriktioner utifrån Covid-19.

Skriv ett PM till mig eller maila mig på mija.e@live.se, alternativt skicka ett sms till mig på 0708482228, så kontaktar jag dig.

/Mija

Brev till Mottagningarna

Jag heter Mija Edström och jag kommer till hösten att skriva en uppsats på min utbildning till leg. Psykoterapeut vid Linköpings Universitet.

Jag kommer att vara handledd i min uppsats av Doris Nilsson som är leg psykolog, leg psykoterapeut, handledare, med dr i psykiatri, docent i psykologi och biträdande professor i psykologi vid Linköpings Universitet.

Jag skulle vara oerhört tacksam om ni har möjlighet att hjälpa mig med kontakten med personer som har genomgått PE behandling för sin diagnosticerade PTSD.

Med vänliga hälsningar

Mija Edström

Kontaktuppgifter:

Mija.e@live.se; info@relationellterapi.se

Telefon: 0708482228

Till klienter:

Hej

Jag heter Mija Edström och jag kommer i höst att skriva en uppsats på min utbildning till leg. Psykoterapeut vid Linköpings Universitet.

Jag har under flera år, arbetat med personer som levt länge med svårigheter efter traumatiska upplevelser och som efter hand fått en PTSD- diagnos och en behandling. Detta har många gånger skett efter en lång tids kontakt med psykiatrin. Efter behandlingen upphör vanligen kontakten med de som varit ansvariga och därför vet man inte så mycket om hur det blev efteråt.

Jag tänker att jag vill göra en kvalitativ uppsats, vilket innebär att jag kommer att göra en intervju med dig om dina upplevelser om:

Vad som hände sen, efter behandlingen?

Hur blev livet?

Jag skulle bli jätteglad om du vill delta och för att förenkla så kan jag erbjuda intervju/telefon eller via länk. Om du hellre vill träffa mig så kommer det också att fungera med restriktioner utifrån Covid-19.

Skriv till mig, alternativt sms/ring på telefon 0708482228, eller så kan du maila mig på info@relationellterapi.se, så kontaktar jag dig.

Hälsningar Mija