

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR CBT/SCHEMA THERAPY

Klientens upplevelse av en-sessionsbehandling med Modifierad Lifespan Integration (MLI) efter sexuellt trauma

Av Muriel Dandoy

Examensuppsats

Legitimationsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning kognitiv beteendeterapi
Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi
Hösten 2020

Handledare

Caroline Wachtler, Med. Dr, leg. läkare och specialist i allmänmedicin

Bihandledare

Gita Rajan, leg. läkare, specialist i allmänmedicin, doktorand vid Karolinska Institutet och verksamhetschef för WONSA

Examinator

Stefan Borg, leg. läkare, docent vid Karolinska Institutet och specialist i psykiatri

Sammanfattning

Bakgrund: Studien utgör en del av processevalueringen av en randomiserad kontrollerad studie som bedrivs av World Of No Sexual Abuse (WONSA) och Karolinska Institutet för att utvärdera behandlingseffekten av en-sessionsbehandling med Modifierad Lifespan Integration (MLI) vid Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) efter sexuellt singeltrauma.

Syfte: Förvärva kunskap om hur klienter med PTSD-symtom till följd av sexuellt våld upplevt en-sessionsbehandling med MLI.

Material och metod: Det är en kvalitativ intervjustudie med fem kvinnliga klienter som uppvisat PTSD-symtom och som erhållit en-sessionsbehandling med MLI. Semistrukturerade enskilda intervjuer gjordes och analyserades med hjälp av deduktiv innehållsanalys.

Resultat: MLI upplevdes vara en mycket intensiv behandlingsmetod som väckte starka känslomässiga reaktioner och även påverkade kroppen fysiskt under sessionen.

Det vittnades om att behandlingen ledde till minskade PTSD-symtom gällande undvikande, påträngande minnen, fysiska symtom, kognitiva förvrängningar och negativa känslor. Det framkom ökad förmåga att sätta gränser. Självdestruktivt beteende upphörde.

Slutsats: Det finns goda skäl att bedriva fortsatt forskning på behandlingsmetoden MLI.

Nyckelord: Sexuellt singeltrauma, PTSD, Lifespan Integration, MLI, en-sessionsbehandling

Förord

Till dig som jag intervjuade: **Tack** för att du delade med dig av dina erfarenheter och din tid.

Tack Caroline Wachtler för att du handlett mig så professionellt, vänligt och tålmodigt.

Tack för förtroendet, Gita Rajan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1 Sexuellt våld och PTSD	1
1.2 Rekommenderad behandling vid PTSD	1
1.3 Teoretiska grunder till behandlingsmodeller för PTSD	2
1.4 Ytterligare behandlingsmetoder	3
1.5 Tidigare forskning	4
1.6 Behov av mer forskning	5
1.7 Lifespan Integration	5
1.8 Syftet med uppsatsen	7
1.9 Frågeställningar	7
2. METOD	8
2.1 Design	8
2.2 Kontext	8
2.3 Deltagare	10
2.4 Datainsamling	10
2.5 Analys	10
2.6 Textruta 1. Ramverk	11
2.7 Tabell 1. Tre exempel på den kvalitativa analysprocessen	11
2.8 Etiska överväganden	12
3. RESULTAT	12
3.1 Innan behandlingen	12
3.2 FAS 1: Hastig exponering (klienten berättar)	13
3.3 FAS 2: Repetition av tidslinjen (terapeuten läser)	14
3.4 FAS 3: Re-script och repetition av tidslinjen	15
3.5 Direkt efter behandlingen	16
3.6 Upplevelse av terapeuten	16
3.7 Upplevelse av behandlingen i dess helhet	16
3.8 Har något blivit annorlunda efter MLI-behandlingen?	17
4. DISKUSSION	19
4.1 Återupplevande	20
4.2 Undvikande	20
4.3 Kognitiva förvrängningar och negativt förändrad sinnesstämning	20
4.4 Minskad vaksamhet	21
4.5 Det imaginativa inslaget	22
4.6 Vad spelar metodvalet för roll om resultatet blir detsamma?	22
4.7 Ta tillfället i akt	23
4.8 Metoddiskussion, styrkor och svagheter	23
4.9 Viktigt att beakta	23
4.11 Slutsats	24
4.12 Framtida forskning	25
5. REFERENSER	26
6. BILAGOR	
1 Självskattningsformulär IES-R	29
2 Information om studien	30
3 Informerat samtycke	31
4 Intervjuguide	32

Inledning

Sexuellt våld och PTSD

Det har gjorts beräkningar av att över 40 % av de individer som utsätts för våldtäkt kommer att drabbas av PTSD, antingen i nära anslutning till övergreppet eller med fördröjd symtomdebut (Covers et al., 2019). PTSD är en diagnos som innefattar följande kriterier: A. personen ska ha exponerats för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld, B. plågas av ett eller flera påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen, exempelvis ofrivilliga minnen, mardrömmar, flashbacks, psykisk plåga och fysiologiska reaktioner, C. undviker inre och yttre stimuli associerade med den traumatiska händelsen, så som tankar, känslor, personer, föremål och situationer, D. uppvisar negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning relaterade till traumahändelsen, E. uppvisar förändring av stimulusreaktioner till följd av traumat, såsom irritabilitet, överdriven vaksamhet, koncentrationssvårigheter, lättskrämthet och självdestruktivt beteende (DSM-5, 2014).

Kvinnor som utsätts för våldtäkt löper större risk att drabbas av PTSD och andra psykiska sjukdomar så som ätstörningar, sexuella störningar och affektiva sjukdomar, jämfört med kvinnor som varit med om livshotande trauman utan inslag av sexuellt våld (Faravelli, Giugni, Salvatori och Ricca (2004). Symtomen vid PTSD kan komma att medföra kraftigt nedsatt livskvalitet och ökad risk för självmord (Sareen et al., 2007).

Rekommenderad behandling vid PTSD

Det finns flera olika metoder för behandling av PTSD. På basis av en systematisk litteraturgenomgång förordar Socialstyrelsen psykologisk behandling framför medicinsk behandling. Socialstyrelsens har utverkat en rekommendationsskala där 1 anger högst prioritet och 10 anger åtgärder med lägst prioritet. Rekommendationerna ligger till grund för de regionala vårdprogram som sjukvården i Region Stockholm eftersträvar att följa.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykologisk behandling av vuxna med PTSD rekommenderas traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) med exponering som ett förstahandsval (prioriteringsgrad 3) (Socialstyrelsen, 2020). TF-KBT är ett paraplybegrepp för ett antal olika korttidspsykoterapier med kognitiv och beteendeterapeutisk inriktning (Michel, 2018). Behandlingsmetoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) rekommenderas som ett andrahandsval vad gäller psykologisk behandling och har av Socialstyrelsen angivits prioriteringsgrad 7 (Socialstyrelsen, 2020). Det finns flera andra

behandlingsmetoder för PTSD (som inte omfattas av Socialstyrelsens rekommendationer), exempelvis Kognitiv terapi, Cognitive Processing Therapy, Stress Inoculation Training (Michel, 2018), Imagery Rescripting (ImRs) (Morina, 2017) och Narrative Exposure Therapy (NET) (Hensel-Dittmann et al., 2011). Det förekommer även medicinsk behandling vid PTSD. Antidepressiv medicinering har av Socialstyrelsen angivits prioriteringsgrad 5. Det saknas information om behandlingseffekten av antidepressiva läkemedel på lång sikt (Socialstyrelsen, 2020).

Teoretiska grunder till behandlingsmodeller för PTSD

Prolonged Exposure (PE) är en TF-KBT-behandling med exponering som huvudsaklig behandlingskomponent. Metoden har sin grund i Emotionell bearbetningsteori, utvecklad av Foa och Kozak. Enligt denna teori representeras känslan *rädsla* i minnet som en kognitiv struktur; ett ”program” för att undkomma fara. Rädslostrukturer innehåller representationer av det stimulus en person är rädd för (exempelvis långa, skäggiga män), reaktionerna på rädslan (till exempel ökad puls, spända muskler), innebörden som förknippas med stimuli (långa, skäggiga män är farliga) och responsen (ökad puls och spända muskler betyder att jag är rädd). Rädslostrukturer kan vara normala eller patologiska. Normal rädslostruktur är det fråga om då rädslostrukturer representerar ett realistiskt hot, till exempel rädsloreaktionen vid ett möte med en älgbona med kalvar i skogen. Att känna rädsla och fly i en sådan situation är adekvat. Vid PTSD är rädslostrukturer patologiska av följande skäl;

- 1) delar av stimuli kopplas samman på ett sätt som inte överensstämmer med verkligheten.
- 2) ofarliga impulser utlöser fysiologiska reaktioner och flykt-/undvikandebeteenden.
- 3) starka och lättutlösta reaktioner förhindrar adekvat beteende.
- 4) ofarliga stimuli och reaktioner förknippas felaktigt med betydelsen rädsla.

PE som behandling vid PTSD anses fungera genom att den patologiska rädslostrukturer avsiktligt aktiveras via *exponering in vivo* (i ökad svårighetsgrad uppsöka och stanna kvar i ofarliga situationer– samt vara i kontakt med aktiviteter, platser och föremål– som undviks till följd av traumat) och *Imaginativ Exponering* (inre visualisering och återberättande av händelseförloppet, vilket spelas in under sessionen och som patienten därefter ska lyssna på flera gånger mellan sessionerna), varvid patienten införlivar ny information om sig själv och omvärlden. Behandlingen består av 10–15 sessioner om vardera 90 minuter (Foa, 2007).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR). Teoretisk utgångspunkt för EMDR är att människor har ett psykobiologiskt system för informationsbearbetning, vilket integrerar inkommande sensoriska intryck och kognitioner i

samband med en upplevelse till ett nätverk av associerade minnen. Vid en traumahändelse kan informationssystemet inte integrera upplevelsen inom ramen för tidigare befintliga nätverk av erfarenheter. Traumaminnet kommer då att lagras med sina ursprungliga varseblivningar och dysfunktionella kognitiva komponenter. I EMDR eftersträvas att aktivera samtliga komponenter av det dysfunktionellt lagrade minnet, det vill säga varseblivningar, kognitioner, affekter och kroppsminnen. Då traumaminnet aktiveras ges informationsbearbetningssystemet möjlighet att göra nya kopplingar till mer adaptiva minnesnätverk varvid traumaminnet kan återintegreras i ny form. En central komponent i behandlingen är bilateral sensorisk stimulering i samband med att klienten koncentrerar sig på en traumatisk minnesbild, exempelvis ögonrörelser eller taktil stimulering från sida till sida. Den exakta verkningsmekanismen är okänd (Michel, 2018).

Kognitiv terapi (KT). Ehlers och Clark (2000) har utvecklat en kognitiv modell för PTSD. Den teoretiska grunden innefattar att det är tolkningen av händelsen snarare än händelsen i sig som leder till obehag samt att traumaminnet integrerats på ett felaktigt sätt i det autobiografiska minnet. Vid PTSD är individen oförmögen att uppfatta traumahändelsen som en tidsbegränsad händelse. En förvrängd föreställning om pågående fara leder till en serie av beteendemässiga och kognitiva responser syftande till att undkomma faran och minska obehaget. Detta leder till kortsiktig lättnad men vidmakthåller PTSD-symtomen på lång sikt. Behandlingsfokus riktas mot att förändra negativa antaganden (exempelvis övergeneralisering och feltolkning av initiala PTSD-symtom) och strategier (exempelvis undvikande och grubblande).

Ytterligare behandlingsmetoder

Cognitive Processing Therapy (CPT) har utvecklats av Resick med flera (1993) för gruppbehandling av våldtäktsrelaterad PTSD. I CPT är KT ett dominerande inslag där fokus ligger på att utmana problematiska uppfattningar förknippade med våldtäkten, exempelvis skuldbeläggande av sig själv och förnekande. Vidare bearbetas generaliserade negativa uppfattningar innefattandes svårigheter med tillit, makt, kontroll, egenvärde och intimitet. Behandlingen innefattar även exponeringskomponenter som exempelvis att skriva en detaljerad beskrivning av traumahändelsen och att läsa upp denna för terapeuten och för sig själv mellan behandlingssessionerna (Michel, 2018).

Stress Inoculation Training (SIT). Denna behandlingsmetod innefattar att patienten får lära sig tekniker för ångesthantering; exempelvis kontrollerad andning, muskelavslappning, tankestopp och kognitiv omstrukturering (Foa, 1997).

Imagery Rescripting (ImRs). Detta är en imaginativ behandlingsmetod som, till skillnad från Imaginativ Exponering, ger klienten möjlighet att påverka traumaminnet genom att gå in i minnet och exempelvis försvara sig själv (Morina, 2017). I kognitiv beteendeterapi används imaginativa interventioner utifrån premissen att mentala bilder har stor inverkan på känslolivet (Holmes, Arntz & Smucker, 2007).

Narrative Exposure Therapy (NET). Behandlingsmetoden inbegriper att klienten får berätta om sitt liv från födelsen fram till nutid. Fokus ligger på att underlätta för klienten att omvandla fragmenterade minnen till en mer kronologiskt sammanhängande livsberättelse. Klienten stöttas i att närma sig traumaminnena och att uttrycka känslor och tankar förknippade med dessa, utan att förlora kontakten med att det är minnen och inte nuet (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013). Livsberättelsen skrivs ned av terapeuten, läses högt av klienten under behandlingens gång samt ges till klienten i samband med att psykoterapin avslutas. Behandlingen består av 5–10 sessioner om vardera 90–120 minuter (Mörkved et al., 2014).

Tidigare forskning

I en metaanalys innefattades 13 RCT-studier med sammanlagt 666 deltagare framkom inga signifikanta skillnader vad gäller behandlingseffekten av PE, KT, CPT, EMDR och SIT. Dock framkom att dessa behandlingar ledde till bättre resultat än mer ostrukturerade samtal av stödjande karaktär (Powers et al., 2010).

Horesh, Qian, Freedman och Shalev (2016) har jämfört PE och KT och dess påverkan på PTSD-symtomen; Återupplevande, Undvikande och Överspändhet. 242 klienter med PTSD genomgick endera behandling, tolv 90-minuterssessioner under tolv veckors tid. Bägge metoderna uppvisade signifikanta, likvärdiga resultat.

I en studie av Grunert, Weis, Smucker och Christianson (2007) framkom att 18 av 23 PTSD-traumatiserade klienter som genomgått P E utan att förbättras, inte längre uppfyllde kriterierna för PTSD efter att de fått tilläggsbehandling med 1–3 sessioner Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy. Det imaginativa inslaget innebar bland annat att klientens kompetenta jag som överlevt fick återbesöka sitt traumatiserade jag och hjälpa sig själv att hantera traumat.

I en studie av Hensel-Dittmann et al. (2011) jämfördes NET och SIT som behandling av PTSD till följd av krig och tortyr. Behandlingen omfattade tio sessioner. Det framkom signifikant symtomminskning hos de klienter som erhållit NET men inte för de som genomgått SIT-behandling.

Avbrutna behandlingar. Det är inte ovanligt att påbörjade psykologiska behandlingar av PTSD avbryts på patienternas initiativ. Exponeringsterapier kan komma att upplevas som skrämmande (Arntz, 2007). I en studie av Nishith, Resick och Griffin (2002) framkom att cirka en tredjedel av de patienter som genomgick behandling med PE efter våldtäkt avbröt behandlingen. De flesta som avbröt gjorde detta efter tredje sessionen då Imaginativ Exponering och hemuppgift till påföljande session förts in i behandlingen. I en metaanalys av Imel, Laska, Jakupcak och Simpson (2013) framkom att i medeltal 20 % av PTSD-behandlingar, oberoende av metod, avbrutits på patientens initiativ. Det är olyckligt att så många patienter inte klarar av att genomföra behandlingen eftersom obehandlad PTSD många gånger är förenat med ett stort lidande (Tiihonen Moller, Backstrom, Sondergaard & Hellstrom, 2014). Förutom det personliga lidandet leder obehandlad PTSD även till påtagligt stora samhällsekonomiska kostnader (Kessler, 2000). Det finns forskning som pekar mot att det går att minska risken för avhopp om valet av behandlingsmetod matchas mot patienten i olika avseenden. Denna forskning är ännu i sin linda, men är betydelsefull då valet av behandlingsmetod tycks kunna vara avgörande för att vissa patienter ska klara av att fullfölja behandlingen (Keefe et al., 2018).

Behov av mer forskning

Som tidigare nämnts förordar Socialstyrelsen TF-KBT som förstahandsval och EMDR som andrahandsval vid behandling av PTSD. Dock understryker Socialstyrelsen att kvalitén på de studier som ligger till grund för rekommendationerna bedömts vara generellt låg, både vad gäller TF-KBT och EMDR (roi.socialstyrelsen.se). Det förekommer ett stort antal avhopp från påbörjade PTSD-behandlingar. Detta sammantaget leder till slutsatsen att det finns behov av att forska på alternativa och effektiva behandlingsmetoder.

Lifespan Integration

En förhållandevis ny behandlingsmetod för psykologiska trauman, *Lifespan Integration* (LI), har utvecklats av Peggy Pace i USA. Över 2000 terapeuter världen över är utbildade i metoden (lifespanintegration.com). Metoden är manualbaserad. Pace har utvecklat olika protokoll som används beroende på problematik som ska adresseras. Gemensamt för alla protokoll är att patienten före behandlingen, ibland tillsammans med terapeuten, upprättar en lista med episodminnen i kronologisk ordning (hädanefter benämnd som "tidslinje"). Terapeutens instruktioner för vad som kan vara lämpligt att ta med på tidslinjen varierar beroende på vilket protokoll som ska användas. Under behandlingssessionen läser terapeuten tidslinjen högt

upprepade gånger, varvid klienten visualiserar respektive minne. I flera av protokollen ingår det ett imaginativt inslag där klienten får möjlighet att gå in i minnet och tillgodose behov som inte blivit tillgodosedda i ursprungshändelsen, exempelvis behovet av tröst och stöd i att stå upp för sig gentemot förövaren. Vid PTSD-behandling förordar Pace ett specifikt PTSD-protokoll *utan* inslag av att imaginativt gå in i och göra om i ursprungsminnet (Pace, 2015).

Teoretisk modell för LI-PTSD-behandling

LI är sprungen ur Peggy Paces mångåriga erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete med traumatiserade klienter. Hon tar stöd av modern neurobiologisk forskning i sin förklaringsmodell till varför LI fungerar.

Hjärnan. Ett minne som lagras i hjärnan under traumatiska omständigheter kan komma att lagras fragmenterat och ofullständigt. Detta är sannolikt följden av att Amygdala aktiveras vid stark stress, vilket medför reducerad förmåga för Hippocampus att lagra minnet i tid och rum. Nutida hjärnforskning har påvisat att hjärnan är plastisk. Ett minne som lagrats ”felaktigt” på grund av nämnda omständigheter kan sannolikt reaktiveras för att därefter rekonsolideras i ny form. Det verksamma i behandlingsmetoden LI beskrivs framför allt vara att fragmentariska minnen från den traumatiserande händelsen reorganiseras och kodas in (integreras) som ett episodminne i patientens autobiografiska minne (Pace, 2015).

Repetition av tidslinjen. Terapeutens repetition av tidslinjen och klientens inre visualisering i samband med detta förstärker klientens känsla av sig själv genom tid och rum, vilket hjälper hjärnan att förstå att traumat är över (Pace, 2015).

Toleransfönstret. Under uppläsningen av tidslinjen eftersträvar terapeuten att hålla klienten inom ”toleransfönstret”. Toleransfönstret är ett läge där klienten vare sig är *för* upprörd (överaktiverad) eller *för* oberörd (underaktiverad). Det finns forskning som pekar mot att detta sannolikt är en viktig komponent för att ny inlärning ska kunna ske vid traumabehandling (Siegel, 1999).

Forskning på LI-metoden

Gita Rajan driver organisationen World Of No Sexual Abuse (WONSA) och har forskat på behandlingseffekten av en-sessionsbehandling med en *modifierad* version av Peggy Paces Lifespan Integration PTSD-protokoll (MLI) efter sexuellt singeltrauma. I detta modifierade protokoll ingår det ett imaginativt inslag, vilket det inte gör i Paces ursprungliga version. I en randomiserad kontrollerad studie genomgick 33 kvinnor MLI-behandling 90–140 minuter. För- och eftermätningar gjordes bland annat med självskattningsformuläret Impact of Event

Scale-Revised (IES-R, se bilaga 1). Tre veckor efter behandlingen hade skattningarna sjunkit till nära hälften avseende Återupplevande, Undvikande och Överspändhet. 72% av klienterna uppfyllde inte längre kriterierna för PTSD (<34 poäng på IES-R). Vid eftermätning sex månader efter avslutad behandling framkom att resultatet kvarstod hos de 20 klienter som valt att svara (Rajan, 2020).

I övrigt finns det mycket anekdotisk erfarenhet av att LI är en fungerande metod, men begränsat med forskning på metoden. 2012 genomfördes en kohortstudie utan kontrollgrupp i USA, då 17 traumatiserade kvinnor erhöll två sessioner LI (Standardprotokoll, se Pace, 2015). För- och eftermätningar med Impact of Event Scale visade att behandlingen lett till påtagligt minskat undvikande och minskad upplevelse av påträngande symtom (Balkus, 2012). Det har även gjorts en fallstudie innefattandes tre klienter som vuxit upp under svåra omständigheter. Dessa erhöll LI-sessioner under tre månaders tid vilket ledde till klar minskning av panikattacker, upplevelse av hjälplöshet och bristande tillit. Det framkom ökad upplevelse av självacceptans, generell stabilitet och tilltro till den egna förmågan att kunna träffa en ny partner (Hu, 2014).

Potentiella fördelar med MLI. Det finns uppenbara fördelar med en behandlingsmetod som tycks kunna ge kraftig symtomminskning efter endast en behandlingssession, såväl samhällsekonomiskt som för den enskilda individen. Eftersom avhopp ofta förekommer vid PTSD-behandlingar är det av stort värde att ta tillfället i akt och åstadkomma mesta möjliga symtomlindring redan under första behandlingssessionen.

Syftet med uppsatsen

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie är att öka förståelsen för hur klienter med PTSD-symtom till följd av sexuellt våld upplevt en-sessionsbehandling med MLI.

Frågeställningar

1. Hur beskriver klienterna den övergripande upplevelsen av metoden?
2. Händes det något under behandlingen som medfört att det känns annorlunda nu jämfört med före behandlingen?
3. Var det något som upplevdes som särskilt obehagligt/svårt med metoden?

Metod

Design

En kvalitativ intervjustudie gjordes och en deduktiv innehållsanalys. Metoden valdes för att så mycket erfarenhetsbaserad kunskap som möjligt skulle kunna erhållas, struktureras och analyseras. Studien utgör en del av processevalueringen av en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som bedrivits av WONSA och Karolinska Institutet för att utvärdera effekten av MLI på PTSD-symtom efter sexuellt trauma.

Kontext

Inom RCTn randomiserades 36 deltagare till antingen behandling eller väntelista-kontroll, alla deltagare erhöll behandling inom ramen för studien. Behandlingen innefattade ett informationsmöte med läkare på WONSA och en MLI-session (90 – 140 minuter). Inget uppföljande samtal ingick i denna studie (i klinisk behandling är det vanligt att terapeuten träffar klienten en 45 minuters-session innan MLI-behandlingen och även erbjuder en uppföljande session).

Modifierad Lifespan Integration PTSD-protokoll. WONSA har sammanfört LI PTSD-protokoll med delar av ett annat LI-protokoll (Standardprotokoll, se Pace, 2015) och på så sätt skapat *Modifierad Lifespan Integration PTSD-protokoll* (MLI) för singeltrauma (wonsa.se, 2020). Se sammanfattande beskrivning av MLI, förberedande informationsmöte och behandlingssession nedan:

Förberedande informationsmöte. Psykoedukation ges avseende PTSD och den teori som Lifespan Integration bygger på. Syftet med de olika behandlingsmomenten i den kommande MLI-interventionen klargörs. Klienten informeras om följande; vikten av att inte avbryta behandlingssessionen i förtid, affektreglering vid starka känslor sker genom att terapeuten läser tidslinjen snabbare, terapeuten kommer inte att ge utrymme för reflektion och tröst under uppläsningen av tidslinjen samt att det i slutet av sessionen, när det lugnat ner sig inom klienten, kommer att finnas utrymme för att reflektera tillsammans. Terapeuten informerar om att behandlingssessionen är upplagd på detta sätt för att PTSD-symtomen ska klinga av så fort som möjligt.

Klienten får i uppgift att till den kommande MLI-sessionen ta med sig en nedskrivnen lista med episodminnen (dessa ”nyckelminnen” bildar tidslinjen) som startar vid den tidpunkt då traumat precis är över fram till nutid (i klinisk behandling kan klienter som inte klarar av att skriva tidslinjen få hjälp med detta av terapeuten under den förberedande sessionen).

MLI-behandlingssession: Fas 1: Hastig exponering. Med stöd av terapeuten får klienten berätta om vad som hände en eller två veckor innan traumat. Därefter om vad som hände precis innan traumat samt, i kronologisk ordning, om vad som hände under traumat. Om klienten stannar upp i berättandet hjälper terapeuten klienten att komma vidare genom att fråga ”vad hände sedan?”. Samtidigt som klienten berättar skriver terapeuten ned ”nyckelminnen”, det vill säga ett par ord, som följer händelseförloppet, exempelvis; ”dörren öppnas”. På detta sätt upprättas en tidslinje som tillsammans med den tidslinje klienten skrivit innan sessionen kommer att användas av terapeuten i fas 2.

Fas 2: 10–20 repetitioner av tidslinjen. Klienten ombeds att blunda (om det är möjligt). Terapeuten inleder med att läsa den tidslinje som klienten haft med sig som startar med ett minne från när traumat precis är över. Därefter läser terapeuten upprepade gånger upp hela tidslinjen (traumahändelsen och efterförloppet) för klienten samtidigt som klienten för sitt inre visualiserar de nyckelminnen som leder fram till nuet. Terapeuten läser ett nyckelminne i taget varvid klienten signalerar när hon får upp minnet för sin inre syn. Om klienten uppmärksammar att det blivit fel tidsordning på nyckelminnena eller erinrar sig fler minnen, skrivs dessa in i rätt ordning på tidslinjen vart eftersom. Genom hela sessionen är terapeuten lyhörd för tecken på överaktivering och underaktivering och reglerar klientens aktivitetsnivå så att denna hålls inom toleransfönstret. Tecken på överaktivering är exempelvis ökad andhämtning, spända muskler, förändrad ansiktsfärg och förvirrat tal. Överaktivering regleras ned bland annat genom att terapeuten läser tidslinjen snabbare (så att klienten ”flyttar på minnet” i snabbare takt) eller föreslår klienten att öppna ögonen. Om klienten visar tecken på att inte vara känslomässigt berörd (underaktiverad) kan terapeuten ”höja temperaturen” genom att exempelvis läsa tidslinjen långsammare, föreslå klienten att blunda och förstärka visualiseringen genom att exempelvis säga ”kan du se det framför dig?”. När klienten kan visualisera händelseförloppet utan att bli överaktiverad påbörjas fas 3.

Fas 3: Re-script och repetition av tidslinjen. Terapeuten hjälper klienten att i en visualisering återbesöka traumaminnet med sitt äldre jag (den ålder klienten har i terapirummet). Beroende på vad det yngre jaget behöver kan det äldre jaget exempelvis trösta, hjälpa det yngre jaget att försvara sig, uttrycka ilska eller straffa förövaren. Därefter tar det äldre jaget med sig sitt yngre jag till en trygg plats där det äldre jaget förklarar för det yngre jaget att hon har överlevt, att traumahändelsen är över och att hon nu ska få se vad som hänt efter traumat. Terapeuten läser därefter tidslinjen med startpunkt från det nyckelminne som kommer precis efter att traumat är över och resten av tidslinjen fram till nuet. Ytterligare repetitioner med hela tidslinjen görs, med eller utan re-script, beroende på vad klienten behöver.

Sessionen kan avslutas när klienten klarar av att höra terapeuten läsa upp hela tidslinjen i lugnt tempo utan att bli överaktiverad (wonsa.se, 2020).

Deltagare

Urval av deltagare till RCTn. Inklusionskriterier: 15 år eller äldre, ett sexuellt övergrepp som skett 0 – 5 år innan inkluderingen till studien. Exklusionskriterier: språksvårigheter, drogmissbruk, multipla trauman, aktiv psykosjukdom, ADHD och autismspektrumtillstånd. Behandlingarna genomfördes under perioden mars 2016 – juni 2019.

Rekrytering till processutvärderingen. 21 klienter som genomgått en-sessionsbehandling med MLI under perioden våren 2018 – sommaren 2019 på WONSAS specialistklinik kontaktades via mejl januari 2020 och tillfrågades om de ville medverka i studien. Tillsammans med information om studien (bilaga 2) bifogades även blanketten ”Informerat samtycke” (bilaga 3). Fem klienter tackade ja till att bli intervjuade öga mot öga.

Datainsamling

En semistrukturerad forskningsintervju (bilaga 4) har använts. Klienterna bokades in för intervju. Fyra intervjuer gjordes på undertecknads arbetsplats. En intervju gjordes i klientens hem. Intervjutiden varierade mellan 46–106 minuter. Innan intervjuerna påbörjades fick klienterna läsa igenom den information som vid ett tidigare tillfälle även skickats till dem via mejl. I samband med detta gavs även kortfattad muntlig information om syftet med studien och undertecknads roll. Blanketten ”Informerat samtycke” gick även igenom muntligt. Intervjuerna spelades in på en voice-recorder och transkriberades därefter ordagrant av ett transkriberingsföretag med sekretessavtal anlitat av WONSA. Inspelningarna har förvarats på ett säkert sätt och har efter att transkriberingen utförts överlämnats till WONSA för vidare förvaring.

Analys

All transkriberad text lästes upprepade gånger. Därefter kodades materialet översiktligt för att identifiera meningsbärande enheter. För att underlätta fortsatt kodning av materialet skapades ett ramverk med olika delområden vilket byggde på det förlopp som individen genomgick innan, under och efter behandlingen. Översikt över ramverkets olika delområden återfinns i textruta 1.

1. Innan behandlingen
2. Informationsmöte
3. Förväntningar på behandlingen
4. Prövat annan behandling innan MLI
5. Fas 1. Hastig exponering (klienten berättar)
6. Fas 2. Repetition av tidslinjen (terapeuten högläser)
7. Fas 3. Re-script och repetition av tidslinjen
8. Direkt efter behandlingen
9. Upplevelse av terapeuten
10. Upplevelse av behandlingen i dess helhet
11. Har något blivit annorlunda efter MLI-behandlingen?

Textruta 1. Ramverk.

Respektive deltagare tilldelades ett nummer (26, 27, 28, 29, 30). Textstycken relaterade till respektive delområde sorterades därefter in i ramverket. Därefter genomlästes texterna igen varvid meningsbärande enheter identifierades och kodades. Sedan grupperades koderna inom varje delområde och kondenserades till kategorier. Se exempel på kodningsprocessen i tabell 1. Analysen har skett i nära samarbete med handledare Caroline Wachtler. Baserat på de olika delområdena rapporteras analysen deskriptivt.

Tabell 1. Tre exempel på den kvalitativa analysprocessen.

Delområde	Citat	Kod	Kategori
Rescript	”Det var inte mitt fel”	Skuld	Skuldavlastning
Har något blivit annorlunda efter MLI-behandlingen?	”...försökte hångla med mig, och då puttade jag bort honom och gick därifrån och det hade jag aldrig gjort innan”	Gränssättning	Sätter gränser
Har något blivit annorlunda efter MLI-behandlingen?	”Jag är fortfarande väldigt försiktig, men jag är inte lika rädd”	Känsla	Känslorna hanterbara

Etiska överväganden

Etikansökan var sedan tidigare godkänd (diarienummer 2015/1868–31/2). Deltagandet har varit frivilligt och klienterna har fått både skriftlig och muntlig information innan de tagit ställning till om de velat ge sitt skriftliga samtycke till att delta i studien. Allt material har aidentifierats, därmed kommer ingen deltagare att kunna identifieras. Den semistrukturerade intervjun har inneburit att klienterna själva har kunnat påverka vad som tagits upp. Fokus har legat på upplevelsen av MLI-interventionen. Trots att fokus för intervjuerna ej varit på det sexuella traumat i sig, har medverkan i intervjuerna ofrånkomligen aktiverat minnet av traumat. Samtliga klienter har givits möjlighet att kontakta intervjuaren efter intervjun om funderingar uppstått. Det har även funnits en beredskap för kontakt med läkare på WONSA ifall intervjuerna skulle komma att påverka den psykiska hälsan negativt. Samtligt ovan gör att värdet av att få fördjupad information om en ny behandlingsmetod bedöms som större än riskerna för studiedeltagarna.

Resultat

Deltagarna i denna studie var fem kvinnor i åldrarna 18 – 38 år. Samtliga hade sökt behandling för att komma till rätta med kvarstående PTSD-symtom efter att ha varit med om ett sexuellt trauma. Fyra av fem klienter hade varit med om ett signifikant singeltrauma. En klient hade även varit med om svåra sexuella trauman efter det trauma som var fokus för MLI-interventionen. Klienterna erhöll ett informationsmöte och en behandlingssession med MLI.

Innan behandlingen

Samtliga klienter beskrev ett tydligt funktionstapp relaterat till det sexuella traumat. Det vittnades om lättväckt rädsla, gråt och panikattacker i samband med påminnelse om det inträffade, spänd vaksamhet, plågsamma inre bilder, självanklagelser, starka skamkänslor, svårigheter att slappna av, mardrömmar, social isolering, bristande framtidshopp, grubblerier kring vad man kunnat gjort annorlunda för att det inträffade inte skulle ha hänt, nedsatt arbetsförmåga och svårigheter att sätta gränser. Det framkom att tidigare självdestruktiva tendenser som ett par klienter kämpat med förstärkts efter traumat och lett till accelererat självskadebeteende och ”acceptans” för ytterligare sexuellt våld. Strategierna för att försöka hantera traumat har varit många, exempelvis; försök att i tankarna förminska det som hänt, inte berätta för någon, aktiva försök att *inte* tänka på traumat och att dra sig undan ifrån sociala sammanhang.

Prövat annan behandling innan MLI. Samtliga klienter hade prövat att söka annan behandling innan MLI-behandlingen men inte upplevt sig hjälpta. De hade tidigare sökt hjälp av psykologer och kuratorer inom barn och ungdomspsykiatri, Ungdomsmottagningen, privat psykoterapi och gruppterapi. Det framkom att klienterna upplevt brist på kompetens hos behandlarna, avsaknad av en specifik plan för att bearbeta traumat samt inte upplevt sig passa in i gruppen vid försök till gruppbehandling.

Förväntningar på behandlingen. Det framkom att det upplevts positivt att behandlingen endast skulle komma att bestå av en session. Det framkom även låga förväntningar. ”Ja, för jag bara, om terapi inte fungerar (haft flera olika terapeutiska kontakter dessförinnan) så kan ju fan inte det här göra det heller (skratt). Så jag var inte jätteoptimistisk” (29).

Informationsmöte. Samtliga klienter kom ihåg att läkaren som informerade dem om den kommande MLI-sessionen ritade på en whiteboard. Det framkom beskrivningar av att ha känt sig väl förberedda inför den kommande behandlingen.

Fas 1: Hastig exponering (klienten berättar)

I denna fas uppmanas klienten att, med stöd av terapeuten, berätta om vad som hänt. Samtidigt som klienten berättar så antecknar terapeuten stödord och stödmeningar som följer händelseförloppet.

Lättnad. Det framkom upplevelser av lättnad över att få berätta precis allt i detalj och att det kändes skönt att inte behöva ta hänsyn till hur detta kändes för terapeuten.

Mindes mer. Det vittnades om att det var svårt att berätta högt.

”Det var väl det jag upplevde som liksom jobbigt att första gången faktiskt berätta högt, och det fick mig ju att minnas saker också ännu mer när jag började gå in ännu mer på detaljnivå, då kom jag att tänka – bara ja men just det, det här sa han ju liksom” (30).

Oro över att kanske inte bli trodd. Det framkom att det funnits oro över terapeuten skulle tolka en osammanhängande beskrivning av vad som hänt som att man for med osanning.

”Det var svårt att, alltså det var så svårt för mig att ha ett händelseförlopp som var rätt. Och det blev jobbigt för mig för då var det – hände det här faktiskt liksom? Och såna, du vet jag började tveka på mig själv och jag bara – tvekar hon (syftar på terapeuten) på mig liksom? Och så blev jag väldigt osäker och då mädde jag inte bra” (29).

Fas 2: Repetition av tidslinjen (terapeuten högläser)

I denna fas läser terapeuten tidslinjen högt för klienten. Ett minne i taget läses upp, varvid klienten visualiserar minnet och signalerar till terapeuten att hon fått kontakt med minnet genom att exempelvis nicka eller humma.

Sorterar tillsammans. Det beskrevs att det i denna fas blev möjligt att ändra om i tidslinjen så att minnena kom i rätt ordningsföljd.

”...om vi säger att jag berättade historien och så läste hon upp den och sen kanske jag bara – nej det blev fel där och så bytte vi plats på de två istället. Och så gjorde vi så tills jag kände att det var helt rätt, och då började vi lösa upp det” (29).

Uppmärksamhet på detaljer och fakta. Det vittnades om att det upplevts som hjälpsamt att mycket fokus låg på fakta. Vad som faktiskt hände, vad förövaren gjorde, hur det såg ut runtomkring.

”Det blev mer faktabaserat, alltså det liksom såhär – vad hade du på dig? Vad hade han på sig? Hur såg hans rum ut? Lite sånt...då tog det nästan bort fokuset på traumat, mer som ett bildspel på vad som hände” (29).

Inre bilder/inre film. Det beskrevs att händelseförloppet spelades upp som i ett inre bildspel eller en inre film. ”För om jag bara sitter och blundar liksom och någon berättar för mig i detalj typ nästan minutvis hela händelsen, då blir det mycket mer som att det är typ en film som spelas upp...” (30).

Fysiska reaktioner. Det berättades om starka fysiska reaktioner i samband med att traumaminnet aktiverades. Beskrivningarna omfattade skakningar, svettningar, frysningar, spändhet, klump i halsen, tyngd i bröstet, ont i magen, tårar och känslan av att vara som fastklistrad i stolen. ”...jag kommer ihåg såhär armarna kändes väldigt såhär tunga, fastklistrade i stolen och att såhär jag satt lite såhär spänt bakåt så” (26).

Önskan att undvika. Det framkom tankar om att inte vilja höra mer och undringar över syftet med att behöva höra om det svåra om och om igen. ”Alltså det kanske som slog mig var väl såhär – hur många gånger ska jag behöva höra det här? (skratt) det räcker nu...jag kommer ju att gå sönder” (27). Det vittnades om att vilja skydda sig från minnena genom att nicka utan att ha kontakt med minnet. ”...jag minns att det kändes som att jag blockerade mig själv liksom och skapade ett skydd och bara liksom nickade för att jag skulle gå vidare” (26).

Minskat obehag ju fler gånger terapeuten repeterar tidslinjen. Det framkom starka känslor av att nästan inte härda ut i början av denna fas. Det beskrevs att det, i takt med att terapeuten repeterade förloppet, blev mer uthärdligt att höra tidslinjen och att för sin inre syn visualisera händelseförloppet. ”Eh...alltså när jag hade hört henne läsa upp för mig flera gånger.

Det vart ju att det vart lite lättare för varje gång hon läste upp det ändå ehm...första gången var det jättejättejobbigt...” (30).

Upplevelse av att det var man själv som berättade upprepade gånger. Det framkom skildringar av att det var man själv som berättat förloppet många gånger. ”Det som jag tyckte var till hjälp var bara gå igenom det gång på gång och liksom tvingas göra det nästan till den nivån att där man är såhär – ja nu orkar jag inte berätta det en gång till...” (28). Det vittnades även om upplevelsen av att terapeuten läste tidslinjen ett antal gånger och att man därefter själv upprepade det som terapeuten precis läst från tidslinjen.

Fas 3: Re-script och repetition av tidslinjen

I denna fas får klienten möjlighet att påverka olika delar av förloppet i traumaminnet genom att i en visualisering gå in i handlingen med sitt äldre jag (den ålder klienten har i terapirummet) och möta sitt yngre jag (den ålder man hade i traumasituationen). Det vittnades om att denna del av behandlingen upplevts som mycket stärkande och berörande. Att få gå in i handlingen med sitt äldre jag och möta sitt yngre jag beskrevs som en vändpunkt, det var i samband med detta som det lugnade ner sig inombords. Klienterna tröstade, skuldavlastade, ingöt hopp, klappade om sitt yngre jag och stod upp för sig gentemot förövaren. Det förekom beskrivningar av att det kändes verkligt, som om man träffade sitt yngre jag på riktigt.

Skam och skuldavlastning. Att få gå in i traumaminnet och prata med sig själv beskrevs som en upplevelse av att för första gången riktigt på djupet nå fram till sig själv med budskapet att det som skett inte var ens eget fel. Det vittnades om att det var värdefullt för ens yngre jag att få höra ”det var inte ditt fel” såväl som värdefullt för ens äldre jag att få formulera och säga detta.

”Jag kunde ta bort skulden för mig själv eh jag tror att det var nog där det låg liksom mycket att inte lägga det på mig själv, att jag inte hade gjort något fel. Så att jag tror att det var där det vände på något sätt” (27).

Lättnad över att få göra om. Det framkom lättnad över att få möjlighet att påverka situationen. ”Man kände sig lite mer alltså såhär, alltså såhär mer styrka liksom. Man kände sig mera eh mäktig i situationen, istället för att vara mus och så blev jag ett lejon” (29).

Insikt om att tiden har gått. Det beskrevs att visualiseringen medfört insikten om att tiden gått och att livet fortsatt vidare. ”Du (yngre jaget) är en del av mig men du...du liksom...det är inte jag nu. Eller alltså...jag ska ta hand om dig men det...det...och så är din sårbarhet inte min, eller alltså...man har växt upp ändå” (26).

Direkt efter behandlingen

Det beskrevs en känsla av skörhet, utsatthet och förvirring då klienterna lämnade mottagningen. Det framkom upplevelser av att vara fysiskt öm i hela kroppen, trötthet och behov av att få sova. Det vittnades om att traumaminnets tydligare den närmaste veckan efter MLI-behandlingen och att detta upplevdes som jobbigt, men att det därefter kändes bättre.

”Men sen dess har jag mått bra. Men jag tror också att det är lite för att jag...alltså nu kan jag, nu behöver jag inte tänka på det på samma sätt, men när jag tänker på det så blir det lite jobbigt såklart” (29).

Det uttrycktes att MLI-sessionen varit så krävande att det var bra att det bara var en session. ”Sen efteråt var jag intresserad av att se om det faktiskt kunde hjälpa. Om jag skulle behöva gå tillbaka, för det hade jag nog inte kunnat just då” (29).

Detta hade kunnat underlätta. Det framkom att det kändes ensamt att gå ifrån mottagningen för dem som inte hade någon som mötte upp efter sessionen och att det kanske hade känts bättre om en vän eller familjemedlem mött upp. Det framkom tankar om att det skulle varit skönt att få stanna kvar på mottagningen en stund efter behandlingen, kanske erbjudas lite fika.

Upplevelse av terapeuten

Det framkom uppskattning över att terapeuten varit neutral och inte verkat känslomässigt berörd, att terapeuten upplevts som lugn, ödmjuk och inlyssnande. ”...jag tänker att hon såg och hörde mig och att jag var väldigt ledsen och att jag tycker att hon uppmärksammade det” (27). Det vittnades om att det kändes otryggt och obekvämt att bara träffa terapeuten en gång. ”...jag kände att det var lite konstigt att...att gå igenom allt det här med en person man inte har träffat förut” (26).

Upplevelse av behandlingen i dess helhet

Samtliga klienter beskrev behandlingen som krävande. Det uttrycktes förståelse för att de olika behandlingskomponenterna var nödvändiga och att det i efterhand inte sågs som något negativt att det gjorde riktigt ont där och då. ”Jag skulle säga att allt var väldigt jobbigt och påfrestande på olika sätt. Jag skulle inte säga att något var mindre jobbigt. Men jag tror att allt var väldigt nödvändigt, det tror jag” (29).

En klient stack ut genom att beskriva att hon var lugn och fokuserad på behandlingssessionen igenom. Denna klient hade varit med om svåra sexuella trauman efter

den våldtäkt som var föremål för denna MLI-behandling (närmare nutid). För henne blev det distraherande att ”färska” trauman var med på tidslinjen (28).

Helikopterperspektiv. Det framkom beskrivningar av att minnet så att säga ”öppnades upp”. Att man mindes mer, såg sammanhanget från ett helikopterperspektiv, såg vad man kunnat göra annorlunda och inte kunnat göra annorlunda.

Mindre ensamt. Det framkom beskrivningar av att inte längre känna sig så ensam. Detta relaterades till såväl det förberedande informationsmötet som till behandlingssessionen. ”Då blev det så här – oj det här någon som vet vad jag har varit med om nu” (28).

Svårt känna tillit till en främmande person. En klient beskrev att det kändes svårt att berätta om övergreppet för en helt främmande person och att otryggheten kom att prägla hela behandlingssessionen. Klienten blundade inte och hon upplevde sig inte kunna kommunicera till terapeuten att tempot på uppläsningen av tidslinjen inte kändes bra och att hon inte fick kontakt med de minnesbilder som lästes upp. Hon kände ett behov av att få prata under sessionen, men upplevde inte att det fanns utrymme för detta. Hon upplevde att behandlingssessionen var för kort och att hon inte kände sig färdig när sessionen var slut. Det framkom tankar om att det hade känts bättre, tryggare och mindre ensamt om terapeuten även varit den person som givit informationen om den kommande MLI-behandlingen och att det hade varit bra med en återbesökstid efter behandlingen (26).

Har något blivit annorlunda efter MLI-behandlingen?

Det uttrycktes att man nog alltid skulle komma att vara påverkad av det som hänt men att MLI-behandlingen medfört minskad psykisk och fysisk påverkan.

Alla bitar på plats. Det framkom att det upplevdes som avgörande att ha fått hjälp med att få alla delar av traumaminnet på plats och att detta sågs som anledningen till att påträngande bildminnen upphört.

Färre stimuli kopplade till förövaren. Det vittnades om att MLI-behandlingen medfört minskad koppling mellan olika stimuli och förövaren.

”...om jag typ kände en parfym eller liksom, då gick jag galen och fick alltså såhär bilder alla bilder upp i huvudet...som en kamerarulle liksom. Men nu är det...nu får jag inte det längre, jag vet inte...det har bara slutat helt...”, ”...Alltså nu är det inte lika mycket alls som påminner mig om honom. För förut var det liksom att jag var så rädd att få upp bilderna i mitt huvud, att jag alltid fick upp dem i huvudet. Nu behöver jag inte tänka på det” (29).

Går att tänka på och tala om traumat. Det beskrevs att minnet av vad som hänt fanns kvar och att minnet dessutom blivit klarare. Det vittnades om att det fortfarande var jobbigt att tänka på händelsen men att tankarna på det inträffade inte längre tog över och påverkade hela dagen. Det vittnades även om att det faktiskt inte längre kändes jobbigt att närma sig minnet.

” Jag skulle säga att det (minnet) är klarare, definitivt mycket klarare och så tycker jag inte att det är jobbigt att närma mig minnet längre. Förut så när jag närmade mig det så var jag så här att man ryggar undan och börjar tänka på något annat bara av ren vana för att man tänker att det här är en fruktansvärd grej som inte jag vill tänka på” (28).

Det framkom att det blivit möjligt att prata om vad man varit med om. ”Jag kan prata om det utan att bryta ihop. Jag kan erkänna det för mig själv och andra” (27), ”...jag tycker det är skönt om någon vet om att jag har varit med om det, ehm min släkt vet det. Det känns liksom skönt att inte bära på det själv...” (30).

Känslorna mer hanterbara. Det vittnades om att det efter genomgången MLI-behandling gick att vara professionell på jobbet, även då traumaminnet aktiverades. Det beskrevs att ett oväntat möte med förövaren efter MLI-behandlingen varit skrämmande men att det gått att samla ihop sig ganska fort efteråt och fortsätta kvällen som det var tänkt. Det beskrevs att rädslan och obehaget fanns kvar men att det inte var lika starkt. ”Jag är fortfarande väldigt försiktig, men jag är inte lika rädd” (29).

Skam och skuldavlastning. Det vittnades om att det efter MLI-behandlingen skett en förskjutning från att ha känt skam och inte vilja att någon skulle få veta vad som hänt till att inte längre känna skam. Från att ha plågats av skuldkänslor till att inte längre skuldbelägga sig själv.

”Jag minns det likadant fortfarande liksom, om jag kommer att tänka på det och så, men det är väl mer bara att jag liksom inte...jag lägger ingen skuld på mig längre, ehm, jag tycker bara synd om mig själv liksom” (30).

Självmedkänsla. Det vittnades om en nyvunnen självrespekt och en mer förlåtande och vänlig attityd gentemot sig själv. Det beskrevs en ökad förståelse för att det som hänt fortsatte att påverka i olika situationer och att det inte var något konstigt med att till exempel inte kunna slappna av fastän det gått flera år sedan händelsen. De klienter som berättat om att de självskadat och funnit sig i sexuellt våld i högre omfattning än tidigare efter det sexuella trauma de utsatts för, vittnade om att det efter MLI-behandlingen var helt slut med detta. Det framkom en upplevelse av att mötet med det yngre jaget (i visualiseringen) medfört att det nutida jaget också fått något tillbaka i form av en insikt om att inte vara så hård mot sig själv. Det framkom en förskjutning från att ha grubblat över vad man kunnat gjort annorlunda (för att det inträffade

inte skulle ha hänt) till att kunna tänka "...det har hänt, det går inte att ändra på men du är bra" (29).

Stärkt tilltro till den egna förmågan. Det framkom upplevelser av att i allra högsta grad själv ha bidragit till att behandlingen varit verksam genom att i visualiseringen kunna ge sitt yngre jag vad hon behövde. "Om man säger till sig själv att man är värd då är det en väldigt mäktig känsla" (29). "Jag kunde ta bort skulden för mig själv" (27).

Gränssättning. Med "gränssättning" avses här förmågan att kunna uppfatta vad som känns ok eller inte ok för en själv och att kunna kommunicera detta till berörda personer. Det vittnades om att MLI-behandlingen inneburit ett skifte från att ha haft svårt att sätta gränser till att detta efter behandlingen gick betydligt bättre. Det beskrevs att den erövrade förmågan att sätta gränser kommit till nytta i sexuella relationer, vid ovälkomna närmanden på krogen och även tillsammans med vänner. "Jag har alltid haft svårt att säga nej, men jag kände verkligen att jag fick väldigt lätt...jag fick mycket lättare att sätta gränser i allmänhet för mig själv efter det" (28).

Känsla av att kunna leva med det som skett. Det framkom att bristande framtidshopp ersatts av tankar om att det nog fanns en framtid trots allt.

"Förut så tänkte jag liksom att han har förstört mitt liv och jag kommer aldrig att må bra igen. Nu kan jag se en framtid för mig själv även om den inte är kanske jättepositiv så är den ändå en framtid", "Förut var jag såhär, om någon som känner mig kan göra någonting så kan ju vem som helst göra det. Men nu försöker jag ändra på det tänket" (29).

"...så fort jag ser honom så är det som typ att han inte är en riktig människa, alltså det är som det kommer verkligen som en chock. Men jag klarar av att leva med det liksom" (30).

Tacksamhet. Det uttrycktes tacksamhet över att ha fått möjlighet att genomgå behandlingen. Det framkom funderingar kring om metoden även kunde användas till andra typer av trauman och förhoppningar om att fler skulle få möjlighet att genomgå behandlingen.

Diskussion

Det framkommer att MLI upplevts vara en mycket intensiv behandlingsmetod som väckt starka känslomässiga reaktioner och även påverkat kroppen fysiskt under sessionen. Det vittnas om att behandlingen medfört minskade besvär av påträngande minnen och fysiska symtom, minskad förekomst av undvikande, överdriven vaksamhet, kognitiva förvrängningar och negativa känslor. Självdestruktivt beteende har upphört.

Återupplevande

Påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen ingår i DSM-5 kriterierna för PTSD (symtomkluster B).

I denna intervjustudie vittnas det om minskade besvär av återupplevande i form av minnesbilder, flashbacks och fysiska symtom efter MLI-behandlingen.

Undvikande

Benägenheten för att undvika sådant som påminner om traumat innefattas i DSM-5 kriterierna för PTSD (symtomkluster C). Undvikande av situationer, tankar, miljöer och personer som påminner om traumat bidrar i hög grad till att vidmakthålla PTSD-symtomen (Foa, 2007). Ehlers och Clark (2000) framhåller att strategin att aktivt gå in för att *inte* tänka på traumat leder till *ökad* förekomst av oönskade påträngande minnen. Ehlers och Clark (2002) menar att ansträngningar för att inte tänka på traumat medför att traumaminnet inte kan processas och länkas in som en erfarenhet i sitt rumsliga och tidsmässiga sammanhang tillsammans med tillhörande information om vad som föregått traumahändelsen, efterförloppet och andra autobiografiska minnen.

Det framkommer att flera av de intervjuade klienterna i denna studie upplever att de under behandlingssessionen går i närkamp med traumaminnet i stället för att undvika. Det framkommer att MLI upplevs som mycket krävande under första delen av behandlingssessionen. Klienterna kommer i kontakt med starka känslor såsom rädsla och skam. Det vittnas om starka fysiska reaktioner. Vart eftersom behandlingssessionen fortskrider avtar reaktionerna.

Kognitiva förvrängningar och negativt förändrad sinnesstämning

Negativa kognitiva förändringar ingår i symtomkluster D i DSM-5 kriterierna för PTSD. Informationsprocessteorin postulerar att den bakomliggande faktorn vid PTSD är att traumarelaterad information inte processats korrekt, vilket bland annat får till följd att traumaminnet blir desorganiserat och fragmenterat. En viktig del av exponeringsbehandling vid PTSD är att upprepade gånger, för sitt inre, ”genomleva traumat” i syfte att skapa en mer organiserad och sammanhängande representation av traumahändelsen (Amir, Stafford, Freshman & Foa, 1998).

I denna intervjustudie vittnas det om att minnet så att säga öppnas upp och att man därmed kommer ihåg mer av händelsen, exempelvis vad personer sagt och gjort. Det blir

möjligt att sortera i minnena så att traumaförloppet klarnar. Det framkommer minskad förekomst av självanklagelser efter genomgången MLI-session.

Negativa affekter. I den senaste revideringen av diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2014) gjordes förändringar avseende diagnoskriterierna för PTSD. Bland annat gjordes ett tillägg för självupplevda problem med varaktigt negativa affekter såsom rädsla, skräck, vrede, skuld och skam (kriterie D 4). I en studie av Badour, Resnick och Kilpatrick (2017) framkom det att förekomsten av negativa affekter, så som ilska, skam och rädsla var signifikant högre hos individer med överfallsrelaterad PTSD än hos individer som inte uppfyllde kriterierna för PTSD. I en studie av Aakvaag et al. (2016) framkom det att traumarelaterad skam och skuld var mycket vanligt förekommande hos personer som utsatts för våld i alla dess former. Kvinnor upplevde mer skam och skuld än män. Dessa känslotillstånd befanns vara klart relaterade till ångest och depression.

Det vittnas om att negativa affekter så som rädsla, skam och skuld minskat efter MLI-behandlingen.

Minskad vaksamhet

Överdriven vaksamhet ingår i symtomkluster E i DSM-5 kriterierna för PTSD. Psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre stimuli som påminner om traumat och uttalade fysiologiska reaktioner vid påminnelse om traumat ingår, som tidigare nämnts, i symtomkluster B (DSM-5). Ehlers och Clark (2000) föreslår följande; om en person har uppfattningen att det är viktigt att ha kontroll över sina tankar och känslor så kan detta leda till att personen värderar återupplevande av traumaminnet (exempelvis påträngande minnen, mardrömmar, flashbacks och fysiologisk arousal) som mer hotfullt och negativt.

Det vittnas om att det efter MLI-behandling skett en förskjutning från att passa på sig själv och omgivningen, av rädsla för att bli påmind om traumaminnet, till att inte längre göra detta. Det vittnas även om att påminnelser om traumahändelsen inte längre väcker så starka reaktioner. I MLI-behandlingen får klienten en ny erfarenhet av att, tillsammans med terapeuten, gå i närkamp med traumaminnet och erfara att det går att vara i minnet utan att bli galen. Det värsta har redan hänt.

Slut på självdestruktivt beteende. Efter den senaste revideringen av kriterierna för PTSD i DSM-5 har det gjorts ett tillägg för självdestruktivt beteende (kriterie E 2). I en artikel av Contractor, Weiss, Dranger, Ruggero och Armour (2017) framgår det att det finns en koppling mellan självdestruktivt beteende och PTSD, men att det är oklart vilka slutsatser man kan dra av detta. Oavsett hur kopplingen ser ut så är det av vikt att självdestruktivt beteende

blir belyst i klinisk behandling av PTSD. Undertecknads erfarenhet är att det som terapeut kan vara frestande att undvika undersökande av självdestruktivt beteende i samband med sexuell trauma, eftersom det finns en risk för att detta ska uppfattas som ett skuldbeläggande.

Flera klienter beskriver MLI-behandlingen som en vändpunkt vad gäller att börja värna om sig och sätta gränser. Detta lyfts fram som något mycket positivt och som avgörande för att inte komma till skada igen.

Det imaginativa inslaget (fas 3)

Samtliga klienter i denna intervjustudie förmedlar att det varit betydelsefullt att få träffa sitt yngre jag. Det framkommer tankar om att detta möte varit avgörande för att skuldkänslorna och skammen skulle ge vika. Under mötet sker en förskjutning från att bara vara väldigt utsatt till att *samtidigt* vara kapabel att försvara sig och stå upp för sitt yngre jag. Klientens yngre jag är inte längre ensam om att ha varit med om det hemska. Efter visualiseringen har jaget fått sällskap och blivit till ett ”vi”.

Det imaginativa inslaget kommer in i behandlingssessionen först efter många repetitioner av tidslinjen (10–20 repetitioner) då sympatikusreaktionen klingat av. Kanske är det så att det lugn som tillräckligt många repetitioner av tidslinjen slutligen medfört, av klienten tolkas som en följd av att hon hjälpte sig själv i visualiseringen. Det är oklart. Hur det än är med detta så verkar det tveklöst vara så att visualiseringen ger förutsättningar för ny inläring, vilket anses vara avgörande för– och en gemensam faktor för– ett lyckat behandlingsresultat, enligt flera tidigare nämnda behandlingsmodeller för PTSD.

Vad spelar metodvalet för roll om resultatet blir detsamma?

Jämförandestudier har gjorts på behandlingseffekten av olika metoder för behandling av PTSD. Resultatet av dessa pekar mot att ett flertal behandlingsmodeller uppvisar jämbördig effekt (Powers et al., 2010; Horesh, Qian, Freedman & Shalev, 2016). Pace menar att det som skiljer LI från andra metoder är repetitionen av klientens tidslinje och att det är detta som gör metoden så effektiv. Pace framhåller att det för en van LI-terapeut i många fall räcker med en enstaka LI-session på 90 minuter för att bearbeta ett trauma (Pace, 2015). Förutsatt att detta kan beläggas i framtida forskning kan detta komma att innebära en effektivisering av PTSD-behandlingar för personer som varit med om ett singeltrauma.

Ta tillfället i akt

Det uttrycks tveksamhet kring om det hade varit möjligt att genomgå ytterligare sessioner med MLI och lättnad över att det bara var en session. Detta är särskilt värt att beakta med tanke på hur vanligt det är med avhopp vid PTSD-behandlingar (Imel, Laska, Jakupcak & Simpson, 2013). Sannolikheten för att patienten ska avbryta MLI-behandlingen torde vara betydligt mindre än vid andra PTSD-behandlingar förutsatt att klienten blivit ordentligt informerad om hur behandlingen kommer att gå till, vad som kan förväntas hända under sessionen ("först mår man sämre och sedan mår man bättre") och vikten av att inte avbryta behandlingssessionen.

Metoddiskussion, styrkor och svagheter

Urval. Av de 36 klienter som genomgått MLI-behandling inom tidigare nämnda RCT-studie valde fem klienter att delta i föreliggande processutvärderingsstudie. Studien är liten och uppnår inte mättnad. Sannolikt skulle nya aspekter och teman framkomma vid ett större antal intervjuer. Det går inte att dra några slutsatser om att dessa klienters utsagor om vad behandlingen inneburit för dem skulle vara representativa för samtliga klienter som genomgått behandlingen. En urvalsbias kan finnas, eftersom deltagande i studien varit frivilligt finns möjligheten att klienter som upplevt sig vara hjälpta av behandlingen varit mer benägna att vilja delta i studien än de som inte upplevt behandlingseffekt.

Intervjuaren ej neutral. Undertecknad är legitimerad psykolog och har genomgått utbildning i LI och använder ofta de olika protokollen som ett inslag i psykoterapier med vuxna som genomlevt olika typer av trauman. Att vara väl förtrogen med metoden har inneburit såväl fördelar som nackdelar i intervjusituationerna. På grund av förförståelse kan undertecknad ha missat möjligheten att fråga vidare och få förtydliganden av vad klienterna syftat på, och därmed gått miste om viktig information. Vid genomläsning av intervjuerna framgår det att undertecknad vid flera tillfällen frångår intervjuarens neutrala roll när klienterna haft svårt för att finna ord för sin upplevelse. Exempelvis har förslag givits på vad klienten kanske menar. Undertecknad har strävat efter att inte ta med de meningarna i resultatdelen, även om klienterna kan ha sagt att det var exakt så de menade.

Viktigt att beakta

RCTn syftar till att undersöka en-sessionsbehandling med MLI efter sexuellt singeltrauma. Behandlingen är *inte* utformad för klienter med komplex PTSD till följd av exempelvis traumatiserande uppväxtförhållanden. Pace har utformat andra LI-protokoll för behandling av komplex PTSD och i dessa fall omfattar behandlingen betydligt fler sessioner.

I den RCT som föreliggande studie är en processutvärdering av erbjöds klienterna ett förberedande informationsmöte av en läkare och en behandlingssession med en MLI-terapeut. Detta är sannolikt inte ett optimalt behandlingsupplägg då det kan vara svårt att så snabbt få till en bärande allians. Det är även av vikt att följa upp om det behövs fler behandlingssessioner för att PTSD-symtomen ska klinga av.

I föreliggande processutvärdering framkommer det att en deltagare tyckte det var klart negativt att endast träffa terapeuten en gång. En annan deltagare berättade att hon av en slump, i samband med informationsmötet, fick möjlighet att hälsa på sin terapeut. Det framkommer att hon tyckte det var positivt att på förhand veta vem hon skulle träffa.

Det framkommer att en av klienterna varit med om flera sexuella trauman som skett efter den händelse som behandlades med MLI (det vill säga trauman närmare nutid). Denna klient vittnade om att det var störande för henne att dessa trauman fanns med på tidslinjen. Pace (2015) är tydlig med att om det finns flera trauman på tidslinjen så ska dessa behandlas under separata sessioner. Det trauma som ligger närmast nutid ska behandlas först. Därefter det trauma som ligger näst närmast nutid och så vidare bakåt på tidslinjen. På så vis slipper klienten bli aktiverad av icke bearbetade traumaminnen som kommer efter det traumaminne som behandlas.

Tidsåtgång. I manualen för MLI PTSD-protokoll står det att en session varar mellan 90–140 minuter. Undertecknads erfarenhet av behandlingsmetoden är att det även kan bli fråga om behandlingssessioner som är längre än så. Detta bekräftas av en mycket erfaren LI-psykoterapeut och handledare, Ismini Ohm-Zalitis (personlig kommunikation, 5 november 2020). Det säger sig självt att detta är mycket krävande för terapeuten, såväl fysiskt som psykiskt, och att det behövs gott om tid för återhämtning efter en MLI-session. Tidsaspekten behöver kommuniceras till beställare (ersättningssystemet behöver ses över) och chefer inom vårdcentral och psykiatri behöver vara införstådda med att terapeuter som arbetar med MLI inom den offentliga sektorn inte kan förväntas behandla lika många patienter per dag som de terapeuter gör som arbetar med kortare sessioner (45–50 minuter).

Slutsats

Det framkommer att en session med MLI minskat många PTSD-relaterade symtom (symtomkluster B, C, D och E i DSM-5). Det finns uppenbara fördelar med MLI, såväl samhällsekonomiskt som för individen själv. Om metoden får spridning skulle detta kunna leda till att fler personer som lider av PTSD-symtom efter singeltrauma får chansen att genomgå en potent behandling.

Framtida forskning

Ytterligare studier behöver göras för att validera behandlingsmetoden.

MLI för PTSD ej relaterad till sexuellt våld. Undertecknads erfarenhet är att LI-PTSD-intervention (utan inslag av re-script) fungerat väldigt bra även för icke sexuellt relaterad PTSD. Det vore värdefullt med vidare forskning kring detta.

Sexuell funktion innan och efter behandling. Sexuallivet påverkas ofta efter att en individ utsatts för sexuellt våld (Yehuda, Lehrner & Rosenbaum, 2015). I denna intervjustudie saknas samtal/frågor kring klienternas sexualliv innan och efter MLI-behandlingen. Detta är en klar brist som behöver belysas i framtida studier.

Terapeutens preferens av behandlingsmetod. PTSD-behandling är, oberoende av inriktning, många gånger både psykiskt och fysiskt krävande för såväl klienter som terapeuter. Behandlingsinterventionerna innefattar att gå i närkamp med traumaminnat vilket väcker starka känslor till liv hos klienten så som ångest, rädsla, ilska och ledsenhet. Terapeuten behöver vara maximalt närvarande och inkännande under hela sessionen för att kunna dela och modulera klientens upplevelse. Det är viktigt att terapeuten känner sig trygg med och ”trivs” med behandlingsmetoden. I en studie av Arntz, Tiesema och Kindt (2007) framkom det att terapeuter föredrog Imaginativ Exponering i kombination med Imaginativ Rescripting framför enbart Imaginativ Exponering, eftersom Imaginativ Rescripting fick dem att känna sig mindre hjälplösa.

Sekundär traumatisering (på engelska; Secondary Traumatic Stress Disorder, STSD) är ett syndrom innefattandes symtom i stort sett överensstämmande med PTSD. Skillnaden ligger i att STSD-symtomen utvecklats till följd av att ha exponerats för att ta del av en annan persons traumatiserande erfarenhet (Figley, 1995). Pace framhåller att LI-terapeuter inte löper någon risk för sekundär traumatisering vid LI-behandlingar (Pace, 2015). Detta får väl anses vara att lova stort, men om löftet håller så är det ju ingenting annat än fantastiskt.

PTSD-interventioner kräver många gånger längre sessioner. I PE är behandlings-sessionen 90 minuter, i MLI ofta längre än så. Detta innebär ett stillasittande som kan vara förenat med hälsorisker, exempelvis ryggsmärta (Baker, Coenen, Howie, Williamson & Straker, 2018). Det behövs jämförande studier av psykoterapeuters upplevelse av att arbeta med MLI och andra behandlingsmetoder för PTSD, gällande hur väl man ”trivs” med metoden, eventuella erfarenheter av sekundär traumatisering såväl som upplevda fysiska hälsoaspekter.

Referenser

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*. 204 (16–23).
- American Psychiatric Association. Översättning till svenska av Herlofson, J. (2014) *MINI-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press AB.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., Foa, E. B. (1998). Relationship Between Trauma Narratives and Trauma Pathology. *Journal of Traumatic Stress*. 11 (2).
- Arntz, A., Tiesema, M., Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 38 (4), 345–370.
- Badour, C.L., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G. (2017). Associations Between Specific Negative Emotions and DSM-5 PTSD Among a National Sample of Interpersonal Trauma Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*. 32 (11), 1620-1641.
- Baker, R., Coenen, P., Howie, E., Williamson, A., Straker, L. (2018). The Short Term Musculoskeletal and Cognitive Effects of Prolonged Sitting During Office Computer Work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15 (8):1678.
- Balkus, B. (2012). *Lifespan Integration effectiveness in traumatized women*. A dissertation to fulfill the requirement for a Doktor of Psychology in counseling psychology at Northwest University, USA.
- Contractor, A. A., Weiss, N. H., Dranger, P., Ruggero, C., Armour, C. (2017). PTSD's risky behavior criterion: Relation with DSM-5 PTSD symptom clusters and psychopathology. *Psychiatry Research*. 252, 215-222. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.008.
- Covers, M., Jongh, Ad De., Huntjens, R, J., De Roos, C., Van Den Hout, M., Bicanic, I. A. (2019). Early intervention with eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of posttraumatic stress symptoms in recent rape victims: study protocol for a randomised controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology* 10 (1).
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder: *Behaviour Research and Therapy*. 38 (4). 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S., Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *The American Journal of Psychiatry*. Published online: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1483>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue, Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Taylor & Francis Group.
- Foa, E. B. (1997). Trauma and women: course, predictors, and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 58 Suppl 9:25-8.
- Foa, E. B. (2007). *Emotionell bearbetning vid PTSD – Terapeutmanual vid traumafokuserad KBT*. Stockholm: Natur och Kultur.

Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 38 (4).

Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., et al. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80 (6), 345-52.

Holmes, E. A., Arntz, A., Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 38 (4), 297-305.

Horesh, D., Qian, M., Freedman, S., Shalev, A. (2016). Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy*.

Hu, M. (2014). *Lifespan Integration efficacy: A mixed methods multiple case study*. Trinity Western University.

Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 81(3), 394-404.

Keefe, J.R., Stirman, S. W., Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J., Smith, B. N., Resick, P. A. (2018). In rape trauma PTSD, patient characteristics indicate which trauma-focused treatment they are most likely to complete. *Depression & Anxiety*. doi:10.1002/da.22731.

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 4-12.

lifespanintegration.com. Hämtad 23 augusti, 2020 från <http://www.lifespanintegration.com>

Messman-Moore, T. L., Ward, R. M., Brown, A. L. (2008). Substance use and PTSD symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260508317199

Michel, P-O. (Red.) (2018). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.

Morina, N., Lancee, J., Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 55, 6-15.

Mörkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J. et al. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*. 34 (6), 453-467. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.005>

Nishith, P., Resick, P. A., Griffin, M. G. (2002). Pattern of change in Prolonged Exposure and Cognitive-Processing Therapy for female rape victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (4), 880-886.

- Pace, P. (2015). *Lifespan Integration: Connecting ego states through time*. Eirene Imprint.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 30(6), 635-641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007.
- Rajan, G., Wachtler, C., Lee, S., Wändell, P., Philips, B., Wahlström, L., et al. (2020). A one-session treatment of PTSD after single sexual assault trauma. A pilot study of the WONSA MLI project: A randomized controlled trial. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Resick, P. A., Schnicke, M. C. (1993) *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park. CA: Sage.
- Sareen, J., Cox, B., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., Asmundson, G. J. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*. 69 (3), 242-248.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind* (2nd rev. ed.). New York. The Guilford Press.
- Socialstyrelsen (2020). Hämtad 29 augusti 2020 från <http://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/posttraumatiskt-stressyndrom-vuxna>
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*. 51 (10), 641-647.
- Tiihonen Moller, A., Backstrom, T., Sondergaard, H. P., Hellstrom, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111136>
- WONSA, 2020. MLI-manualen finns på wonsas hemsida. Gå in på hemsidan och klicka dig fram följande steg: Forskning–Publicerade studier–Manual. Hämtad 20 november, 2020 från <http://www.wonsa.se>
- Yehuda, R., Lehrner, A. M., Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 12 (5), 1107–1119. <https://doi.org/10.1111/jsm.12856>

IES-R

Namn: _____ **Datum:** _____

Instruktion: Här följer en lista på svårigheter som människor ibland får efter stressfyllda livshändelser. Var vänlig och läs varje punkt, markera sedan hur smärtsam varje svårighet har varit för *dig under de senaste 7 dagarna* med avseende på _____ (händelsen). Hur mycket smärta upplevde du eller hur besvärad var du av dessa svårigheter?

	Inte alls 0	Sällan 1	Måttligt 2	Mycket 3	Extremt 4
1. Varje påminnelse väckte till liv känslor av detta					
2. Jag hade svårt att sova					
3. Andra saker fick mig att tänka på detta					
4. Jag kände mig irriterad och arg					
5. Jag undvek att låta mig bli upprörd när jag tänkte på eller blev påmind om detta					
6. Jag tänkte på detta när jag inte ville det					
7. Jag kände mig som om detta inte hade hänt mig eller som om det inte var verkligt					
8. Jag höll mig borta från det som kunde påminna mig om detta					
9. Bilder om detta kom in i mitt huvud					
10. Jag hoppade till och hade lätt för att reagera					
11. Jag försökte att inte tänka på det					
12. Jag var medveten om att jag fortfarande hade många känslor om detta, men jag tog inte itu med dem					
13. Mina känslor för detta var på något sätt förlamade					
14. Jag såg mig själv bete mig eller känna mig som om jag var tillbaka vid den tidpunkten					
15. Jag hade svårt att somna					
16. Jag hade starka känslovågor om detta					
17. Jag försökte få bort detta från mitt minne					
18. Jag hade svårt att koncentrera mig					
19. Påminnelser orsakade fysiologiska reaktioner hos mig som ex. svettning, andningssvårigheter, illamående eller hjärklappning					
20. Jag drömde om det					
21. Jag kände att jag ville övervaka saker och ting och var i försvarsposition					
22. Jag försökte att inte tala om det					

Du tillfrågas om deltagande i studien

”Lifespan Integration efter sexuellt trauma, en intervjustudie, patientens upplevelse av behandlingen”

Våldtäkter och sexuella trauman är ofta skrämmande och traumatiserande händelser och det är vanligt att fortsätta uppleva känslor som rädsla, skräck, obehag och nedstämdhet också långt efter händelsen.

Projektet Lifespan Integration syftar till att ta reda på om den psykologiska behandlingsmetoden Lifespan Integration kan ge snabb symtomlindring vid obehagliga upplevelser och känslor efter våldtäkt eller sexuella trauman.

Du har deltagit i den första delen av den här studien “Lifespan Integration efter sexuellt trauma, en behandlingsstudie, vars mål är att se hur effektiv behandlingsmetoden är.

Nu vill vi tillfråga dig om du vill delta i den andra delen av samma studie som syftar till att förstå hur de som erhållit behandling upplever behandlingen Lifespan Integration. Det är en intervjustudie där 15-20 personer djupintervjuas angående hur man upplevde behandlingen. Vi kommer inte gå in i själva traumat utan kommer uppehålla oss kring förståelsen kring hur man upplevde behandlingen och dess eventuella effekter. Intervjun tar ca 1 timme.

Ljudinspelning sker av alla intervjuer under studien. Svaren kommer sedan att analyseras och sammanställas.

Alla frågor, svar och inspelat ljud behandlas utan att din identitet kan spåras, och förvaras inlåsta på Wonsa och senare på Karolinska Institutet.

När studien är klar kommer du få en sammanfattning om studiens resultat skickad hem till dig. Du kommer också kunna läsa studien i sin helhet genom Wonsas hemsida.

Ingen ersättning utgår för deltagande. Deltagande är förstås helt frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför. Om du önskar ytterligare information om studien så svara Gita Rajan på telefonnummer xx-xxxxxx.

Med vänlig hälsning,

Axel C Carlsson, Forskningsansvarig, KI

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag accepterar
att delta i forskningsstudien rörande *Lifespan integration efter sexuellt trauma, en intervjustudie* och har förstått att mitt deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan någon förklaring.

Jag godkänner
att ljudinspelningarna från intervjun som jag deltagit i kommer förvaras inlåsta på Wonsa och senare på Karolinska Institutet.
att ljudinspelningarna kommer att användas på det sätt som beskrivits i patientinformationen.

Datum: _____ Underskrift: _____

Personnummer: _____

Härmed intygas att jag har försäkrat mig om att ovanstående person har läst och förstått innehåll i patientinformation och skriftligt samtycke, och att det är ett informerat samtycke som ovan givits.

Datum: _____ Underskrift forskningsassistent: _____

Namnförtydligande: _____

Upprättas i två original varav forskningspersonen behåller det ena och det andra arkiveras av ansvarig prövare

Intervjuguide, Emma Hanfot, version 7 korrigerad efter intervju kod 5 med tillägg av Muriels frågor (markerade med "M") 2020-01-21

Introduktion plus samtycke innan intervjun:

- Kortfattat gå igenom syftet med studien
- Hur materialet kommer att användas och förvaras
- Anonymitet (avidentifiering) och rätt att avbryta
- Både positiva och negativa upplevelser uppmuntras att man delger
- Förklara min delaktighet i projektet (vi är flera som samarbetar i denna studie)

Kongruens med protokollet

(förklara att detta är frågor rörande om RCT/effektstudien blev utförd på rätt sätt, kan vara svårt för patienten att komma ihåg och det är ok):

- Hur fick du veta om studien?
- Blev du uppringd eller fick ett mejl med ytterligare information om studien?
- Skrev du på samtycke eller gjorde ett muntligt samtycke?
- Fyllde du i en web-skattning c:a en vecka innan LI-behandlingen (5 dagar plus/minus 3 dagar)?
- Träffade du läkare innan LI-behandlingen?
- Hur många LI-behandlingar genomgick du?
- Fick du fylla i ytterligare web-skattningar 2 veckor efter LI-behandlingen?
- Fick du fylla i ytterligare web-skattningar 6 månader efter LI-behandlingen?

Kontextuella faktorer som kan ha påverkat utfallet positivt eller negativt

- Nu kommer jag ställa frågor till dig angående din livssituation innan, under och efter LI-behandlingen. För att kunna förstå hur allt hänger ihop skulle jag behöva veta:
 1. Hur många sexuella trauman har du varit utsatt för?
 2. Ungefär när skedde det?
 3. När genomgick du behandlingen med LI? (kolla upp innan i journalen/exeldokument).
- Hur såg din livssituation ut innan LI-behandlingen?
Positiva respektive negativa aspekter som kan ha påverkat måendet. Hur stor del berodde på det sexuella traumat?
- Hur ser din livssituation ut nu efter behandlingen?
- Finns det något i din livssituation (som inte har med det sexuella traumat att göra) som kan ha påverkat ditt mående positivt eller negativt innan/under/efter LI-behandlingen?
- Informerade läkaren som du träffade innan LI-behandlingen dig om LI-metoden? (M)
Följdfråga: Vad minns du av informationen om metoden? (M)
- Informerade LI-terapeuten dig om något särskilt innan ni satte igång med behandlingssessionen? (M)
Följdfråga: Vad minns du av informationen om metoden? (M)

Upplevelse och förståelse av LI (Emma och Muriels ("M") frågor):

- Hur upplevde du LI-behandlingen?
- Kan du försöka beskriva för mig vad det var som egentligen hände med dig under behandlingen? (M)
- Hände det något under behandlingen som medfört att det känns annorlunda nu jämfört med före behandlingen? (M)
- Upplevde du något positivt med LI-behandlingen, i så fall vad?

Följdfråga: Varför tror du att du upplevde ”det patienten upplevde” som positivt?

Följdfråga: Upplever du att ”det patienten upplevde” förändrat sig över tid?

- Upplevde du något negativt med LI-behandlingen, i så fall vad?

Följdfråga: Varför tror du att du upplevde ”det patienten upplevde” som negativt?

Följdfråga: Upplever du att ”det patienten upplevde” förändrat sig över tid?

- Under behandlingen så fick du först berätta om vad det var som hänt dig, hur var det för dig?
- Sen var det terapeuten som läste upp dina minnen för dig, hur var det för dig?
- Var det någon gång så att du fick gå in i minnet av traumat och göra något som inte hade hänt i verkligheten? Hur upplevde du det?
- Upplevde du att du kunde påverka processen på något sätt? (M)
- Var det något som förvånade dig under behandlingen? (M)
- Var det något med LI-metoden som du upplevde var särskilt obehagligt? (M)
- Var det något med LI-metoden som du upplevde var särskilt svårt? (M)
- Var det någon *del* av behandlingen som var *extra* svår? (M)

Följdfråga: Tror du att terapeuten märkte av att det var extra svårt för dig då? (M)

Följdfråga: Vad gjorde terapeuten då, när det var som svårast för dig? (M)

Följdfråga: Hur blev det för dig att terapeuten gjorde så? (M)

- Var det någon gång så svårt att du fick lust att avbryta behandlingen och sticka därifrån? (M)
- Följdfråga: Vad var det som fick dig att inte avbryta? (M)
- Hur mådde du direkt efter behandlingen?
- Hur upplevde du terapeuten under behandlingen?
- Finns det något som du önskar att terapeuten skulle gjort annorlunda och som du tror hade varit hjälpsamt för dig under behandlingen? (M)
- Upplever du att minnet av det sexuella traumat på något sätt förändrats sedan du genomgick behandlingen?

Följdfråga: Har det förändrats över tid?

Förståelse/tankar kring LI-behandlingen:

- Vad hade du för tankar om LI-metoden innan du själv upplevde den/genomgick behandlingen?
- Vad hade du för tankar om LI-metoden under själva behandlingen?
- Vad har du för tankar angående LI-metoden nu efter behandlingen?
- För patienter med självupplevd effekt: Har du några tankar kring vad det är som är verksamt/hjälpsamt med metoden?
- För patienter *utan* självupplevd effekt: Har du några tankar kring varför LI-metoden *inte* var till hjälp för dig?
- Tycker du att du har lärt dig något från LI-behandlingen?

Andra behandlingar:

- Har du försökt något annat för att bearbeta det sexuella traumat?
Om ja, Upplevde du att LI-skiljde sig på något sätt från de andra terapimetoderna/de andra sätten du försökte?
På vilket sätt? Upplevde du någon skillnad i behandlingseffekt mellan de olika metoderna?

Avslutande frågor:

- Finns det någonting mer som du tycker att jag behöver veta om din upplevelse av LI-behandlingen för att förstå dig bättre?
- Har du någon fråga till mig?
- Sammanfatta