



Komplex PTSD: Symtombild och lämplig behandling

Sophie Cercio & Anja Sternudd

Ht 2013
Examensarbete, 30 hp
Psykologprogrammet 300 hp
Handledare: Inga Dennhag

Our warmest regards goes to the persons who contributed to this student thesis.
In alphabetic order:

Kjerstin Almqvist – adjungerad professor, Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap, Karlstads Universitet

Kerstin Bergh Johannesson – leg psykolog, leg psykoterapeut, med dr, specialist i klinisk psykologi vid Uppsala Psykoterapimottagning och Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri vid Uppsala universitet

Marylene Cloitre – PhD, Associated Director of research of the National Center for PTSD Dissemination and Training Division, Palo Alto VA Health Care Service

Inga Dennhag – PhD, leg psykolog, Institutionen för psykologi, Umeå universitet

Bonnie L. Green – PhD, Professor and Vice Chair for Research Department of Psychiatry, Georgetown University Medical School

Marian Landström – leg psykoterapeut, handledare i psykoterapi, Psykologmottagningen, Umeå universitet

Åsa Söderberg – leg psykolog vid ASTA-teamet, Psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus

Lena Wännman – leg psykolog vid ASTA-teamet, Psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus

Thank you for your time and effort.

KOMPLEX PTSD: SYMTOMBILD OCH LÄMPLIG BEHANDLING

Sophie Cercio och Anja Sternudd

Komplex PTSD är i dagsläget ingen fristående diagnos och det saknas en etablerad definition. Samtidigt är patientgruppens behov av anpassad behandling stort. Denna studie syftade till att fånga svenska behandlares uppfattning gällande symtombildens manifestation och lämplig behandling vid komplex PTSD. Resultatet sammanställdes utifrån enkätsvar från 65 behandlare vid trauma- och allmänpsykiatriska mottagningar. De symtomkluster som skattades som mest förekommande och funktionsnedsättande var nedsatt förmåga till affektreglering tillsammans med överspändhet och återupplevande. Fasset specifika behandling föredrogs där psykoedukation och ångest/ stresshantering sågs som förstahandsval både i en inledningsfas och i en arbetsfas. I arbetsfasen uppfattades även två andra behandlingstekniker som förstahandsval: bilateral stimulering och affektiv färdighetsträning. Slutsatsen är att behandlarna upplever att nedsatt förmåga till affektreglering bidrar lika mycket som PTSD-symtomen till problematiken. Vidare föredrar behandlarna trygghetsskapande och stabiliserande behandlingstekniker under inledningsfasen. Under arbetsfasen föredras flertalet tekniker i kombination med traumabearbetning.

Complex PTSD is not an independent diagnosis, yet there is an impending need for appropriate treatment for these patients. This study aimed to explore Swedish clinicians' experiences of symptomatology and appropriate treatment regarding complex PTSD. The result was compiled from survey answers of 65 clinicians working at trauma and out-patient clinics. The clusters most commonly endorsed as frequently present and substantial contributors to impairment were affect dysregulation, hyperarousal and re-experiencing. A phase-based approach was preferred where education about trauma and anxiety/ stress management were perceived as first-line interventions in both phase 1 and phase 2. Two additional approaches were perceived as first-line interventions in phase 2: bilateral stimulation and emotion regulation interventions. In conclusion the clinicians consider affect dysregulation equivalent PTSD-clusters regarding contributing to the difficulties. Additionally, approaches mediating safety and stabilization were preferred during phase 1. Several approaches in combination with narration of trauma were preferred during phase 2.

En stark koppling mellan erfarenheter av trauma och flera allvarliga psykiatriska diagnoser är idag vedertagen (Al-Saffar, Borgå, & Hällström, 2002; Borgå, 2005; Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede, & Frueh, 2011; McFarlane, 2000; McFarlane, Bookless, & Air, 2001). Borgå (2005) beskriver att det är mer regel än undantag att patienter inom psykiatrisk vård har varit med om trauman. Det är idag även vedertaget att de flesta som rapporterar att de utsatts för trauma inte har upplevt enbart ett enskilt trauma utan snarare har upplevt multipla trauman som ägt rum under en längre tidsperiod (Kessler, 2000). En svensk studie från 2002 (Al-Saffar et al.) visade att omkring 90% av patienterna på en allmänpsykiatrisk mottagning hade upplevt minst ett trauma och att 77% av dessa hade upplevt multipla trauman. Multipla trauman som ägt rum under en längre tid benämns inom vissa delar av forskningen som *komplexa trauman* och anses kunna resultera i komplext posttraumatiskt stressyndrom (komplex PTSD) (Courtois, 2004; Herman, 1992b).

Samtidigt som trauma är mycket vanligt inom psykiatrin är området relativt nytt och vida omstritt inom forskningen (Maercker et al., 2013). Det råder fortfarande kunskapsbrister bland annat gällande vilka symtom som kan uppstå till följd av olika slags trauman (Hagenaars, Fisch, & Van Minnen, 2011; Hodges, Godbout, Briere, Lanktree, Gilbert, & Kletzka, 2013; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, &

Spinazzola, 2005; Yehuda & LeDoux, 2007) och vilken slags behandling som är verkningsfull för traumatiserade patienter med olika symtombilder (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012; Kubany & Watson, 2002; van der Kolk et al., 2005). Sådana kunskapsbrister gäller i särskilt stor utsträckning för patienter med komplex PTSD och behovet av vidare forskning uttrycks vara mycket omfattande (Bryant, 2012; Courtois & Ford, 2009; Goodman, 2012; Herman, 2012; Kilpatrick, 2005a; 2005b; Resick et al., 2012; van der Kolk & Courtois, 2005). Denna studie syftade därför till att bidra inom detta område genom att undersöka hur behandlare i Sverige ser på komplex PTSD, med fokus på symptomkluster och behandling.

Ett utökande av PTSD-diagnosen

Kritik har tidigare riktats mot PTSD-diagnosen för att den inte innefattar fler än de tre PTSD-symptomklusterna återupplevande, undvikande och överspändhet (van der Kolk et al., 2005). Forskning visar att fler symptom kopplade till trauma borde lyftas in i ett diagnostiskt sammanhang (Blom & Oberink, 2012; Elhai & Palmieri, 2011; Haagenars et al., 2011; van der Kolk et al., 2005). En frånvaro av en utökad PTSD-diagnos har lett till att tidigare studier om trauma så gott som uteslutande fokuserat på PTSD-symptomatologi och att symptom som inte ryms inom diagnosen vanligen klassificerats som komorbiditet (McDonagh et al., 2005). Patienter som utöver PTSD även har komorbida symptom såsom affektiva-, somatiska- eller dissociativa symptom blir ofta borttagna från studier om behandling av PTSD (Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2005) alternativt klarar ofta inte av att fullfölja PTSD-behandlingar (McDonagh et al., 2005). Trots att mer än 80 % av alla patienter diagnosticerade med PTSD har konstaterats lida av olika komorbida tillstånd (Foa, Friedman, & Keane, 2000) saknas behandlingsmetoder som specifikt adresserar PTSD i kombination med olika typer av komorbiditet (van der Kolk et al., 2005).

Det har även noterats att PTSD-patienter generellt sett ofta avbryter behandlingar i förtid, med flertalet studier som har bortfall på omkring 50% (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, & Gray, 2008), liksom att många patienter fortsätter att uppvisa PTSD-symptom även efter behandling (Kehle-Forbes, Polusny, Macdonald, Murdoch, Meis, & Wilt, 2013). Sammantaget tyder detta på att de existerande PTSD-behandlingarna inte förmår behandla alla patienter med en traumaproblematik tillräckligt effektivt och att det är angeläget att forskningen i större utsträckning fokuseras även mot individer med en traumaproblematik vars symptom inte ryms inom PTSD-diagnosen.

Komplex PTSD

Begreppet komplex PTSD myntades 1992 av Judith L. Herman i syfte att just fånga en mer omfattande traumaproblematik innehållande fler symptom än vid PTSD (Courtois, 2004; Herman, 1992b). Det saknas dock en etablerad definition av komplex PTSD inom forskningen (Resick et al., 2012; Bryant, 2012; Herman, 2012). Komplex PTSD utvärderades inför en eventuell inkludering som fristående diagnos i både DSM-IV och DSM-5, men togs inte med på grund av att det ansågs saknas väsentlig forskning (Resick et al., 2012). Komplex PTSD-symptom finns istället med

bland de associerade särdrag ("associated features") som är tillagda PTSD-diagnosen i DSM-IV och DSM-5 (APA, 1994; 2013). Därav beskrivs komplex PTSD återkommande som PTSD + associerade särdrag (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach, & Green, 2011; Resick et al., 2012). Förespråkare av komplex PTSD som fristående diagnos menar emellertid att ett inkluderande av diagnosen är nödvändigt för att den eftersökta forskningen ska kunna komma till stånd och att en inkludering skulle ha ett stort kliniskt värde (Bryant, 2012; Herman, 2012; Lindauer, 2012). Diagnosen är nu under ny utredning för att eventuellt inkluderas i ICD-11, det vill säga nästa upplaga av WHO's (Worlds Health Organization) diagnosmanual (Maercker et al., 2013).

Vilka symtomkluster som kan kopplas till komplex PTSD har likaså debatterats och varierar inom traumatilitteraturen (Briere & Spinazzola, 2005; Courtois & Ford, 2009; ISTSS, 2012; Resick et al., 2012;). En sammansättning av symtomkluster som emellertid används återkommande är just kombinationen av de tre PTSD-symtomklustrena återupplevande, undvikande och överspändhet samt ett antal symtom som är beskrivna som associerade särdrag till PTSD (APA, 1994; Courtois & Ford, 2009). Denna sammansättning av symtomkluster användes bland annat i en amerikansk enkätstudie av Cloitre med kollegor (2011) som undersökte konsensus bland 50 experter, verksamma som forskare och kliniker inom traumaområdet. I studien svarade dessa traumaexperter på frågor om symtom hos patienter med komplex PTSD och om lämplig behandling för dessa. Resultatet av studien låg i stor utsträckning till grund för de riktlinjer för behandling av patienter med komplex PTSD som utformades av International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2012). Resultatet av studien (Cloitre et al., 2011) har även delvis legat till grund för det diagnosförslag om komplex PTSD som utarbetades inför utgivningen av ICD-11 (Maercker et al., 2013).

Konceptualiseringen av komplex PTSD i studien av Cloitre med kollegor (2011) innehöll därmed: 1) *återupplevande* som innefattar påträngande tankar och/eller bilder; 2) *undvikande* som innebär undvikande av företeelser associerade med traumat och emotionell avtrubbning; 3) *överspändhet* som inbegriper låg tröskel för att bli skrämmd, hypervigilans och sömnsvårigheter. Utöver detta innehöll konceptualiseringen ytterligare åtta symtomkluster, tagna från PTSD-diagnosens associerade särdrag: 4) *nedsatt förmåga till affektreglering* som innefattar starka känslomässiga reaktioner och låg toleransnivå för negativa känslor; 5) *nedsatt förmåga till beteendereglering* som utmärks av självskadebeteende, missbruk eller aggressivt beteende riktat mot andra; 6) *uppmärksamhetsstörning* som inbegriper svårigheter med att upprätthålla uppmärksamheten; 7) *dissociation* som kan utgöras av depersonalisation, derealisation eller dissociativ minnesförlust; 8) *ihållande dissociativa störningar* som innefattar förvirrad eller vag upplevelse av den egna identiteten, dissociativ fugue samt multipla identiteter; 9) *interpersonella svårigheter* som utmärks av konfliktyllda eller kaotiska relationer, undvikande av relationer eller överdrivet upptagen av relationer; 10) *förlust av mening* som innefattar avsaknad av syfte och/eller mening i livet, avsaknad av tillit till andra, känsla av att vara permanent skadad samt kroniska skam- och skuldskänslor; 11)

somatiska symtom som inbegriper kronisk smärta, avdomnade kroppsdelar eller närvaro av stressrelaterade symtom.

Forskning kring symtomkluster vid komplex PTSD

Forskningen om de olika symtomklusterna vid komplex PTSD är ytterst begränsad, exempelvis vad gäller förekomst av olika symtomkluster och hur dessa tenderar att bidra till patienternas funktionsnedsättning eller vilken betydelse de har för behandlingen (Cloitre et al., 2011). I en studie av Cloitre med kollegor (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005), där deltagarna bestod av kvinnor med PTSD som hade erfarenheter av sexuella övergrepp i barndomen, indikerade resultatet att två symtomkluster från de associerade särdragen hade stor påverkan på funktionsnedsättningen för denna patientgrupp: nedsatt förmåga till affektreglering och interpersonella svårigheter. Dessa två symtomkluster tillsammans bidrog lika mycket till kvinnornas funktionsnedsättning som de tre PTSD-symtomklusterna återupplevande, undvikande och överspändhet gjorde tillsammans.

Detta stämmer till stor del överens med resultatet från konsensusstudien av Cloitre med kollegor (2011), i vilken traumaexperter skattade graden av olika symtomklusters förekomst vid en komplex PTSD-problematik och hur mycket de olika symtomklusterna bidrar till dessa patienters funktionsnedsättning. Nedsatt förmåga till affektreglering och interpersonella svårigheter skattades i störst utsträckning förekommande; symtomklusterna skattades som ofta eller så gott som alltid förekommande av 93% respektive 87% av deltagarna. Därefter skattades PTSD-symtomklustret undvikande som ofta eller så gott som alltid förekommande av 84% av deltagarna. Vad gäller symtomklustrens bidragande till funktionsnedsättningen, så hamnade återigen nedsatt förmåga till affektreglering och interpersonella svårigheter i toppen. Båda symtomklusterna skattades av 94% av deltagarna som betydligt bidragande funktionsnedsättningen. Därefter skattades nedsatt förmåga till beteendereglering och PTSD-symtomklusterna återupplevande och undvikande som betydligt bidragande till funktionsnedsättningen av 78%, 69% respektive 67% av deltagarna.

Forskning kring behandling av komplex PTSD

I dagsläget finns mycket få studier som utvärderar olika typer av behandlingsmetoder eller behandlingstekniker specifikt utvecklade för patienter med komplex PTSD (Cloitre et al., 2011; Courtois & Ford, 2009; ISTSS, 2012). Samtidigt har behovet av utvärderade behandlingsmetoder eller behandlingstekniker för denna patientgrupp uttryckts vara mycket stort (van der Kolk & Courtois, 2005), särskilt vad gäller metoder eller tekniker som utvärderats vara både effektiva och säkra för denna patientgrupp (Kilpatrick, 2005a; 2005b). Cloitre med kollegor (2011) fokuserade på behandlingsteknikers övergripande effektivitet och säkerhet. Resultatet visade att två av totalt tio behandlingstekniker skattades som förstahandsval utifrån effektivitet: berättande av traumaminnen och affektiv färdighetsträning. Fem behandlingstekniker skattades som förstahandsval

utifrån säkerhet: psykoedukation, ångest- och stresshantering, kognitiv omstrukturering, interpersonell färdighetsträning och affektiv färdighetsträning. Affektiv färdighetsträning var därmed den enda behandlingsteknik som ansågs vara ett förstahandsval utifrån både effektivitet och säkerhet. Övriga behandlingstekniker skattades som andrahandsval, vilket innebär att ingen av behandlingsteknikerna ansågs vara direkt olämplig att använda.

Fasspecifik behandling

Även om det i dagsläget finns många frågetecken kring vilka metoder och behandlingstekniker som är mest optimala för patienter med komplex PTSD råder ett visst samförstånd kring att patientgruppen bör behandlas fasspecifikt (Courtois och Ford, 2009; Herman, 1992a; Van Der Hart, 2006). Redan i slutet av 1900-talet konceptualiserades och implementerades fasspecifik behandling av Pierre Janet (Janet, 1919; 1925 refererat i Cloitre, 2011; Van Der Hart, Brown, & van der Kolk, 1989). Med boken *Trauma och tillfrisknande* (1992) inspirerade Herman till en liknande behandlingsmodell i tre faser vilken är den behandling som i dagsläget används mest i arbetet med komplext traumatiserade patienter (Baars, van der Hart, Nijenhuis, Chu, Glas, & Draijer, 2011; Courtois, 2004). Fasspecifik behandling för patienter med komplex PTSD är att föredra även enligt ISTSS riktlinjer och andra traumaspecialiserade organisationer så som Australian Center for Posttraumatic Mental Health och the International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISTSS, 2012).

Behandlingens olika faser organiseras efter vilka specifika problem och färdigheter som anses viktiga att adressera (Courtois, 1999). Den fasspecifika behandlingen bör vara flexibel och skräddarsydd där interventioner matchar framträdande symtom (ISTSS, 2012, van der Hart, 2006). Även om behandlingen kan ses som linjär kan ett växlande mellan faserna vara mest optimalt (Courtois, 2004; Herman, 1992a)

Inledningsfas i behandlingen

Inledningsfasen är oftast den längsta i behandlingen och kan pågå från månader till år. Denna fas är även den mest avgörande för behandlingens framgång. De flesta teoretiker som rekommenderar fasspecifik behandling lyfter fram trygghet, stabilisering och symtomreduktion som huvudsakligt fokus i inledningsfasen (Baars et al., 2011; Courtois, Ford, & Cloitre, 2009; Herman, 1992a; ISTSS, 2012). Om inte patienten är trygg och säker tenderar inga andra insatser eller interventioner att lyckas. Det trygghetsskapande arbetet kan dock vara tidskrävande då dessa individers förmåga att ta hand om sig själva i regel är allvarligt skadad (Herman, 1992a). Individer som upplevt komplexa trauman lever ofta i kaotiska omständigheter och saknar trygghet och säkerhet både i relation till andra och till sig själva (Courtois et al., 2009; Herman, 1992a).

Trygghetsskapandet börjar i regel med koncentration på kroppskontroll för att sedan gradvis riktas utåt mot kontroll av omgivningen (Herman, 1992a). Psykoedukation lyfts fram som en viktig teknik i den inledande fasen och bör användas från behandlingens början (Courtois et al., 2009; ISTSS; 2012).

Psykoedukation kan tillsammans med kognitiva- och beteendetekniker modifiera posttraumatiska symtom (Herman, 1992a). Meditation/ mindfulness är en teknik som föreslås kunna användas för att öva avslappning (ISTSS, 2012). Patientens kontroll över sin omgivning kan stärkas genom ökad ekonomisk och social trygghet. Social aktivering är viktigt för att bryta individens isolering. Forskare och kliniker framhåller även vikten av att se till att individen inte fortfarande befinner sig i en traumatiserande livssituation och av att skapa en plan för framtida skydd (Herman, 1992a; ISTSS, 2012).

Fungerande relationer med andra är viktigt att adressera under inledningsfasen. Behandlaren bör arbeta med patientens anknytningsmönster samtidigt som behandlingsrelationen fungerar som en säker relationell modell utifrån vilken patienten kan lära sig interpersonella färdigheter och därigenom etablera fungerande relationer till andra (Courtois, 2004). Att skapa en god arbetsallians är av största vikt för det kommande behandlingsarbetet och relationen bör genomsyras av en validerande och stöttande attityd samt fokusera på individens självbestämmande och kontroll så att upplevelsen av trygghet stärks (Courtois et al., 2009; Herman, 1992a; ISTSS, 2012; Van Der Hart, 1996).

Behandlingen i inledningsfasen bör även innefatta affektiv färdighetsträning för att öka individens förmåga att utstå extrema känslomässiga påslag och för att öka individens förmåga att närma sig snarare än att undvika negativa kroppsliga eller känslomässiga förnimmelser eller tillstånd som triggar återupplevande, dissociation alternativt överspändhet (Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012).

Arbetsfas i behandlingen

När det kommer till den andra fasen i behandlingen, arbetsfasen, så menar de flesta teoretiker som rekommenderar fasspecifik behandling att huvudsakligt fokus bör vara att bearbeta och integrera traumatiska minnen (Baars et al. 2011; Courtois et al., 2009; Herman, 1992a; ISTSS, 2012). Målet är att individen ska nå fram till en sammanhängande självbiografisk berättelse och ompröva de traumatiska minnena så att de kan integreras till adaptiva representationer av självet, relationer och världen (Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012). En grundläggande förutsättning för det traumabearbetande arbetet är emellertid att patienten upplever det aktuella sammanhanget som tryggt och säkert då det finns en risk för att symtomen förvärras dramatiskt under detta arbete. Under inledningsfasen bör patienten således ha erhållit tillräckligt med stabilitet i livet och ha lärt sig att reglera sina känslor i tillräcklig utsträckning för att traumabearbetning ska kunna påbörjas (Courtois, 2004).

ISTSS (2012) riktlinjer anger att man kan använda olika metoder, förutsatt att de på ett organiserat sätt låter individen närma sig de traumatiska minnena och låter individen berätta om sina upplevelser. Berättandet kan ske via det muntliga språket, alternativt via konstnärliga uttrycksformer eller andra symbolspråk. Courtois med kollegor (2009) konstaterar likaså att ingen traumabearbetande behandlingsteknik har utvärderats som överlägsen någon annan. De nämner dock ett antal behandlingstekniker såsom narrativ minnesrekonstruktion, gradvis

exponering, förlängd exponering och EMDR. Andra typer av tekniker som framhålls som viktiga eller användbara under arbetsfasen är kontinuerlig redogörelse för och tillämpning av interventioner som syftar till att stärka individens tilltro till sin förmåga (self-efficacy) samt tränande av interpersonella och självreglerande färdigheter (ISTSS, 2012).

Vid fasspecifik behandling ingår ofta en tredje och avslutande fas, under vilken de framsteg som patienten gjort under de två föregående faserna befasts. Den tredje fasen innebär en övergång mellan behandling och det fortsatta livet ute i samhället. Patienten utvecklar och integrerar sin personlighet under denna fas och arbetet riktar sig även mot ett stärkande av patientens relationer med andra (Courtois, 2004; ISTSS, 2012; Baars et al., 2011). I denna studie fokuseras dock enbart på inledningsfasen och arbetsfasen.

Syfte och frågeställningar

Sammanfattningsvis kan konstateras att forskningen kring komplex PTSD fortfarande är eftersatt och det saknas etablerad kunskap kring vilka symtomkluster som ingår i diagnosen och vilka behandlingstekniker som kan vara lämpliga att använda i behandlingen. Konsensusstudien av Cloitre med kollegor (2011) bidrog till mer kunskap om just dessa fenomen, men då deltagarna utgjordes av amerikanska traumaexperter är det inte självklart att resultatet går att generalisera till svenska behandlare.

Utifrån detta valdes konsensusstudien av Cloitre med kollegor (2011) som utgångspunkt för denna studie, med fokus på svenska behandlare. Den deskriptiva metod som användes av Cloitre med kollegor (2011) ansågs lämplig för att uppfylla syftet och svara på frågeställningarna (vilka presenteras nedan) då denna metod kan ge en första översiktlig bild över svenska behandlares uppfattningar kring de aktuella fenomenen. För att få mer specifik förståelse kring behandlingsteknikerna vidareutvecklades dock metoden genom att det fokuserades på behandlingsteknikers effektivitet och säkerhet i både inledningsfas och arbetsfas, istället för att enbart fokusera på behandlingsteknikernas övergripande effektivitet och säkerhet i behandlingen.

Syftet med denna studie var att fånga den kunskap och erfarenhet som behandlare runt om i Sverige besitter gällande symtomkluster och lämplig behandling vid komplex PTSD. De frågeställningar som avsågs att besvaras var: i vilken utsträckning anser behandlarna att de tre PTSD-symtomklustrena tillsammans med de åtta associerade särdragen (såsom beskrivna av Cloitre med kollegor, 2011) förekommer och bidrar till funktionsnedsättning hos patienter med komplex PTSD? Föredrar behandlarna fasspecifik behandling framför behandling utan faser? Vilka tekniker anses av behandlarna som mest effektiva och säkra i inledningsfasen respektive arbetsfasen?

Metod

Urval och bortfall

Deltagarna i studien utgjordes av behandlare verksamma antingen vid någon traumamottagning eller vid någon allmänpsykiatrisk mottagning i Sverige. En traumamottagning definierades som en enhet eller mottagning som enbart eller primärt tar emot traumatiserade patienter, medan en allmänpsykiatrisk mottagning definierades som en enhet eller mottagning inom öppenvården i psykiatrin som inte enbart eller primärt tar emot traumatiserade patienter. Gemensamt för samtliga behandlare var att de i sitt arbete bedrev samtalsbehandling eller psykoterapi med vuxna traumatiserade patienter med komplex PTSD-symtomatologi.

Deltagare söktes utifrån ett bekvämlighetsurval, dock med intentionen att få ett så brett urval som möjligt geografiskt sett. Därför söktes deltagare i samtliga sex sjukvårdsregioner i Sverige (se Tabell 1). Den senast publicerade förteckningen över specialistteam i Sverige för traumarelaterade störningar (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, 2006) användes som underlag för att komma i kontakt med traumamottagningar. Sökningen bland allmänpsykiatriska mottagningar fokuserades mot öppenvårdsmottagningar med inriktning mot ångest- eller affektiv problematik, alternativt mottagningar med beteckningen "allmänpsykiatrisk mottagning" eller "psykiatrisk öppenvårdsmottagning" i de städer eller orter där någon ytterligare inriktning inte angavs. En av dessa mottagningar tipsade om en beroendemottagning som vi också kontaktade. Totalt kontaktades 42 allmänpsykiatriska mottagningar och 16 traumamottagningar. I första hand kontaktades mottagningarnas enhetschefer, som därefter undersökte intresset bland behandlarna på mottagningen för att delta i studien. De behandlare som var intresserade av att delta lämnade sitt namn och sin e-postadress och fick av oss närmare information om studien.

Totalt 137 behandlare anmälde sig till att delta i studien, varav 69 arbetade vid någon traumamottagning och 68 arbetade vid någon allmänpsykiatrisk mottagning. Av dessa var det sedan totalt 65 behandlare som slutligen deltog. Bortfallet i denna studie var således 72 behandlare, vilket ger en svarsfrekvens på 47% av alla de som angett sig vara intresserade av att delta.

Av de 65 behandlare som deltog i studien var 46 kvinnor och 19 var män och 35 var verksamma vid allmänpsykiatriska mottagningar och 30 vid traumamottagningar. Deltagarnas demografiska egenskaper beskrivs i Tabell 1.

Tabell 1. *Beskrivning av deltagarna med avseende på demografiska uppgifter (N = 65).*

Variabel		n	%
Kön	Kvinnor	46	71
	Män	19	29
Mottagning	Traumamottagning	30	46
	Allmänpsykiatrisk mottagning	35	54
Sjukvårdsregion	Norra sjukvårdsregionen	15	23
	Uppsala - Örebro sjukvårdsregion	16	25
	Stockholms sjukvårdsregion	10	15
	Sydöstra sjukvårdsregionen	12	18
	Västra sjukvårdsregionen	7	11
	Södra sjukvårdsregionen	5	8
Yrkesbakgrund	Psykolog	31	48
	Psykiater	12	18
	Psykiater	2	3
	Övrig vårdutbildning	2	3
	Psykoterapeut	18	28
Behandlingserfarenhet av komplext traumatiserade patienter	Ett till fem år	10	15
	Fem till tio år	17	26
	Tio till femton år	15	23
	Mer än femton år	23	36
Behandlingsfrekvens av komplext traumatiserade patienter	Tre eller färre per månad	8	12
	En till fem per vecka	19	29
	Sex till tio per vecka	14	21
	Elva eller fler per vecka	24	38

Procedur

Ett mail med information om studien och en personlig internetlänk till studiens enkät skickades till respektive e-postadress som lämnats av de 137 deltagare som angett sig intresserade av att delta i studien. I enkäten hade deltagarna möjlighet att spara sina svar, vilket innebar att de inte behövde fylla i hela enkäten vid ett och samma tillfälle. När samtliga enkätsvar fyllts i skickades dessa till en elektronisk databas. Enkäten var öppen i omkring tre veckor och påminnelsemail skickades ut till de deltagare som inte svarade på enkäten.

Apparatur och material

Enkäten skapades och distribuerades genom enkätprogrammet *Texttalk Webserver* och utformades i enlighet med Cloitre med kollegor (2011). Denna är sin tur är baserad på Kahn med kollegor (1997) och Foa med kollegor (1999). Enkäten

pilottestades av fyra personer, vilka samtliga hade erfarenhet av behandlingsarbete med komplex PTSD-symtomatologi.

Enkäten bestod inledningsvis av en fråga om samtycke till att delta i studien, och sex bakgrundsfrågor kring deltagarnas yrkesbakgrund, erfarenhet av att arbeta med denna patientgrupp och vilka eventuella riktlinjer deltagarna arbetade utifrån. Enkäten bestod sedan av 29 frågor gällande symtom och behandling för patienter med komplex PTSD. Av dessa användes totalt fem frågor i denna uppsats. Två frågor undersökte deltagarnas uppfattningar kring olika symtomklusters förekomst och bidragande till denna patientgrupps funktionsnedsättning; fyra frågor undersökte deltagarnas uppfattningar kring olika behandlingsteknikers effektivitet och säkerhet i behandlingens inledningsfas respektive arbetsfas; slutligen undersökte en fråga huruvida deltagarna ansåg det lämpligt att arbeta fasspecifikt (se Bilaga 1).

De två frågorna om symtomkluster översattes direkt från den enkät som användes i studien av Cloitre med kollegor (2011). Frågorna riktades mot elva symtomkluster: återupplevande, undvikande, överspändhet, nedsatt förmåga till affektreglering, nedsatt förmåga till beteendereglering, uppmärksamhetsstörning, dissociation, ihållande dissociativa störningar, ihållande interpersonella svårigheter, förlust av mening och somatiska symtom. Dessa symtomkluster motsvarar således konceptualiseringen av komplex PTSD, presenterad av Cloitre med kollegor (2011) och som utgörs av tre PTSD-symtomkluster och åtta symtomkluster hämtade från PTSD-diagnosens associerade särdrag (APA, 1994). Vid dessa frågor användes en niogradig svarsskala, indelad i tre spann, användes där 1-3 motsvarade *så gott som aldrig eller sällan förekommande* respektive *bidrar inget eller bidrar blygsamt till funktionsnedsättningen*; 4-6 motsvarade *tidvis förekommande* respektive *bidrar måttligt till funktionsnedsättningen*; 7-9 motsvarade *ofta eller så gott som alltid förekommande* respektive *bidrar betydande eller mest till funktionsnedsättningen*.

Frågan som undersökte huruvida det ansågs lämpligt att arbeta fasspecifikt var utformad av författarna till denna studie. Denna fråga hade två svarsalternativ; Ja eller Nej; samt en tilläggsrad för fri text där deltagarna, i de fall de svarat Ja på frågan, uppmanades att beskriva på vilket sätt de ansåg fasspecifikt behandling bör utformas.

De fyra frågorna om behandlingstekniker översattes i stort sett direkt från den enkät som användes i studien av Cloitre med kollegor (2011). Återigen användes en niogradig svarsskala, indelad i tre spann. Svarsalternativen 1-3 motsvarade *så gott som alltid eller ofta ineffektiv*- respektive *osäker teknik*, det vill säga ett tredjehandsval av teknik som sällan eller aldrig bör användas; 4-6 motsvarade *tidvis effektiv* respektive *säker teknik*, det vill säga ett andrahandsval av teknik som kan användas ibland eller under särskilda omständigheter; 7-9 motsvarade *ofta eller så gott som alltid effektiv* respektive *säker teknik*, det vill säga ett förstahandsval av teknik som lämpligen eller ofta kan användas. En förändring var emellertid att deltagarna i denna studie kunde välja svarsalternativet *kan ej bedöma*. En annan förändring i denna studie var ett mer detaljerat fokus, då det

inte frågades efter behandlingsteknikernas övergripande effektivitet och säkerhet, utan istället efter behandlingsteknikernas effektivitet och säkerhet i inledningsfas respektive arbetsfas. Effektivitet och säkerhet definierades dock på samma sätt som i enkäten av Cloitre med kollegor (2011). Effektivitet beskrevs som sannolikheten att minska symtom vid komplex PTSD med 75 % och förbättra generellt fungerande. Säkerhet beskrevs som sannolikheten att inte öka svårighetsgraden av symtom, impulsivt beteende och suicidalitet. I dessa frågor fokuserades tio olika behandlingstekniker: ångest/ stresshantering; bilateral stimulering; koordinering av vård och övriga resurser; kognitiv omstrukturering; psykoedukation; affektiv färdighetsträning; meditation/ mindfulness; muntligt eller skriftligt berättande av traumaminnat; kroppsorienterad terapi/ rörelseterapi och interpersonell färdighetsträning (Cloitre et al., 2011).

Dataanalys

Då denna studie är en deskriptivt undersökande studie (Patel & Davidsson, 1998) utfördes deskriptiv analys av datamaterialet. SPSS Statistics version 21 (IBM) användes för att räkna ut medelvärden, konfidensintervall, standardavvikelser och procentsatser. Datamaterialet tolkades enligt den metod som användes i studien av Cloitre med kollegor (2011). Datamaterialet gällande symtomkluster tolkades utifrån hur stor andel av deltagarna som skattade respektive symtomkluster i det översta spannet, det vill säga som *ofta eller så gott som alltid förekommande* alternativt *bidrar betydande eller mest till funktionsnedsättningen*. Konsensus gällande behandlingstekniker definierades genom användandet av medelvärdet och konfidensintervallet från deltagarnas skattningar i vardera fråga. Konfidensintervallet räknades utifrån 95 % och det lägsta värdet i konfidensintervallet bestämde hur en teknik klassificerades. För att en teknik skulle klassificeras som *ett förstahandsval av teknik som lämpligen eller ofta kan användas*, behövde teknikens konfidensintervall börja på minst 6.5 poäng. För att en teknik skulle klassificeras som *ett andrahandsval av teknik som kan användas ibland eller under särskilda omständigheter*, behövde teknikens konfidensintervall börja på minst 3.5 poäng. Vad gäller frågan om fasspecifik behandling, valdes att beskriva hur stor andel av deltagarna, utifrån procent, som svarade *Ja*.

Etiska överväganden

Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan närmare motivering. Deltagarnas enkätsvar sparades tillfälligt i den elektroniska databasen, vilken enbart uppsatsens författare och deras handledare hade tillgång till. Alla enkätsvar hanterades med sekretess och deltagarnas anonymitet skyddades genom att alla svar har presenterats i avidentifierad form på gruppnivå i det sammanställda resultatet. Inför sitt deltagande fick samtliga deltagare information om studiens syfte, förhållanden och om planerad tidsåtgång för att fylla i enkäten. De hade även möjlighet att kontakta författarna för eventuella frågor, innan deltagarna fick lämna sitt samtycke till att delta i studien.

Resultat

Symtomklusters förekomst

Resultatet från skattningarna gällande förekomst av de elva symtomklustrena, visade att en majoritet skattade tio av elva symtomkluster som ofta eller så gott som alltid förekommande vid komplex PTSD. De tre PTSD-symtomen *överspändhet*, *återupplevande* och *undvikande* skattades som ofta eller så gott som alltid förekommande av 90 % eller fler deltagare vilket innebär att de tillsammans med symtomklustret *nedsatt förmåga till affektreglering* var de symtomkluster som av störst andel deltagare uppfattades som förekommande. Procentsatserna var fördelade enligt följande: *överspändhet* (97%), *återupplevande* (95%), *undvikande* (91%) och *nedsatt förmåga till affektreglering* (91%). Det symtomkluster som minst antal deltagare skattade som ofta eller så gott som alltid förekommande var *ihållande dissociativa störningar* (42%). Förekomst av resterande symtomkluster skattades följande: *förlust av mening* (80%), *uppmärksamhetsstörning* (74%), *dissociation* (72%), *interpersonella svårigheter* (69%), *somatiska symtom* (69%) och *nedsatt förmåga till beteendereglering* (51%).

Symtomklusters bidrag till funktionsnedsättning

Resultatet visade även att samtliga elva symtomkluster skattades av deltagarna som bidrar betydande eller mest till funktionsnedsättningen av en majoritet av deltagarna. Störst andel deltagare (83%) skattade *nedsatt förmåga till affektreglering* som bidrar betydande eller mest till funktionsnedsättningen, följt av PTSD-symtomklustrena *återupplevande* (82%) och *överspändhet* (79%). Åtta symtomkluster, främst *interpersonella svårigheter* och *förlust av mening* (77% vardera), skattades av fler deltagare som funktionsnedsättande än det tredje PTSD-symtomklustret *undvikande* (68%). De övriga symtomklustrena skattade deltagarna enligt följande: *uppmärksamhetsstörning* (75%), *ihållande dissociativa störningar* (74%) och *dissociation* (73%). De symtomkluster som av minst andel deltagare skattades som bidrar betydande eller mest till funktionsnedsättningen utöver undvikande var *somatiska symtom* (65%) och *nedsatt förmåga till beteendereglering* (63%).

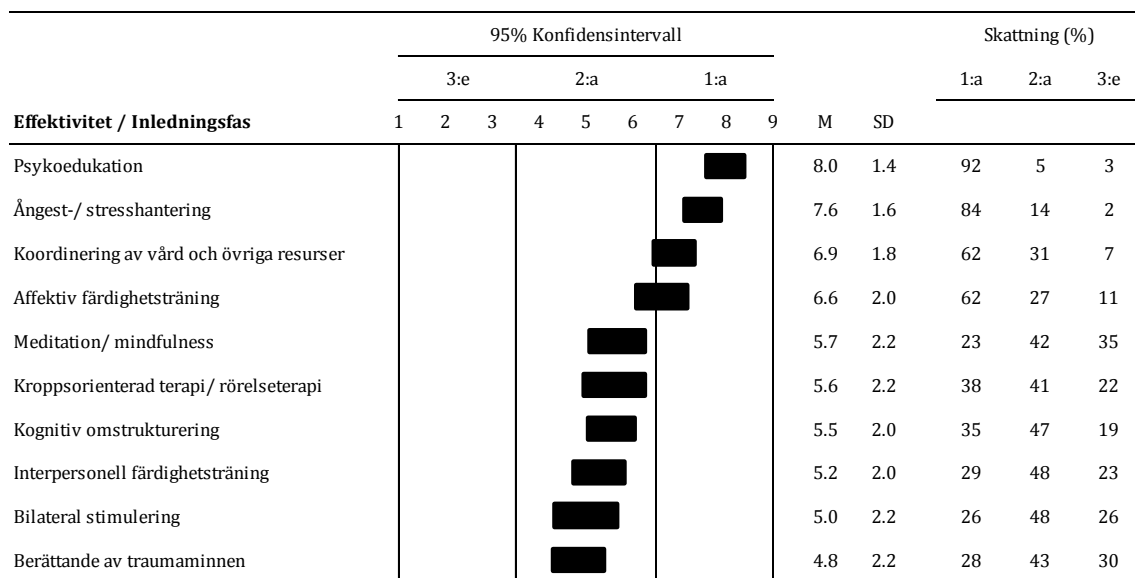
Fasspecifik behandling

I enkäten fick deltagarna ta ställning till om de ansåg att det var lämpligt att arbeta fasspecifikt med komplext traumatiserade patienter. En betydande majoritet av deltagarna (75%) svarade *Ja*, det vill säga att de ansåg det vara lämpligt att arbeta fasspecifikt med komplext traumatiserade patienter.

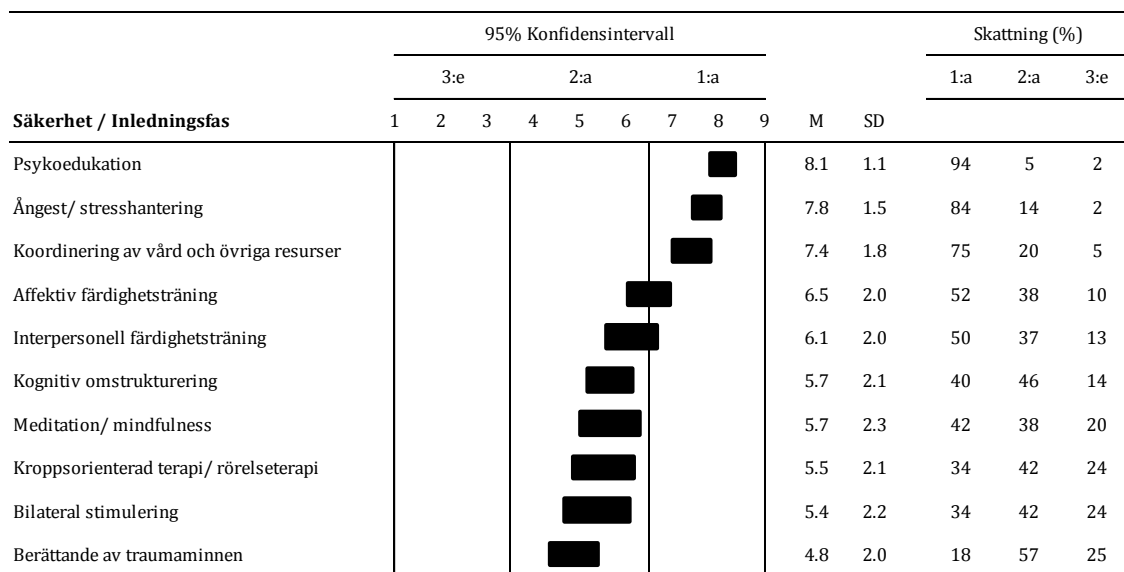
Effektiva och säkra behandlingstekniker i inledningsfasen

Deltagarna skattade *psykoedukation* och *ångest/ stresshantering* som ofta eller så gott som alltid effektiva liksom ofta eller så gott som alltid säkra och klassificerades därmed som deltagarnas genomgripande förstahandsval av tekniker i inledningsfasen (se Figur 1 och 2). *Koordinering av vård och övriga resurser* skattades som ofta eller så gott som alltid säkra. Denna tekniks effektivitet skattades dock något lägre, med det lägsta värdet i konfidensintervallet (KI = 6.4) precis under gränsen för att tekniken skulle klassificeras som ett förstahandsval av

teknik. Även *affektiv färdighetsträning* stack ut något i resultatet i inledningsfasen, då tekniken hamnade mittemellan att klassificeras som första- och andrahandsval både vad gäller effektivitet och säkerhet (KI = effektivitet; 6.1 / 7.2; säkerhet; 6.0 / 7.0).



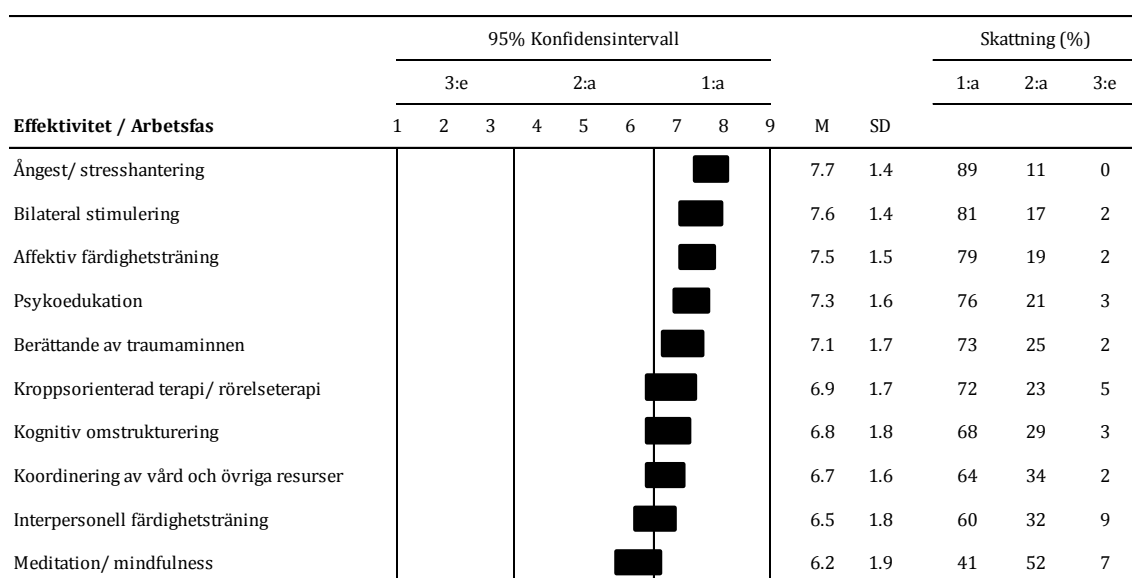
Figur 1. Teknikers skattade effektivitet i inledningsfasen. På höger sida syns medelvärden, standardavvikelser och andel procent av deltagarna som skattat teknikerna i respektive spann. Konfidensintervall presenteras genom horisontella staplar.



Figur 2. Teknikers skattade säkerhet i inledningsfasen.

Effektiva och säkra behandlingstekniker i arbetsfasen

I arbetsfasen skattades fyra tekniker som både ofta eller så gott som alltid säkra liksom ofta eller så gott som alltid effektiva av deltagarna (se Figur 3 och 4.). Dessa var *ångest/ stresshantering*, *bilateral stimulering*, *affektiv färdighetsträning* och *psykoedukation*, vilka därmed klassificerades som deltagarnas genomgripande förstahandsval av tekniker i arbetsfasen. Ytterligare fyra tekniker skattades som förstahandsval av tekniker utifrån någon av aspekterna: *berättande av traumaminnen* skattades som ofta eller så gott som alltid effektiv och *koordinering av vård och övriga resurser*, *interpersonell färdighetsträning* och *kognitiv omstrukturering* skattades som ofta eller så gott som alltid säkra. Skattningarna var generellt högre än i inledningsfasen, då ingen tekniks konfidensintervall låg helt inom det andra spannet.



Figur 3. Teknikers skattade effektivitet i arbetsfasen. På höger sida syns medelvärden, standardavvikelser och andel procent av deltagarna som skattat teknikerna i respektive spann. Konfidensintervall presenteras genom horisontella staplar.

Säkerhet / Arbetsfas	95% Konfidensintervall									Skattning (%)				
	3:e			2:a			1:a			M	SD	1:a	2:a	3:e
	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Ängest/ stresshantering								■		8.0	1.1	89	11	0
Psykoedukation								■		8.0	1.3	86	13	2
Koordinering av vård och övriga resurser								■		7.6	1.5	78	20	2
Bilateral stimulering								■		7.3	1.5	76	22	2
Affektiv färdighetsträning								■		7.3	1.6	78	19	3
Interpersonell färdighetsträning								■		7.0	1.9	62	31	7
Kognitiv omstrukturering								■		6.9	1.6	63	36	2
Berättande av traumaminnen								■		6.6	1.7	52	43	5
Kroppsorienterad terapi/ rörelseterapi								■		6.5	1.9	54	33	13
Meditation/ mindfulness								■		6.3	2.0	50	38	13

Figur 4. Teknikers skattade säkerhet i arbetsfasen.

Diskussion

Symtomkluster

Av de elva symtomkluster som inkluderats i studien skattades alla utom ett symtomkluster som ofta eller så gott som alltid förekommande. Därmed indikerar behandlarnas skattningar att symtombilden hos patienter med komplex PTSD är bred och att problematiken innefattar de symtom som ingår i PTSD såväl som de associerade särdragen. PTSD-symtomklustrena tillsammans med nedsatt *förmåga till affektreglering* var de fyra symtomkluster som skattades som mest frekvent förekommande. Detta är ett resultat som skiljer sig något från studien av Cloitre med kollegor (2011) där endast ett av PTSD-symtomklustrena, undvikande, var ett av de symtomkluster som skattats som mest frekvent förekommande. Således upplever deltagarna i denna studie PTSD-symtomen som mer framträdande i symtombilden hos patienter med komplex PTSD än expertdeltagarna i studien av Cloitre med kollegor.

Vidare skiljer sig denna studies skattningar något från resultatet från Cloitre med kollegor (2011) då större andel behandlare upplever PTSD-symtomet *överspändhet* som bidragande till funktionsnedsättningen än expertdeltagarna i studien av Cloitre med kollegor (2011). En förklaring till att denna studies deltagare skattar PTSD-symtomen som både något mer frekvent förekommande och något mer bidragande till funktionsnedsättningen kan trots denna studies relativt erfarna traumabehandlare vara att diagnosen komplex PTSD inte är etablerad i någon större utsträckning inom den svenska vården. Detta skulle nämligen kunna bidra till en större lyhördhet för traditionella PTSD-symtom än de övriga symtom kopplade till komplex PTSD hos deltagarna i denna studie. Expertdeltagarna i studien av Cloitre med kollegor (2011) är inte enbart kliniker

utan har bedrivit forskning inom traumaområdet och är därmed välbekanta med begreppet komplex PTSD.

Av samtliga symtomkluster skattades *nedsatt förmåga till affektreglering* dessutom som mest bidragande till funktionsnedsättningen, vilket det även gjorde i studien av Cloitre med kollegor (2011). Dessa sammantagna resultat indikerar att *nedsatt förmåga till affektreglering* spelar en framträdande roll i symtombilden och är en bidragande faktor till patienternas problematik. Ett av behandlingens syften bör således adressera den nedsatta förmågan till affektreglering.

Efter *nedsatt förmåga till affektreglering* skattades två av PTSD-symtomklustrena, *återupplevande* och *överspändhet*, samt två symtomkluster från associerade särdrag: *interpersonella svårigheter* och *förlust av mening* av flest deltagare som bidragande till funktionsnedsättningen. Denna studies skattningar indikerar således att *nedsatt förmåga till affektreglering*, *interpersonella svårigheter* och *förlust av mening* bidrar lika mycket till funktionsnedsättningen som PTSD-symtomklustrena. Detta resultat gällande de symtomkluster som uppfattades som mest funktionsnedsättande kan jämföras med studien av Cloitre med kollegor (2005) där deltagarna utgjordes av kvinnor med erfarenheter av sexuella övergrepp i barndomen. Resultatet av den studien indikerar att just *nedsatt förmåga till affektreglering* och *interpersonella svårigheter* spelar en stor roll för funktionsnedsättningen bland dessa patienter. Dessa två symtomkluster ansågs tillsammans bidra lika mycket till funktionsnedsättningen som de tre PTSD-symtomklustrena tillsammans. Även i studien av Cloitre med kollegor (2011) konstateras att symtomklustrena *nedsatt förmåga till affektreglering* och *interpersonella svårigheter* liksom även symtomklustret *dissociation*, bidrar i stor utsträckning till funktionsnedsättningen tillsammans med PTSD-symtomklustrena.

Lämpliga behandlingstekniker i inledningsfasen

Resultatet från denna studie pekar mot att deltagarna föredrog tekniker som syftar till att trygga och stabilisera patienterna i inledningsfasen, framför tekniker som syftar till bearbetning av traumaminnen. Ingen av de tre högst skattade teknikerna, det vill säga *psykoedukation*, *ångest/ stresshantering* eller *koordinering av vård och övriga resurser*, syftar till någon mer djupgående bearbetning av traumaminnen (Cloitre et al., 2011) utan bidrar snarare till att öka patientens trygghet, stabilisering och förmåga till hantering av posttraumatiska symtom.

Detta kan jämföras med *berättande av traumaminnen*, *bilateral stimulering* och *kroppsorienterad terapi/ rörelseterapi*, vilka syftar till bearbetning av traumaminnen (Cloitre et al., 2011). Dessa sågs som andrahandsval av behandlingstekniker i inledningsfasen. Detta resultat tyder på en försiktighet hos behandlarna inför tekniker som fokuserar på bearbetning av traumaminnen under inledningsfasen. Tidigare forskning stöder detta resultat (Baars et al., 2011; Courtois et al., 2009; Herman, 1992a; ISTSS, 2012). Denna beskriver att det övergripande målet med inledningsfasen är etablering av trygghet, stabilisering och hantering av posttraumatiska symtom och först när tryggheten har säkrats bör patienten påbörja bearbetning av traumaminnen.

Tekniken *affektiv färdighetsträning* hamnade mittemellan att klassificeras som första- och andrahandsval både vad gäller effektivitet och säkerhet. Resultatet skulle därför kunna indikera att deltagarna är något försiktiga inför användandet av denna teknik i inledningsfasen. Detta resultat stöds endast delvis av forskningen (Courtois, 2004; Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012) som beskriver *affektiv färdighetsträning* som ett mycket viktigt inslag i inledningsfasen och som fungerar förberedande inför en bearbetning av traumaminnen i arbetsfasen. Deltagarnas försiktighet inför ett arbete med affekter under inledningsfasen kan tänkas vara ett utslag för en upplevd generell känslighet hos patienterna under behandlingens första tid och att tekniken under denna tid kan anses vara påfrestande för patienterna.

Studien visade också att *meditation/ mindfulness, interpersonell färdighetsträning och kognitiv omstrukturering* sågs som andrahandsval i inledningsfasen. Andra forskare (Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012) har dock lyft fram dessa tekniker som lämpliga i denna fas. Detta kan tolkas som att deltagarna i denna studie inte anser *meditation/ mindfulness, interpersonell färdighetsträning och kognitiv omstrukturering* vara fullt effektiva eller säkra i det trygghetsskapande och stabiliserande arbetet i inledningsfasen och att andra tekniker istället föredras i detta arbete. Mindfulness som teknik uppmanar till att inte undvika tankar, känslor eller kroppsörnimmelser utan istället vara kvar i upplevelsen som den är och utforska den (Schenström, 2007). Möjligen uppfattar behandlarna att tekniken kan väcka upp alltför mycket traumamaterial hos patienter med komplex PTSD, utan att ge tillräckligt med stöd eller verktyg att hantera det som kommer upp. Resultatet kring *interpersonell färdighetsträning* och *kognitiv omstrukturering* speglar möjligen återigen att behandlarna uppfattar en generell känslighet hos patienterna under behandlingens första tid och att de anser dessa tekniker mer lämplig senare i behandlingen då patienterna tryggats och stabiliserats i större utsträckning.

Lämpliga behandlingstekniker i arbetsfasen

Resultatet tyder på att behandlarna är försiktigt positiva till traumabearbetande tekniker i arbetsfasen då endast *bilateral stimulering* skattades som ett genomgripande förstahandsval. *Berättande av traumaminnen* skattades som förstahandsval utifrån effektivitet men som andrahandsval utifrån säkerhet, vilket motsvarar hur denna teknik skattades i studien av Cloitre med kollegor (2011). Detta kan tyda på att deltagarna i båda studier är överens om att *berättande av traumaminnen* inte är en fullständigt säker teknik att använda i behandling av komplex PTSD. Resultatet från denna aktuella studie gällande traumabearbetande tekniker i arbetsfasen får därmed inte fullt stöd av den tidigare forskning (Herman, 1992a; ISTSS, 2012; Courtois et al., 2009) som beskriver bearbetning av traumaminnen som primärt fokus i arbetsfasen. Eftersom behandlarna även skattade tre andra icke-traumabearbetande tekniker som genomgripande förstahandsval skulle traumabearbetning istället kunna beskrivas som *ett* viktigt fokus bland andra i arbetsfasen.

Trygghetsskapande och stabiliserande arbete ses också som ett viktigt fokus i arbetsfasen, då två av fyra tekniker som sågs som genomgripande förstahandsval var tekniker inom detta område; *ångest/ stresshantering* och *psykoedukation*. Även *koordinering av vård och övriga resurser* sågs som förstahandsval utifrån säkerhet. Att trygghetsskapande och stabiliserande arbete är viktigt i arbetsfasen får stöd i tidigare forskning (Courtois et al., 2009; Herman, 1992a; ISTSS, 2012). Denna forskning poängterar att patienten behöver vara fortsatt tryggad även i arbetsfasen då detta är grunden för att någon bearbetning av patientens traumaminnen ska kunna genomföras. Studiens deltagare kan även tänkas uppleva att fortsatt stabiliseringsarbete under arbetsfasen medierar annat arbete, så som kognitiv omstrukturering och traumabearbetning, under denna fas. Även *ångest/ stresshantering* kan tänkas hjälpa patienterna hantera den ökade stress som kan uppstå vid mer utmanande interventioner under arbetsfasen.

Ytterligare ett fokus i arbetsfasen som synliggörs i denna aktuella studie är träning av affektiva färdigheter, då *affektiv färdighetsträning* sågs av behandlarna som ett genomgripande förstahandsval. Detta resultat stöds av tidigare forskning (Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012) som framhåller träning av självreglerande färdigheter, däribland affektiva färdigheter, som ett viktigt fokus i arbetsfasen vid sidan om bearbetning av traumaminnen.

Kognitiv omstrukturering sågs av deltagarna som ett förstahandsval av teknik utifrån säkerhet men inte utifrån effektivitet. Forskare (Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012) beskriver att målet med arbetsfasen är att individen ska ompröva de traumatiska minnena så att de kan integreras till adaptiva representationer av självvet, relationer och världen. *Kognitiv omstrukturering* kan ses som en viktig komplementär teknik i arbetsfasen: en säker intervention i samband med traumabearbetning med syfte att efter bearbetning ompröva de traumatiska minnena. Detsamma gäller *koordinering av vård och övriga resurser* och *interpersonella färdigheter* som även skattades som förstahandsval utifrån säkerhet men inte utifrån effektivitet. Såsom *kognitiv omstrukturering* skulle därmed också *koordinering av vård och övriga resurser* och *interpersonella färdigheter* kunna beskrivas som viktiga komplementär tekniker i arbetsfasen, som är säkra att använda men dock inte tillräckligt effektiva enbart i sig själva.

Resultatet i arbetsfasen kan således antyda att flertalet tekniker behövs användas i arbetsfasen för att utforma en totalt sett bra behandling. Tidigare forskning (Courtois et al., 2009; Herman, 1992a) beskriver att traumabearbetande arbete kan vara ytterst påfrestande för patienten och sätta patientens självreglerande färdigheter på prov och kan leda till en kraftig ökning av symtom eller i värsta fall retraumatisera patienten. Utifrån detta kan det funderas kring om resultatet speglar en uppfattning av att det egentligen aldrig anses lämpligt att enbart fokusera på bearbetning av traumaminnen. Resultatet skulle kunna indikera att en behandling som påbörjar ett traumabearbetande arbete med nödvändighet också behöver använda en rad andra tekniker som syftar till att öka patientens trygghet och stabilisering liksom patientens affektiva, interpersonella och kognitiva färdigheter.

Fasspecifik behandling

Behandlarna i vår studie tycks i större utsträckning föredra traumabearbetande tekniker i arbetsfasen än i inledningsfasen, vilket stämmer överens med tidigare forskning som rekommenderar att inte börja med traumabearbetning förrän i arbetsfasen (Courtois et al., 2009; Herman 1992a; ISTSS, 2012). Vår studie stärker därmed uppfattningen att det är viktigt att patienten är trygg och stabil innan traumabearbetning, som kan vara påfrestande, påbörjas.

Behandlarna i vår studie tycks även föredra *affektiv färdighetsträning* i större utsträckning i arbetsfasen jämfört med i inledningsfasen. Totalt sett tycks dock behandlarna i denna studie vara något mer försiktiga inför användandet av denna teknik i behandling av komplex PTSD jämfört med expertdeltagarnas skattningar i studien av Cloitre med kollegor (2011). I studien från 2011 var *affektiv färdighetsträning* den enda teknik som skattades som ett förstahandsval sett till både övergripande effektivitet och övergripande säkerhet, medan det i denna aktuella studie uttrycks ett behov av tajming för denna teknik genom att tekniken i större utsträckning föredras i arbetsfasen jämfört med i inledningsfasen. Tajming kan vara viktigt då affektiv färdighetsträning är utmanande för patienter med nedsatt förmåga till affektreglering.

Ett övergripande resultat var att markant färre tekniker ansågs lämpliga att använda i inledningsfasen om man jämför med arbetsfas. Det fanns även en skillnad i vilka slags tekniker som ansågs mest lämpliga i de båda faserna. I inledningsfasen var det enbart trygghetsskapande och stabiliserande tekniker som skattades som förstahandsval. I arbetsfasen var variationen som tidigare nämnts desto större med både trygghetsskapande och stabiliserande tekniker liksom traumabearbetande tekniker, samt kognitiva och känslofokuserade tekniker som skattades som förstahandsval. Detta resultat pekar således mot att deltagarna i denna studie anser att behandlingen av patienter med komplex PTSD bör anpassas efter vilken fas behandlingen befinner sig i. Med andra ord stöder detta resultat även resultatet från enkätfrågan där deltagarna fick ta ställning till om de ansåg att det vara lämpligt att arbeta fasspecifikt med komplext traumatiserade patienter. På denna fråga svarade en klar majoritet av deltagarna, 75 %, att de ansåg det vara lämpligt att arbeta fasspecifikt med patienter som har komplex PTSD. Detta resultat stämmer därmed överens med flertalet kliniker och till viss del den forskning som finns i dagsläget, som menar att fasspecifik behandling är mer gynnsam för patienter med komplex PTSD (Baars et al., 2011; Cloitre, 2011; Courtois et al., 2009; ISTSS, 2012).

Styrkor och begränsningar med studien

Tidigare forskning har lyft behovet av individualiserad behandling för denna patientgrupp, då symtombilden är bred och kan variera mellan olika patienter (Courtois & Ford, 2009). Tidigare teoretiker (Herman, 1992a) har även poängterat att faserna inte ska tolkas bokstavligt, utan att det kan behövas vandra fram och tillbaka mellan dem. En begränsning med enkätstudier är att de har svårt att fånga en sådan komplexitet och variation. Baserat på detta är det därför viktigt att

understryka att resultatet i denna studie inte bör ses som absolut och att de tekniker som skattats som förstahandsval av tekniker inte nödvändigtvis fungerar för alla patienter.

En styrka med denna studie var att både inledningsfasen och arbetsfasen studerades vilket inte gjordes i Cloitres med kollegors studie (2011). Huruvida en teknik ansågs säker eller effektiv berodde i stor utsträckning på när i behandlingen den tillämpades.

Studien har både styrkor och brister gällande att generalisera till hela populationen behandlare i Sverige. Fördelarna var den höga svarsfrekvensen och att deltagarna var hämtade från alla sjukvårdsregioner. En brist var att ungefär hälften av deltagarna arbetade på traumamottagningar och inte kan representera alla behandlare inom vården utan bara de som arbetar specifikt med trauma.

Något som ytterligare talar för att studiens grupp inte är representativ för behandlare inom vården generellt var svårigheten att rekrytera behandlare vid allmänpsykiatriska mottagningar i jämförelse med behandlare vid traumamottagningar. Detta kan nämligen antyda att de behandlare som valde att delta var specialintresserade. Borgå (2005) menar att de institutioner som är specialiserade på reaktioner på trauman och inriktade på vissa typer av trauman kan fungera som utbildningsresurser för primärvård och psykiatri. Då deltagarna i denna studie kan vara mer specialiserade än behandlare inom vården generellt sett skulle resultatet från denna studie kunna fungera som riktlinjer för behandlare med mindre erfarenhet eller kunskap.

En begränsning med denna studie var den bristande informationen kring studiens bortfall. Visst bortfall orakades av tekniska svårigheter, men utöver detta går det endast att spekulera kring vad som orsakat bortfallet.

Resultatet indikerar att de elva symtomkluster som undersöktes i denna studie ingår i symtombilden vid komplex PTSD, då samtliga kluster frekvent skattades som förekommande och/eller funktionsnedsättande. Deltagarna var emellertid begränsade till just dessa elva kluster, vilket innebär att det därför är ovisst om deltagare upplevde definitionen som otillräcklig och om ytterligare kluster kan vara relevanta vid komplex PTSD. Därmed bör en tolkning av resultatet som stöd för denna definition av komplex PTSD göras med försiktighet. En liknande begränsning gäller behandlingstekniker, då deltagarna var hänvisade till att skatta de tekniker som presenterades i enkäten. Det är således ovisst om deltagarna ansåg andra tekniker än de som inkluderats i enkäten som mer effektiva och säkra i de olika behandlingsfaserna.

Frågornas komplexitet kan ha påverkat enkätens reliabilitet. Eftersom några av enkätfrågorna kan ha upplevts krävande för deltagarna skulle de möjligtvis inte svara exakt samma vid ett annat tillfälle. Några upprepade mätningar har inte utförts för att testa detta. Frågorna bygger dock på teori och har baserats på de

frågor som ställdes till deltagarna i konsensusstudien av Cloitre med kollegor (2011) och har därigenom blivit prövade.

Denna undersökning är deskriptiv och inte explorativ vilket medför att det inte finns någon grupp att jämföra resultatet med. Detta innebär att resultatet bör tolkas med viss försiktighet. Antalet deltagare stöder dock resultatets tillförlitlighet, dessutom har resultatet genomgående jämförts med resultatet från studien av Cloitre med kollegor (2011).

Framtida forskning

De två första behandlingsfaserna valdes att fokuseras på, då dessa har lyfts fram som mest kritiska och viktigast i behandling av patienter med komplex PTSD (Courtois et al., 2009). En vidareutveckling av denna aktuella studie i framtida forskning skulle kunna vara att undersöka vilka tekniker som upplevs effektiva och säkra i en tredje behandlingsfas. Självfallet är dock även den tredje fasen av stor vikt och utökade kunskaper kring lämpliga behandlingstekniker i denna fas är högst betydelsefullt. I en framtida studie vore även intressant att rekrytera samtliga behandlare vid ett antal allmänpsykiatriska mottagningar och jämföra deras uppfattningar kring symtom/behandling vid komplex PTSD med denna studies resultat. Vidare är patientperspektivet och studier som fångar patienters uppfattningar om vad som är verksamt i komplex PTSD-behandling ett viktigt fokus för framtida forskning. Detta perspektiv saknas så gott som helt inom forskningen kring komplex PTSD (Spermon, Darlington, & Gibney, 2013).

Referenser

- Al-Saffar, S., Borgå, P., & Hällström, T. (2002). Long-term consequences of unrecognized PTSD in general outpatient psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 580-585.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baars, E. W., van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Chu, J. A., Glas, G., & Draijer, N. (2011). Predicting stabilizing treatment outcomes for complex posttraumatic stress disorder and dissociative identity disorder: An expertise-based prognostic model. *Journal of Trauma and Dissociation*, *12*, 67-87.
- Blom, M., & Oberink, R. (2012). The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *17*, 571-601.
- Borgå, P. (2005). Posttraumatiskt stressyndrom är en folksjukdom: Behandlingen av traumatiserade måste integreras i vården. *Läkartidningen*, *102*, 3521-3522.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 401-412.
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, *25*, 252-253.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*, 615-627.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, *36*, 119-124.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy*, *41*, 412-425.
- Courtois C., A., & Ford, J., D. (Red) (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. New York: The Guilford Press.
- Courtois C., A., Ford, J., D., & Cloitre, M. (2009). Best Practices in Psychotherapy for Adults. I Courtois C., A., & Ford, J., D. (Red), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (sid. 82 – 103). New York: The Guilford Press.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. W. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, *147*, 72-79.
- Elhai, J. D., & Palmieri, P. A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 849-854.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*, 750-769.

- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A., Culpepper, L., Ross, R., & Ross, D. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 4-76.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Introduction. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatment for PTSD* (pp. 1-17): New York: Guilford Press.
- Goodman, M. (2012). Complex PTSD is on the trauma spectrum: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress, 25*, 254-255.
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 883-899.
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & Van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders, 132*, 192-199.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 381-386.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 531-534.
- Herman, J. L. (1992a). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapi Institut.
- Herman, J. L. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress, 25*, 256-257.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse and Neglect, 37*, 891-898.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), (2012 november). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Hämtad 5 januari (2014), från http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185
- Johannesson, K. B., Lundin, T., & Michel, P. (2005). Specialistteam för traumarelaterade störningar - En bristvara i Sverige: Både resurser och effektiva behandlingsmetoder saknas, visar enkätstudie. *Läkartidningen, 102*, 3532-3536.
- Kahn, D. A., Docherty, J. P., Carpenter, D., & Frances, A. (1997). Consensus methods in practice guideline development: A review and description of a new method. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 631-639.
- Kehle-Forbes, S. M., Polusny, M. A., Macdonald, R., Murdoch, M., Meis, L. A., & Wilt, T. J. (2013). A systematic review of the efficacy of adding nonexposure components to exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*, 317-322.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-12+13-14.

- Kilpatrick, D. G. (2005a). Final editorial. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 589-593.
- Kilpatrick, D. G. (2005b). A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 379-384.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 111-127.
- Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (2006). Förteckning över specialistteam i Sverige för traumarelaterade störningar. Hämtad 6 januari (2014), från <http://www.ur.se/upload/Skolfront/pdf/Specialistteam.pdf>
- Lindauer, R. J. L. (2012). Child maltreatment-clinical PTSD diagnosis not enough?!: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress, 25*, 258-259.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*, 198-206.
- McDonagh, A., McHugo, G., Sengupta, A., Demment, C. C., Schnurr, P. P., Friedman, M., ... Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 515-524.
- McFarlane, A. C. (2000). Traumatic stress in the 21st century. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 896-902.
- McFarlane, A. C., Bookless, C., & Air, T. (2001). Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 633-645.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 241-251.
- Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340-342+351-355.
- Schenström, O. (2007). *Mindfulness i vardagen: vägar till medveten närvaro*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Gray, S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry, 71*, 13-34.
- Spermon, D., Darlington, Y., & Gibney, P. (2013). Complex posttraumatic stress disorder: Voices of healing. *Qualitative Health Research, 23*, 43-53.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van Der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress, 18*, 425-436.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), (2011). Ställd diagnos styr. *Medicinsk vetenskap och praxis, 3-4*, 1-3.

Van Der Hart, O., Brown, P., & van der Kolk, B. A. (1989). Pierre janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 379-395.

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 413-423.

Van Der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 385-388.

Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.

Van Der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 37-46.

Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron, 56*, 19-32.

Bilaga 1.

Enkätfrågor.

Fråga 11. Anser Du det lämpligt att arbeta fasspecifikt med komplext traumatiserade patienter?

Ja

Nej

Om Ja, på vilket sätt?

Fråga 12. Uppskatta i vilken utsträckning olika symtomkluster är närvarande* i symtombilden för patienter med komplex traumatisering.

9 så gott som alltid närvarande

7-8 ofta närvarande

4-6 tidvis närvarande

2-3 sällan närvarande

1 så gott som aldrig närvarande

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Återupplevande (påträngande tankar och/eller bilder, återupplevande av kroppsliga sensationer, mardrömmar, flashbacks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överspändhet (låg tröskel för att bli skrämmd, hypervigilans, spänd muskeltonus, sömnsvårigheter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undvikande (emotionell avtrubning, alexitymi, oförmåga att uppleva känslor av glädje och välbehag, undvikande av företeelser associerade med traumat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt förmåga till affektreglering (reagerar starkt känslomässigt, svårigheter med att lugna sig själv, låg toleransnivå för negativa känslor, inhiberad vrede eller explosiv vrede)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt förmåga till beteendereglering (självskadebeteende, suicidala handlingar/försök, missbruksbeteende, beroendeproblematik, aggressivt beteende riktat mot andra, risktagande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppmärksamhetsstörning (begränsad uppmärksamhet, svårigheter att upprätthålla uppmärksamheten, svårigheter att följa direktiv och/ eller fullfölja uppgifter, att gå eller köra utan att lägga uppmärksamhet vid mål eller riktning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dissociation (depersonalisation, derealisation, diffus upplevelse av gränser mellan den egna kroppen och omvärlden, dissociativ minnesförlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihållande dissociativa störningar gällande självbild och/ eller identitet (uppfattningar om självet förändras snabbt, förvirrad eller vag upplevelse av den egna identiteten, tomhetskänslor, dissociativ fugue, multipla identiteter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonella svårigheter (konfliktfyllda eller kaotiska relationer, undvikande av relationer, nedvärderande eller övervärderande av relationer, rollförvirring, rädsla för att bli övergiven, tendens att åter hamna i offerroll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlust av mening (känslor av misströstan, hjälplöshet och hopplöshet, avsaknad av syfte och/eller mening i livet, känsla av alienation, avsaknad av tillit till andra, känsla av att vara permanent skadad, kroniska skamkänslor och/eller skuldskänslor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiska symtom (kronisk smärta, delar av kroppen är avdomnad eller paralyserad, kroppsdelar upplevs ej bilda en helhet, förvirrad bild av kroppsdelar, närvaro av stressrelaterade störningar eller symtom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Benämns i uppsatsen som förekommande

Fråga 13. Uppskatta i vilken utsträckning varje symtomkluster bidrar till patienters funktionsnedsättning.*

9 det enskilt mest framträdande symtomet som bidrar till funktionsnedsättningen
 7-8 bidrar betydande till funktionsnedsättningen
 4-6 bidrar måttligt till funktionsnedsättningen
 2-3 bidrar blygsamt till funktionsnedsättningen
 1 bidrar inget till funktionsnedsättningen

* Vad gäller symtomklusters bidragande till patienters funktionsnedsättning, så fick deltagarna skatta samma symtomkluster på samma sätt som vid ovanstående fråga.

Fråga 25 och 26. Uppskatta den övergripande effektiviteten av de olika behandlingsteknikerna för en patient med komplex traumatisering. Uppskatta detta både för den inledande fasen och för arbetsfasen.

Effektivitet = sannolikhet att minska symtom vid komplex traumatisering med 75 % och förbättra generellt fungerande

Om Du är alltför obekant med någon teknik för att kunna göra någon bedömning kan Du kryssa i "Kan ej bedöma" längst ut till höger.

9 så gott som alltid effektiv teknik
 7-8 vanligtvis effektiv teknik
 4-6 tidvis effektiv teknik
 2-3 vanligtvis ineffektiv teknik
 1 så gott som ineffektiv teknik

Fråga 25. Inledningsfas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	kan ej bedöma
Ångest/ stresshantering (fokuserad andning, muskelavslappning, sömnhygien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilateral stimulering (ögonrörelser, klappande, ljud, räknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinering av vård och övriga resurser (medicinering, arbetsträning, boendesituation, färdigheter för att klara av viktiga aspekter i vardagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv omstrukturering (omprövning av maladaptiva tankar och traumats betydelse för patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoedukation om trauma, traumats konsekvenser och om behandlingen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventioner som fokuserar på känslor och reglering av känslor**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditation/ mindfulness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muntligt eller skriftligt berättande av traumaminnen (patienten minns traumat och beskriver tankar och känslor kopplade till minnet)***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsorienterad terapi/ rörelseterapi (på ett ickeverbalt plan medvetandegöra och bearbeta traumaminnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social färdighetsträning/ tränande av interpersonella färdigheter****	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* benämns i uppsatsen som *psykoedukation*

** benämns i uppsatsen som *affektiv färdighetsträning*.

*** benämns i uppsatsen som *berättande av traumaminnen*

**** benämns i uppsatsen som *interpersonell färdighetsträning*

Fråga 26. Arbetsfas*

*Vad gäller behandlingsteknikers effektivitet i arbetsfasen, så fick deltagarna skatta samma tekniker på samma sätt som vid ovanstående fråga.

Fråga 29 och 30. Uppskatta den övergripande säkerheten av de olika behandlingsteknikerna för en patient med komplex traumatisering. Uppskatta detta både för den inledande fasen och för arbetsfasen.

Säkerhet = *sannolikhet att inte öka svårighetsgraden av symtom, impulsivt beteende och suicidalitet.*

Om Du är alltför obekant med någon teknik för att kunna göra någon bedömning kan Du kryssa i "Kan ej bedöma" längst ut till höger.

9 så gott som alltid säker teknik
7-8 vanligtvis säker teknik
4-6 tidvis säker teknik
2-3 vanligtvis osäker teknik
1 så gott som alltid osäker teknik

Fråga 29. Inledningsfas *

* Vad gäller behandlingsteknikers säkerhet i inledningsfasen, så fick deltagarna skatta samma tekniker på som vid fråga 25 och 26.

Fråga 30. Arbetsfas*

* Vad gäller behandlingsteknikers säkerhet i arbetsfasen, så fick deltagarna skatta samma tekniker som vid fråga 25 och 26.