

# Prolonged exposure vid PTSD efter förlossningstrauma – terapeuters perspektiv

– En kvalitativ studie

---

*Prolonged exposure and PTSD after postpartum trauma –  
therapists' perspectives- A qualitative study*

**Författare: Heléne Östergren**

Handledare: Gerhard Andersson

Examinator: Doris Nilsson

## Sammanfattning

Cirka 3 % av kvinnor som fött barn uppfyller DSM-5 diagnostiska kriterier för PTSD, och minst en tredjedel uppger att de upplevt förlossningen som traumatisk. Prolonged exposure (PE) är en evidensbaserad traumafokuserad kognitiv beteendeterapi och en effektiv behandling för att reducera PTSD-symptom över en varierad traumatiserad population. Terapeutperspektivet gällande behandling av patienter med förlossningstrauma (PTSD-FC) är sällsynt i forskningen. Övergripande syfte var att belysa KBT-terapeuters perspektiv av att arbeta med behandlingsmetoden PE vid PTSD-FC med frågeställningar som; Vad kan vara utmärkande med att behandla patienter med PTSD-FC? Vilka kliniska erfarenheter har terapeuterna av att tillämpa PE-manualen med aktuell patientgrupp? Studien har en kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer har genomförts med åtta terapeuter. Bearbetning av data utgick från reflexiv tematisk analys. I resultatet genererades tre teman med subteman utifrån terapeuternas erfarenheter. ”Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag”, ”Betydelsen av traumat” samt ”PE-manualens möjligheter”. Terapeuterna ansåg att PE är en flexibel, hjälpsam och effektiv traumabehandling som fungerar väl med patientgruppen. Patienterna var vanligtvis motiverade och fullföljer terapin i hög grad. Tillgången till adekvat vård var god inom terapeuternas egna verksamheter medan en problematisk bild kom fram avseende andra vårdgivare. Utmaningar och möjligheter diskuteras angående det terapeutiska arbetet med patientgruppen. Kliniska implikationer som tas upp är till exempel behovet av ökade terapeutiska resurser inom kvinnosjukvården för adekvat bedömning och behandling vid PTSD-FC, där fördelen är samverkan mellan olika professioner.

Nyckelord: PTSD, förlossningstrauma, KBT, behandling, Prolonged exposure, terapeutperspektiv.

## **Abstract**

Approximately 3% of women who have given birth, meet the DSM-5 diagnostic criteria for PTSD, and at least a third say they experienced childbirth as traumatic. Prolonged exposure (PE) is an evidence-based trauma-focused cognitive behavioral therapy and an effective treatment for reducing PTSD symptoms across a diverse traumatized population. The therapists' perspective regarding the treatment of patients' with postpartum trauma (PTSD-FC) is rare in research. The overall aim was to highlight CBT therapists' perspectives of working with the treatment method PE at PTSD-FC with questions such as; What may be distinctive about treating patients' with PTSD-FC? What clinical experience do therapists' have of applying the PE manual with the current patient group? The study has a qualitative approach. Semi-structured interviews have been conducted with eight therapists'. Processing of the data was based on reflexive thematic analysis. In the results, based on the therapists' experiences, three themes with subthemes were generated. "A postpartum trauma has some distinguishing features", "The meaning of the trauma" and "The possibilities of the PE manual". The therapists' considered PE to be a flexible, helpful, and effective trauma treatment that works well with the patient group. The patients' were usually motivated and completed the therapy to a high degree. Access to adequate care was good within the therapists' own settings, while a problematic picture emerged regarding other caregivers. Challenges and opportunities are discussed regarding the therapeutic work with the patient group. Clinical implications addressed are for example the need for increased therapeutic resources in women's healthcare for adequate assessment and treatment for PTSD-FC, where the advantage is collaboration between different professions.

**Keywords:** PTSD, birth trauma, CBT, treatment, Prolonged exposure, therapists' perspective.

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	5
Förlossning och PTSD.....	5
Prolonged exposure .....	6
Behandling och Prolonged exposure .....	7
Terapeuters erfarenheter av PTSD-FC .....	8
Syfte och frågeställningar.....	8
Metod .....	8
Metodval.....	9
Urval.....	9
Insamlingsmetod .....	10
Bearbetning och analys av data.....	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	11
Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag.....	12
Gemensamma sårbarhetsfaktorer. ....	12
Vara en del av traumat men på patientens sida .....	16
Hjälpsökande patienter som ofta faller mellan stolarna .....	18
Betydelsen av traumat .....	22
Vad terapeuten möter i och kring traumaberättelsen.....	22
Emotionella och kognitiva konsekvenser .....	25
Diskrepansen mellan förväntan och verkligt utfall - ofta det som ställer till det .....	26
PE-manualens möjligheter .....	27
Flexibilitet och utmaningar.....	27
Motiverade patienter i en krävande terapi .....	30
Exponering in vivo – inte bara förlossningsrelaterat.....	33
Imaginativ exponering – hitta rätt i den långa berättelsen.....	34
Diskussion .....	36
Resultatdiskussion.....	36
Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag.....	37
Betydelsen av traumat .....	39
PE-manualens möjligheter.....	39
Metoddiskussion.....	42
Slutsatser .....	43
Kliniska implikationer .....	44
Referenser.....	45
Appendix .....	48

## **Prolonged exposure vid PTSD efter förlossningstrauma - terapeuters perspektiv.**

Författaren till föreliggande studie är verksam på en kvinnoklinik och har sedan några år tillbaka behandlat kvinnor som efter en traumatisk förlossning utvecklat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) med metoden Prolonged exposure (PE). Denna patientgrupp har särskilt fångat mitt intresse, och har över tid sökt information och artiklar om PE och förlossningstrauma, men har konstaterat att det inte finns så mycket att tillgå. Själva terapeutperspektivet likaså. Författaren har egna reflektioner om att det är något speciellt med ett förlossningstrauma i terapin, men vad tänker andra terapeuter om det? Den bakgrunden gav upphov till att i den här studien undersöka det vidare. Studien har genomförts utifrån kvalitativ metod som är ett lämpligt tillvägagångssätt för att studera ett sådan typ av frågeställning, vilket syftar till att ta reda på subjektiva upplevelser inom ett särskilt område.

### **Introduktion**

#### ***Förlossning och PTSD***

Graviditet och förlossning är ofta förknippat med en positiv händelse i människors liv. Trots att barnafödande är en trygg och tillfredställande erfarenhet för majoriteten av kvinnor kan själva händelsen upplevas som traumatisk och kan resultera i PTSD efter förlossning (Yildiz et al., 2017). Denna form av PTSD benämns hädanefter som post-traumatic stress following childbirth (PTSD-FC), enligt Slade et al. (2021).

PTSD kan enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, [APA], 2013) utvecklas hos en person som exponerats för en händelse som innefattar faktiskt eller upplevt dödshot, allvarlig skada eller hot mot den fysiska integriteten. Det kan handla om att själv bli utsatt, bevittna om någon annan drabbas eller bli underrättad om en traumatisk händelse som hänt närstående. Individens känslomässiga reaktion på händelsen karaktäriseras av rädsla, hjälplöshet eller skräck. PTSD kännetecknas av fyra symptomkluster: *påträngande symptom* (ex. återkommande bilder, mardrömmar och tankar kopplat till händelsen), *undvikande* (ex. ansträngningar för att undvika tankar, känslor, minnen eller saker som påminner om personer, platser eller saker associerade med traumat), *sänkt stämningsläge* (består av tankar och känslor ex. självkritiska tankar och skuld-känslor förknippat till traumat, eller övertygelser om att världen är en farlig plats) och *överspändhet* (ex. problem med sömnen, ilska, var på sin vakt, stresskänslighet och koncentrationsproblem). Dessa symptom ska ha varat mer än en månad.

Angående prevalensen för PTSD-FC finns inga svenska mått utan man hänvisas främst till internationella metaanalyser. Där framgår att förekomsten av förlossningsrelaterad PTSD är cirka 3 procent i den allmänna populationen och cirka 16 procent hos riskgrupper. I en nyligen gjord, ännu opublicerad studie, bekräftas liknande prevalens i en svensk population (Stén et al., 2022). Ofta finns sårbarhetsfaktorer som bland annat depression i graviditet, förlossningsrädsla, sämre hälsostatus eller komplikationer i graviditet, en historia av tidigare PTSD, ambivalens för graviditeten eller förlossningsrelaterade faktorer (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz et al., 2017). Även om PTSD-FC kännetecknas av samma kluster av symptom, skiljer sig sammanhanget av traumatisk förlossning från andra händelser som leder till PTSD. Till exempel betraktas förlossning generellt som en positiv händelse som står i kontrast till uppfattningen av andra traumatiska händelser (James, 2015). Enligt Ayers et al. (2016) är de främsta riskfaktorerna för PTSD-FC under förlossning; negativa subjektiva förlossningsupplevelser, akuta obstetriska ingrepp, brist på stöd under förlossning och dissociation. Om barnet behöver vårdas på en neonatalavdelning, kan detta vara ytterligare en stressor. Efter födsel är PTSD associerad med låg copingförmåga och stress samt en komorbiditet med depression (Cook et al., 2018; McDonald et al., 2011) och PTSD-FC kan leda till svåra konsekvenser för såväl kvinnan, barnet och partner som anknytningsproblematik och negativ påverkan gällande barnets utveckling

### ***Prolonged exposure***

Prolonged exposure (PE) är en evidensbaserad traumafokuserad kognitiv beteendeterapi och en effektiv behandling för att reducera PTSD-symptom över en varierad traumatiserad population (Foa et al., 2021). Terapeutmanualen avser vara till stöd vid behandling av individer med diagnosen PTSD, eller de som uppvisar symptom på PTSD, och som orsakar lidande och/eller sämre funktion efter traumatiska händelser. De centrala komponenterna som ingår i PE är *psykoedukation*; vilket innebär diskussion om vanliga reaktioner vid trauma och vidmakthållandefaktorer för PTSD-symptom, *exponering in vivo*; upprepad exponering i verkliga livet för situationer, saker eller personer som patienten undviker, upprepad och långvarig *imaginativ exponering*; vilket innebär att återbesöka och återberätta traumaminnat för sitt inre tillsammans med terapeuten. I anslutning till den imaginativa exponeringen följer *emotionell bearbetning* där känslor, tankar och detaljer som patienten upplevde i samband med traumat diskuteras. Bearbetningen är en del av imaginativ- och in vivo exponering snarare än en egen komponent. Metoden avser hjälpa patienten att hantera minnena av traumat och situationerna som förknippas med det. Vidare hjälper behandlingen patienter med PTSD att komma över rädsla och undvikanden som begränsar deras tillvaro och gör det svårare för dem att fungera i det vardagliga livet. PE:s upplägg

är 8–15 sessioner, en till två gånger i veckan. Sessionerna är 90 minuter. Alternativt kan PE ges i ett komprimerat format med en session om dagen i två veckor, men även i förkortad form för primärvård. Patienten får hemuppgifter mellan sessionerna som att upprepat lyssna på inspelning av imaginativa exponeringen, lyssna en gång på övriga delar i sessionen samt arbeta med exponering in vivo utifrån en hierarki.

### ***Behandling och Prolonged exposure***

Kvinnor med PTSD-FC har begränsade möjligheter att få lämplig och effektiv behandling och kan missas då symptomen i själva verket inte har definierats som faktiska PTSD-symptom (James, 2015). Det är inte ovanligt att PTSD fel-diagnosticeras och förväxlas med exempelvis postpartumdepression (PPD), (Grekin & O'Hara, 2014). De kvinnor som söker hjälp vänder sig till olika vårdinstanser men det är inte alltid att de får adekvat behandling. Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2021) är rutiner för hur traumatiska förlossningsupplevelser ska identifieras inte heller tydliga. För närvarande finns det internationellt sett en självskattningsskala som baseras på diagnoskriterierna för PTSD enligt DSM-5 som särskilt fokuserar på traumatiska upplevelser i samband med förlossning. Denna skala, the City Birth Trauma Scale, (Ayers et al., 2018) har nyligen översatts och validerats till svenska förhållanden (Stén et al., 2022). Hittills har andra sedvanliga bedömningsinstrument använts i praktiken.

I enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2021) bör hälso- och sjukvården i första hand erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med PTSD. Sammanställningar gällande effekten av interventioner som skulle kunna bidra till specifik vägledning för behandling av PTSD-FC har varit relativt negligerad, och det finns ett begränsat antal studier som bedömer interventioner för detta specifikt (Slade et al., 2021). I Sverige publicerade nyligen Socialstyrelsen (2022) en remissversion av ett nytt nationellt kunskapsstöd; ”Graviditet, förlossning och tiden efter”, med ett omfattande avsnitt som täcker psykisk ohälsa. Dock har man av dessa fyrtio sidor tagit upp traumatiska förlossningar och PTSD-FC på drygt två sidor. Där framgår att vid misstanke om PTSD-FC ska patienten remitteras till behandlare med traumakompetens. Vidare nämns inget om vem som har det ansvaret.

I en systematisk översikt av Slade et al. (2021) fann man att bland annat att traumafokuserad KBT visade viss effekt vid behandling av PTSD-FC. Teman som framkom av metasynthesen i samma studie var bland annat att kvinnor hade svårt att erkänna att de hade ett problem, behövde validering och sökte bara aktiv hjälp "vid bristnings-gränsen". En fallstudie finns, publicerad av Reina et al. (2019), där en kvinna med PTSD-FC som hade historik av trauma, ångest, panikångest

samt depression behandlades med tolv sessioner PE och ett tillägg av fem kompletterande KBT-sessioner (fokus på kognitiva interventioner). Behandlingen gav god effekt och en slutsats som fördes fram var att det är viktigt för terapeuter att förbli flexibla i sitt förhållningssätt och att integrera eller anpassa behandlingsformen om det är berättigat. Fallstudier är genomförda av Ayers et al. (2007) med två patienter där KBT-interventioner (såväl exponering som kognitiva) tillämpades med bra resultat. Studien visade på likheter och skillnader mellan dessa två fall, diskussion fördes utifrån olika teman samt förslag på kliniska implikationer.

### ***Terapeuters erfarenheter av PTSD-FC***

Det finns få studier om terapeutens perspektiv gällande PE och i synnerhet behandling av PTSD-FC. En kvalitativ studie genomfördes av Doran et al. (2019) där de undersökte åtta terapeuters erfarenheter av att behandla krigsveteraner med PTSD, utifrån evidensbaserad praktik (EBP), varav en av två metoder var PE och hur de använder dessa behandlingar i sin kliniska praxis. Nyligen gjordes en kvalitativ studie utifrån behandlarperspektivet vid behandling av PTSD-FC av Gough och Giannouli (2021) som i sig var intressant, men endast en av sex terapeuter använde KBT som metod.

### **Syfte och frågeställningar**

Generellt är terapeutperspektivet gällande behandling av patienter med PTSD-FC sällsynt i forskningen. PE är en vedertagen terapimanual som terapeuter världen över använder vid behandling av PTSD kopplat till en rad olika allvarliga händelser och situationer som människor upplevt. Övergripande syfte med studien var att beskriva KBT-terapeuters perspektiv av att arbeta med behandlingsmetoden PE vid PTSD-FC. Med utgångspunkt i syftet formulerades följande frågeställningar;

- Vad kan vara utmärkande med att behandla patienter med PTSD-FC?
- Vilka kliniska erfarenheter har terapeuterna av att tillämpa PE-manualen med aktuell patientgrupp?

### **Metod**

Mot bakgrund av studiens syfte och frågeställningar valdes en kvalitativ ansats som lämpar sig för att beskriva människors subjektiva erfarenheter av ett särskilt fenomen (Willig, 2013). Den kvalitativa intervjun anses vara en användbar metod för få tillgång till informanternas subjektiva uppfattning på ett mer fördjupat sätt än exempelvis en enkät (Silverman, 2014). Semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta terapeuter. Bearbetning av datamaterialet från intervjuerna utgick från reflexiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2022).



### ***Metodval***

Som kvalitativ analytisk metod är tematisk analys vanlig inom psykologin. Reflexiv tematisk analys (TA) valdes för den här studien. TA är en metod för att identifiera, analysera och redogöra för mönster och teman i datan. TA organiserar och beskriver data rikt i detalj och tolkar olika aspekter av ett ämne (Braun & Clarke, 2006). Med reflexivitet menar Braun och Clarke (2022) att rutinmässigt involvera reflektioner om sina egna antaganden, förväntningar, val och ageranden genom hela forskningsprocessen. Detta syftar till att beakta vad forskarens egna ställningstaganden och val möjliggör eller exkluderar. Det innebär även att vara medveten om egna erfarenheter och värderingar som exempelvis i relation till ämnet i studien och deltagarna.

Processen i reflexiv TA involverar sex faser (Braun & Clarke, 2022); 1. Bekanta sig med datamaterialet, 2. Kodning, 3. Skapa initiala teman, 4. Utveckla och granska teman, 5. Renodla, definiera och namnge teman, 6. Sammanställning av studien. Dessa faser är inte avgränsade eller strikt linjära, att röra sig fram och tillbaka i datamaterialet från början till slutet är en del av processen.

### ***Urval***

Intentionen var inledningsvis att intervjua legitimerade psykoterapeuter. Den professionen verkade inte förekomma i någon utsträckning i de verksamheter som kontaktades. Således blev inklusionskriterierna att deltagarna kunde ha olika grundprofessioner med minst grundläggande psykoterapiutbildning (GPU) samt bedriva PE-behandling med patienter med PTSD-FC. Rekryteringen av deltagare motiverades av ett strategiskt urval (Silverman, 2014) baserat på KBT-terapeuter i verksamheter som faller inom ramen för studiens syfte och frågeställningar. Kontakt togs inledningsvis med två certifierade utbildare i PE som bidrog med namn på potentiella deltagare. En deltagare rekryterades genom snöbollsurval, det vill säga, att använda en initial informants nätverk. Urval har även skett genom bekvämlighetsurval, vilket innebär att frågan ställts till tre personer inom kvinnohälsovården som arbetar i samma region som författaren. Kvinnohälsovård är en sammanfattande definition för obstetrik (graviditet, förlossning) och gynekologi.

Nio förfrågningar med information (se bilaga 1) om studien skickades via e-post, åtta tackade ja. En privat mottagning svarade inte. Deltagarna ( $N=8$ ) arbetade inom, eller hade varit kopplade till kvinnohälsovården, barn- och mödrahälsovården och på psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Personerna som intervjuades var samtliga kvinnor i åldern 32–57 år. Tre olika professioner är representerade där majoriteteten var psykologer, en barnmorska och en psykiatrisjuksköterska. I tabell 1 visas vilken arbetsplats respektive terapeut var verksam i. De representerade fem regioner i Mellansverige och norra delarna av landet.

Tabell 1. Deltagare i studien samt deras verksamhetsområden

Deltagare	Verksamhet
Terapeut 1	Kvinnohälsovården
Terapeut 2	Kvinnohälsovården
Terapeut 3	Vuxenpsykiatri
Terapeut 4	Kvinnohälsovården
Terapeut 5	Kvinnohälsovården
Terapeut 6	Kvinnohälsovården
Terapeut 7	Primärvård, tidigare föräldra-barnhälsa
Terapeut 8	Barnhälsovården

Fem av åtta deltagare hade gått en utbildning i PE, som brukar ges under minst fyra dagar. Erfarenheten beträffande PE-behandling och PTSD-FC varierade mellan två och tjugo patienter.

### ***Insamlingsmetod***

Enligt Kvale och Brinkman (2014) försöker den kvalitativa forskningsintervjun förstå världen från informanternas synvinkel och utveckla en mening ur deras erfarenheter, vilket var syftet med studiens frågeställningar. För datainsamling genomfördes på förhand inbokade individuella intervjuer. Intervjuguiden (se bilaga 2) var halvstrukturerad där flertalet av frågorna var breda och öppna (Kvale & Brinkman, 2014). Några följdfrågor hade förberetts innan och ställdes vid behov medan andra kom spontant. Under intervjuerna kunde frågorna kastas om vid behov utifrån vad informanten tog upp. Efter några intervjuer togs vissa frågor bort på grund av att de inte bedömdes som relevanta.

Sju av intervjuerna skedde digitalt via Zoom och en per telefon, efter informantens önskemål. Intervjuerna varade som minst 40 minuter och som mest 90 minuter, medianen var 70 minuter. Intervjun inleddes med en kort presentation av mig, studiens syfte, konfidentialitet samt avstämning om samtycke. Därefter efterfrågades bakgrundsinformation, intervjufrågorna ställdes och intervjun avslutades med fråga om informanten hade något att tillägga som var relevant för studien. Intervjuerna spelades in såväl via Zoom som med mobiltelefon för att säkra att inget gick fel med tekniken. Inspelningarna på Zoom raderades efter att intervjuerna transkriberats. Inspelningen via mobiltelefonen var det som användes för transkribering och raderades i samband med att analysen av data ansågs vara färdig. Intervjuerna transkriberades ordagrant och varje svar numrerades för att vid analys underlätta sökning i datan.

### ***Bearbetning och analys av data***

Eftersom författaren var intresserad av betydelsen av informanternas erfarenheter och perspektiv fanns en induktiv ansats gällande kodningen och utveckling av teman. Men Braun och Clarke (2022) menar att kodning kan ha element av både

induktiv och deduktiv orientering, varav den senare innebär en mer forskar- eller teoridriven orientering. Det innebär att det kan finnas existerande teori eller begrepp som kan vara en lins för forskaren att tolka och få ut något meningsfullt i datan. En del begrepp användes från exempelvis PE och PTSD-FC, vilket har påverkat kodningen. Datamaterialet analyserades med semantisk kodning. Med det menas att utforska innebörden på ytan av datan och fånga den uppenbara meningen i det som informanterna säger uttryckligen, vilket var mest relevant mot bakgrund av studiens syfte.

Kodningen är enligt Braun och Clarke (2022) en subjektiv process formad av författarens förståelse. Kodning är en process av tolkande eller meningsskapande och forskarens subjektivitet driver processen. Efter genomförda intervjuer och transkriberingar lästes allt material igenom för att börja bekanta sig med innehållet. Därefter inleddes systematisk och noggrann kodning med syfte att hitta meningsfulla och relevanta koder. Återkommande koder fick konsekventa namn för att underlätta för senare sökning av citat i all data. Därefter sammanställdes samtliga intervjuer med respektive koder i ett uppslag. Koderna sorterades och sammanfördes i kluster då en del återkom ofta i datan, detta för att få en bättre överblick. Från de olika kodernas betydelser började ett flertal initiala teman och underteman genereras utifrån gemensamma mönster. Koderna sattes sedan samman i dessa initiala teman. Slutligen behövde dessa teman ännu en genomgång, definieras och namnges. Det resulterade i tre huvudteman som i möjligast mån var avgränsade från varandra med respektive subteman.

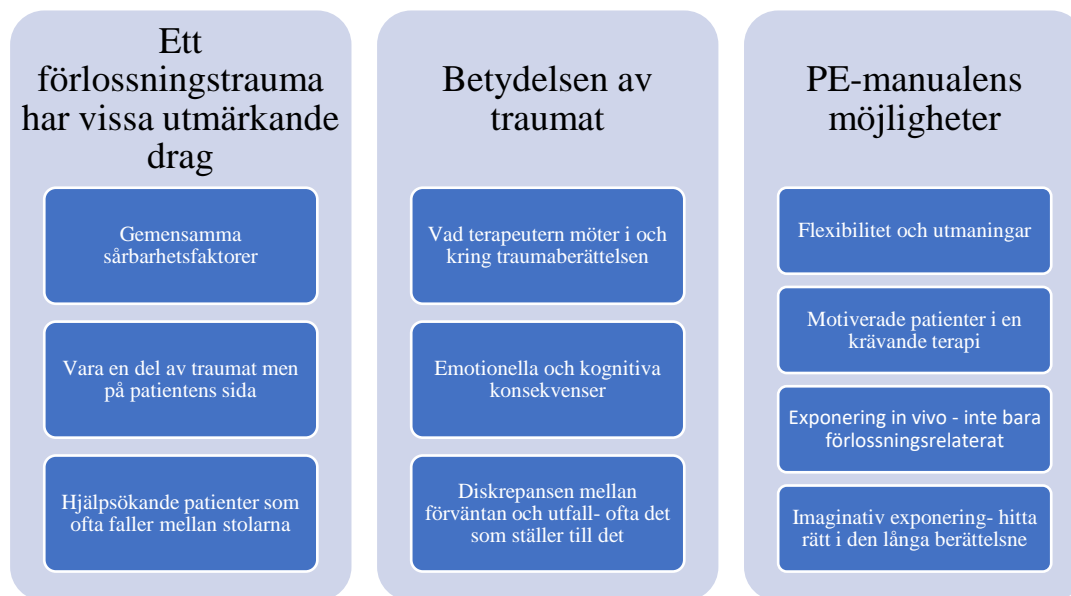
### ***Etiska överväganden***

Gällande intervjuerna har de etiska riktlinjerna i Kvale & Brinkman (2014) varit vägledande. Samtliga informanter lämnade sitt godkännande till att bli inspelade. Materialet har varit avidentifierat samt förvarats på ett sådant sätt att ingen obehörig kunnat ta del av det. Avvägningar har gjorts i användandet av materialet för att behålla deltagarnas anonymitet (Vetenskapsrådet, 2017). Zoom är en privat plattform vilket utgör svårigheter att skydda materialet. Detta bedömdes inte vara ett bekymmer då inget material av känslig karaktär avhandlades under intervjuerna.

## **Resultat**

Analysen genererade tre meningsbärande teman med respektive subteman. Det övergripande temat "Trauma vid förlossning" organiserar dessa. I figur 2 nedan presenteras en översikt av teman och subteman.

# Trauma vid förlossning



Figur 2. Teman med subteman

## ***Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag***

Detta tema beskriver terapeuternas observationer i kontakten med patienterna såsom sårbarhetsfaktorer, hur ett förlossningstrauma skiljer sig från andra trauman, utmaningar och möjligheter att som terapeut vara en del av vården, och till sist reflektioner om patienters möjligheter till vård.

### *Gemensamma sårbarhetsfaktorer.*

Att uppleva en förlossning som traumatisk, kan utifrån olika aspekter ha att göra med att det hos en del kvinnor redan finns en sårbarhet av olika slag. Av den anledningen var det av intresse att utforska vad terapeuterna observerat i det kliniska arbetet. De flesta var nogna med att de inte ville generalisera kring patientgruppen, men spontant kom det relativt samstämmiga uppfattningar. Det fanns olika infallsvinklar om vilka sårbarhetsfaktorer som är överrepresenterade. Majoriteten nämner tidigare psykisk ohälsa innan eller under graviditet, och/eller erfarenhet av trauma med betoning på sexuella övergrepp. Detta kan få olika konsekvenser för i vilken utsträckning man har förmåga att hantera en svår händelse. Terapeuterna nedan ger några exempel:

*...att det blir ytterligare en sak liksom. Det kanske är det de har gemensamt, att ofta finns en bakgrund, man är mer skör både relationellt och i vad man förmår att klara av och hur man ser sin möjlighet att påverka sin situation (T2).*

*En gemensam faktor är tidigare trauma och en annan är personer som har svårt att reglera sina känslor eller verbalisera sitt mående, som stänger av och går vidare, det är tydligt. Lägga locket på, inte prata om sina känslor eller har grepp om sina känslor, det är lite överrepresenterat. De har en ganska låg tolerans för ovisshet eller är obekväma med kontrollförlust. Det är inte riktigt 'tar det som det kommer-personligheterna' som hamnar i det här. De blir mer stressade och ångestladdade att det är på ett visst sätt under förlossningen (T4).*

Även om psykisk skörhet är den dominanta sårbarhetsfaktorn, framkommer andra karaktäristiska personlighetsdrag som kan öka risken för PTSD-FC. T1 beskriver nedan något som hon lagt märke till kopplat till intolerans för osäkerhet följt av ytterligare en reflektion:

*En stor andel är duktiga och högpresterande kvinnor, inte helt ovanligt med perfektionistiska drag och liksom nära till ångest, det är något återkommande. Och det är med att känslan av att det är de själva som har misslyckats (T1).*

*Generellt skulle jag säga att man är mer sårbar. Om man har en tendens åt GAD-personlighet, antingen att man är perfektionist och har väldigt höga krav på sig själv eller ängslig och katastrofierande, då löper man större risk att inte kunna handskas med det som uppstår under en förlossning. Man kanske har använt strategin att ha tränat mycket och man ska ha kontroll och så händer det att det inte går att kontrollera och det blir väldigt traumatiserande (T5).*

T5 förtydligar att det inte ska tas för givet att någon som blivit traumatiserad per automatik är en ängslig person. Det finns patienter där ovanstående inte stämmer in utan som är över lag välfungerande och stabila:

*Det finns de som mått jättebra innan förlossningen och de tänker att allt ska gå bra och så händer något, till exempel förlorar ett barn eller att det på pappret fanns goda förutsättningar men att det händer något oväntat (T8).*

*... de här som har väntat sig mycket av sin förlossning, men samtidigt när jag tänker efter behöver det inte alls vara så. Det kan också vara så att man tar det som det kommer och man har inte varit speciellt orolig och så blir det jättefel. Att man inte har någon psykiatrisk bakgrund eller psykisk ohälsa direkt (T2).*

Som tillägg till detta är det vanligt förekommande att många kvinnor kan ha en positiv förväntan och inställning till kommande förlossning, men att det sedan blir en betydande diskrepans mellan föreställningen om hur det skulle bli, och hur erfarenheten sedan blev. En terapeut tar upp vikten av att under såväl graviditet som efter förlossning vara observant på kvinnor med exempelvis en ångestproblematik:

*...de här duktiga tjejerna med kanske höga förväntningar hur det skulle bli, de med bristande psykologisk flexibilitet och bristfälliga egna copingstrategier.... En skörhet som är viktig att fånga upp innan, alltså potentiella sårbarhetsfaktorer som ökar risken*

*för en traumatisk förlossningsupplevelse. Och tidigare trauma kan ju finnas som vi kanske inte alltid heller har fått kännedom om. Att vi inte förstått att det var en sårbar person, att vi missat det (T1).*

Exempel på detta kan vara som T7 beskriver det, att det för patienterna inte alltid finns en insikt om vad som kan vara viktigt att berätta för att vården eller terapeuten kan förstå eller identifiera riskfaktorer och sårbarhet:

*Ibland kan jag känna att det under vägs gång för mig blir ännu lättare att förstå att det fanns en sårbarhet, även om jag försöker ta en noggrann anamnes i början, så kan de själva inte lägga så stor vikt att de växt upp med missbruk eller varit utsatta för mobbing, som jag tänker, när det är av stark kaliber, som en absolut riskfaktor för att återigen hamna i situationer där man inte har kontroll eller är rädd. Så det kan jag känna att man får stöd i skolboken, att oftast fanns det lite sårbarhet innan som kan hjälpa oss att förstå vilka som är mer benägna än andra. Och ibland är det inte alls det (T7).*

Det finns en rad olika situationer och upplevelser som kan leda till att en person drabbas av PTSD. Alla terapeuter hade inte erfarenhet av att behandla andra typer av trauman, men oavsett fanns reflektioner kring att ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag avseende upplevelsen i sig och konsekvenserna efteråt:

*De har ofta har en annan profil i det beteendespektrum de uppvisar, ofta ett grubblande och ältande kring vad de varit med om vilket jag tycker andra PTSD-patienter inte i samma utsträckning har, de brukar ha undvikandet som mer dominant. Det finns alltid undvikanden hos de med PTSD efter förlossning också men det brukar oftast finnas ältande, grubblande och informationssökande. Det är lite speciellt för patientgruppen. Sedan har de naturligtvis specifika konsekvenser som besvikelse på vården och ofta en tillitsbrist efteråt. Så man lider av att ha svårt att lita på vårdpersonal (T5).*

Ett annat perspektiv som lyfts är fördelen med att det i ett förlossningstrauma inte finns en egentlig förövare. Det innebär att det inte finns ett kvarliggande hot i vardagen:

*Skillnaden mot de andra jag har behandlat med PE är att då har det funnits en förövare, det är ju inte situationen här. Ibland kan de uppleva att barnmorskan eller läkaren blir liksom 'the bad guy' på något sätt men de har ofta en logisk eller kognitiv förståelse för att de har gjort vad de behövde göra, så det ligger ingen äkta rädsla gentemot någon så det är ju en stor skillnad (T2).*

Vidare anser T2 att det i sig inte påverkar terapin så mycket, då upplevelsen kan vara densamma ändå. Men, om patienten är införstådd med att ingen i personalen ville dem illa, kan det vara en skyddande faktor i terapin. Dock finns fall där patienten haft negativa vårderfarenheter, vilket kan leda till lågt förtroende för vården. Men, att de flesta patienter oftast har en förståelse för att vården gjort det man behövt, och att det är skillnaden. Som motsats till det minns en annan terapeut ett fall där personalen, utifrån patientens upplevelse, klätt rollen som just förövare. Detta på grund av att deras undersökningar och metoder åsamkade henne så

mycket smärta och obehag, upplevelse att bli inte lyssnad på och hon kände sig utlämnad och dåligt bemött. Det indikerar att uppfattningar om vårdpersonalens insatser kan tolkas in på flera olika sätt. T7 fortsätter:

*Det går igenom hos flera att det var en mycket speciell upplevelse men även en del där det inte varit det primära utan de har varit rädda, haft ont och trott att de själva eller barnet ska dö men där personalens agerande har tillkommit som något negativt och inte fyllt funktionen av stöd och hjälp (T7).*

Det leder in på den specifika utsattheten som karaktäriserar ett förlossnings-trauma, som exempelvis inkluderar oförväntade reaktioner på den fysiska och psykologiska förmågan och tillstånd av hjälplöshet. Detta i en situation som man innan kanske tänkt skulle vara en trygg och positiv upplevelse:

*Det är ju sällan i andra trauman där någon har stått och tittat på, någon som är en nära och inte kan göra någonting, som en partner. Eller en undersköterska eller barnmorska som man förväntar sig hjälp ifrån och så kommer inte den, det kommer ingen undsättning. Det förväntar man sig kanske inte i andra trauman, eller den faktorn eller aspekten har inte funnits med i många andra trauman. Att någon bevittnar det hela utan att ingripa, om man säger så (T2).*

Besvikelse kring olika företeelser i och kring en förlossningssituation är ett återkommande tema och kan ta sig uttryck på flera sätt. Terapeuten nedan har uppfattat att ilska är vanligt hos de patienter hon mött, och anger vad hon tänker att det handlar om:

*Andra PTSD-patienter är inte lika arga. Nej, men jag tycker förlossningstrauman är väldigt arga .... Det är speciellt att en situation man oftast längtar efter, är förberedd på, där det ska komma detta fantastiska liv till familjen och man har förmodligen massor med förväntningar och förhoppningar. Det gör ibland kanske att det är svårare att tänka på det som en traumatisk situation därför att man varit förberedd och man har gått in i den frivilligt. Förväntningen att vara så oerhört lycklig när man fått sitt barn. Och så ramar vi kanske inte in en bilolycka eller akut hjärtoperation till exempel. En diskrepans mellan vad man känner inombords och vad alla runt omkring tror att man känner (T4).*

Vanligt förekommande är att kvinnan tar på sig mycket ansvar för situationen och skuldbelägger sig själv:

*Just med förlossning att kvinnan känner att det är hennes ansvar. Till skillnad på andra typer av trauman. Det är något speciellt när de handlar om egna kroppen. Man har tidigare haft fasta åsikter om hur förlossningen ska vara och så blir det inte som man tänkt sig eller reglerar som har tänkt sig heller... Centralt i förlossningstrauma är att man lägger skulden på sig själv, man är kvinna och ska föda fram det här barnet, det är ens egen kropp som är involverad i den här processen ... Det är mycket som handlar om kvinnans syn på egen förmåga att föda barnet (T8).*

Samtliga terapeuter beskriver liknande exempel på ältande tankegångar som patienterna kan uttrycka avseende egen kapacitet, som att hon uppfattade att

hennes kropp inte kunde föda, att hon var en dålig föderska. Till sist finns något viktigt som de flesta terapeuter lyfter som något specifikt för PTSD-FC jämfört med andra typer av trauma, som exemplifieras nedan:

*Sedan har det varit lite speciellt, utifrån vad som skiljer olika trauman, att det är lite delikat hur man ska hantera relationen med vården. Om det finns mycket ilska och besvikelse på vårdpersonal. Vem man är som behandlare, ibland med samma arbetsgivare, och hur man ska man processa eventuella klagomål och sådant (T7).*

Det för oss in i nästa subtema som handlar om terapeuters olika utmaningar av att själva vara en del av vården.

#### *Vara en del av traumat men på patientens sida*

Det här subtemat innehåller terapeuternas erfarenheter av att i terapirelationen involveras i olika former av professionella utmaningar. Det relaterat till att patienterna inte sällan har bristande tillit och negativa erfarenheter av vården, men oavsett det, hålla fokus på att just vara på patientens sida. Validering och återskapande av tillit är gemsamma nyckelord hos terapeuterna. Att ha en tilltro till kvinnans egen upplevelse på ett icke-värderande sätt är central eftersom det är vanligt att övriga omgivningen brister i såväl förståelse som kunskap:

*Det som är viktig att komma ihåg med PTSD-FC är att det inte behöver betyda att det var en medicinskt svår förlossning utan är avhängigt kvinnans egen upplevelse. Att vi har en ödmjukhet för hennes upplevelse, och att vi aldrig ska ta för givet hur en kvinna har upplevt sin förlossning. Vi behöver vara noga med att aldrig egentligen klistra på vad vi tänker att hon har upplevt, det måste hon få definiera själv (T1).*

*Jag tänker att det är vår uppgift att förmedla till vården att en utåt sett normal förlossning kan vara en väldigt traumatisk upplevelse och kan leda till PTSD. Det blev en ögonöppnare för kvinnokliniken här när jag började prata i de termerna. Att det inte handlar om vad som hände enligt journalen utan hur patienten upplevde det. Det måste vara vårt uppdrag att förmedla det (T4).*

Ovan beskrivs en typisk misstolkning som vårdpersonal eller kvinnans nätverk kan ha. Att den till synes normala förlossningen kan från kvinnans perspektiv uppfattats som traumatisk, och tvärtom, så behöver inte en medicinskt svår förlossning förutsättas bli ett trauma. Som tillägg tas upp att patienterna ofta har mött vårdpersonal som är upptagna av att försvara sig, hävda att inget var fel, eller att man skulle ha gjort på samma sätt igen. Detta snarare än en förståelse för hennes upplevelse. Det är sällan patienterna får en ursäkt, vilket förvårar läkningsprocessen. En terapeut lyfter den okunskap hon mött i vården och hur värdefullt det varit att ge adekvat information utifrån terapeutrollen, och den specialiserade kunskap hon besitter.

Det kan finnas en betydelse i hur terapeutens arbetsplats är lokaliserad. Något som flera tar upp är att även om de hör till kvinnosjukvården sitter de inte i



anslutning till själva förlossningsavdelningen utan på annan enhet. Detta ses som en fördel och något som kan stärka alliansen.

Att som terapeut förhålla sig när vården brustit, när traumat inträffat inom den egna kliniken och att patientens tillit till vården är djupt skadad, är något de flesta av terapeuterna kommit i kontakt med:

*Just att vi är en del av traumat, så behöver vi ta hand om kvinnor som drabbas av en svår eller traumatisk förlossningsupplevelse, oavsett om hon får PTSD eller ej...I den bästa av världar ska vi kunna återupprätta ett förtroende ... Att också kunna stå för det i sig kan vara läkande, att bekräfta att det här förstår vi blev svårt eller traumatiskt och att vi inte är främmande för att så här kan det bli (T1).*

Ovan synliggörs det läkande i att det inom kliniken, där traumat inträffade, tas ansvar för de gångerna det inte blir bra. Oavsett om man hade kunnat påverka eller inte. Att patienten blir bekräftad i det svåra, och ges adekvat behandling eller stöd. Terapeuten menar vidare att motsatsen i sig bli traumatiserande för en kvinna som har varit med om en traumatisk förlossning, att känna att ingen vill veta av henne, att det här är så hemskt att ingen vill ta i det, eller kännas vid det.

Skadad tillit kan ta sig uttryck i misstänksamhet även mot terapeuten och vara terapistörande. T6 berättar om sina erfarenheter:

*Det kan vara en förlossningsskada eller förlossningstrauma i sig eller annat som varit i relation till kvinnokliniken ... En del exponeringar kan handla om att komma till kliniken för att man kanske inte är färdig med det på något vis, och också att jag blir en representant för förövarna. Jag har varit med om situationer där det inte gått att fortsätta behandlingen på grund av att det inte funnits tillit till mig, eftersom jag också representerar vården (T6).*

I något fall fick terapeuten remittera patienten vidare på grund av hon bedömde att det inte var hjälpsamt att gå vidare i terapin. Men oftast har det kunnat adresseras med patienten och det har funnits behov av att arbeta tillitsskapande först för att komma vidare med interventionerna. Dock har det i vissa fall tagit längre tid än vanligt att skapa tillit.

Några av terapeuterna arbetar i vårdkläder vilket kan vara känsligt för en del patienter. Det finns erfarenhet av att det blir ett generaliserande, att det här har vården gjort mot patienten och terapeuten blir en del av den kontexten - förövarna. En terapeut lyfter att när patienten kommer till hennes rum blir det en påminnelse om förlossningen. Det kan vara subtilt; vårdkläderna, skyltar, saker på rummet eller det icke uttalade att terapeuten är en del av den miljö där patienten drabbats. Terapeuten nedan ser detta som en möjlighet:

*Det en stor fördel att arbeta i sjukvården för där kan jag använda att jag också sitter som en representant för vården. Så på något sätt kan man modellera något annorlunda (T5).*

En förhoppning hos terapeuterna är att patienten kan se det finns en skillnad, att någon är på deras sida, att terapeuten vill väl och utifrån det skapa ny tillit.

### *Hjälpsökande patienter som ofta faller mellan stolarna*

Det råder konsensus hos terapeuterna att många patienter med PTSD-FC söker hjälp relativt sent eller kanske inte alls, men givetvis finns variationer. Det som också framkommer är en omfattande problematik gällande att få behandling överhuvudtaget. Detta med betoning på externa vårdgivare när patienten signalerar behov av vård. Subtemat inleds med att beskriva terapeuternas erfarenheter av tidsaspekten vid initiering av kontakt. Därefter det som kommer fram i intervjuerna gällande felbedömningar och generell tillgång till vård för patientgruppen.

I de verksamheter som terapeuterna arbetar inom är det givetvis olika gällande remissförfarande och aktualiserande av patienter. Terapeuten från psykiatrin vittnar om att PTSD-FC inte är så vanligt hos dem, men hon tror att det finns fler än dem de möter. Nedan är beskrivningar från kvinnosjukvårdens perspektiv om hur man uppfattar när i tid patienten söker hjälp:

*Jag tycker att det oftare är sent, alltså mellan 6–12 månader och mer, snarare än vi tänker att det kommer ganska tätt inpå förlossningen eller vid efterkontroll. Det kan ha gått så lång tid att de blivit gravida med ytterligare ett barn, de kanske inte ens vågar bli gravida, för att de har en obehandlad PTSD efter en tidigare traumatisk förlossning. Det finns också exempel där det gått tio år. Då kan de komma till oss via gynnottagningen till exempel (T1).*

*Generellt tycker jag att den här patientgruppen kommer ganska sent och har haft sina PTSD-symptom ganska länge, överraskande länge, med tanke på att de är så aktuella i vården. De har ofta haft sina symptom något år innan de kommer till behandling hos oss. Så det är ett observandum (T5).*

Någon annan nämner att det vanligaste är att patienter blir aktuella 3–4 månader efter förlossning i samband med efterkontrollen. Har de dessförinnan sökt kontakt via VC och fått remiss kan det gått något år. Generellt framträder en bild av att det är få patienter som söker vård i nära anslutning till förlossningen och det kan dröja innan de fångas upp. Ibland kan det förekomma att BVC identifierat behovet och då kan patienterna först komma för medicinsk genomgång med läkare eller barnmorska. Någon tar upp att i den bästa av världar fångas patienterna upp under det första året men att så är det inte alla gånger. När de upptäcks vid en efterkontroll, beroende på när i tid den sker, kan det vara lämpligt att ge det någon månad till för att se om någon naturlig psykologisk läkning kan ske.

Det kan också bli problematiskt när personal är för snabba på bollen som T2 observerat i sin kliniska vardag vid bedömning av remisser, relaterat till att det bör ha gått en tid:

*Man (personal) ömmar för dem som skattar sin förlossning lågt, och skickar remiss redan på BB i stort sett ... patienten skattade sin förlossning 7, 8 men tyckte ändå det var jättejobbigt och tio är ju toppoäng, så jag tänker att det är ganska bra rating men att det känns som om patienten är något skör, lite tredagars-gråt och allt möjligt, stor omställning och så tolkar man det där som att det är nog bra om patienten fångas upp (T2).*

T2 menar att personalen kan såklart ha rätt i det, men att en negativ upplevelse är något annat. Det är mildare på skalan och patienten kan i närtid ha behov av samtal kring det för att sedan se om det har etablerat sig som något traumatiskt:

*För det är klart att du ältar och grubblar och går igenom gång efter annan, du är med din såriga kropp och det är så mycket i början som ska få komma på plats innan vi kan konstatera att det här är något som släpar lite med dig. Jag tycker det bör gå ett par tre månader (T2).*

*Man följs upp i närtid efter förlossningen och sedan säger man i princip att de har god tillgänglighet till vård för att de har mycket BVC-kontakter. Men, att det lite klurigt med det här problemen eftersom patienterna själva inte riktigt vill ta i dem. Timingen blir inte helt optimal när man frågar så där nära på förlossningen hur det blev, och så släpper man. Det är både och, man vill att de ska få en tidig check- up samtidigt som med det här problemen är det bättre att det får gå längre tid och se vad som finns kvar (T7).*

Kopplat till timing har T7 ett förslag att patienten även borde få en ”check-up” när barnet är runt ett år och varför inte ställa en fråga till båda föräldrarna: ”Nu har det gått ett år sedan den här stora upplevelsen, hur känns det när ni tänker tillbaka på det?”.

Sammantaget kan patienter komma till terapeuterna via remiss antingen inom egna verksamheten exempelvis vid efterkontroll, genom kontakt med barnhälsovården (BVC), primärvården eller annat. Nedan problematiseras om vad som kan påverka att patienterna inte fångas upp:

*Det fungerar väl i en del avseenden men tror vi missar en del. Har fått information om att man släpar med det uppföljande samtalet inom några veckor efter förlossningen ... på grund av hög belastning. Och de som skattar lågt som sedan är ganska undvikande på grund av att de har en PTSD, jag vet inte hur lätt det för barnmorskan att motivera till någon form av insats (T7).*

*Det kan ändå vara väldigt knepigt innan kvinnan får den hjälp hon faktiskt behöver, även de som vi får signaler om ganska tidigt. Jag tänker att det finns stackare som trots upprepade kontakter med BVC, kanske psykiatri eller VC så missar man i hög grad ändå (T1).*

Något som också lyfts är, förståeligt nog, att det för patienten själv inte alltid är helt tydligt att hon har PTSD och behöver behandling. En del kan ha svårt att formulera sig i kontakt med vården. Det händer att patienter kommer i nästa graviditet och uttrycker sekundär förlossningsrädsla och att de inte mår bra

efter förra förlossningen. T2 för ett resonemang om försvårande omständigheter i vårdkontakter:

*- Jaha, var det någon som frågade eller sa du det till någon? Det har fallit ur lite. Man har inte fångats upp eller gjort sig hörd, eller kunnat sätta fingret på vad det var riktigt heller.... För en remiss så man måste ändå uttala sina problem, bli tagen på allvar och uppfångad och sedan är folk olika bra på det. Alltså patienterna är olika bra på det och vårdpersonal är olika bra på att fånga upp hur pass allvarligt det är och vad som är helt normalt, apropå bedömning (T2).*

Det finns en samstämmighet bland terapeuterna att tillgången till behandling för PTSD-FC är relativt god inom deras egna verksamheter, men bekymret ofta uppstår när patienterna söker vård hos annan vårdgivare. När det kommer till den generella tillgängligheten för patienterna uttrycker de flesta terapeuter kritiska synpunkter om att den är låg, och med varierande kvalitet som i följande exempel:

*Det som oroar mig mest är att många patienter bara får träffa barnmorska eller kurator för stödsamtal. Det är inte rätt vård för den här gruppen. Många fastnar där och det är bara en liten del som kommer till mig. De som kommer till mig är de där jag har upparbetade relationer med läkare eller barnmorskor. Jag tänker att det är många som inte får någon hjälp. Det är flera sjukhus i regionen, och jag sitter på ett av dem. Och på de andra sjukhusen finns kuratorer utan någon terapeutisk vidareutbildning. Och även ute på mödrahälsovården, de psykologerna arbetar mycket med fokus på föräldrastöd och anknytning och så. Så det är absolut ett glapp, det finns en brist i det (T4).*

*Det är oftast så att de inte har fångats upp i eftervården, och de själva inte riktigt vet vad de behöver och har fått kämpa ganska hårt för att få sin traumabehandling. Och inte helt ovanligt att de får en felaktig vård någonstans därute. Någon slags traumabearbetning som inte är förankrad i någon evidensbaserad metod. Det är väldigt tragiskt (T5).*

*Det är ett generellt problem att det är varierande hur mycket psykologisk behandling man kan få i primärvården och hur mycket som blir stödsamtal. Men det stora problemet är väl att de inte upptäcks, man screenar mycket för depression men inte så mycket för traumatisk förlossningsupplevelse (T4).*

Majoriteten terapeuter är eniga om att PTSD-FC riskerar att missas eller till och med negligeras. Att det ofta förekommer att patienterna feldiagnosticeras. Det kan i stället bedömas som postpartumdepression eller utmattningssyndrom (syftar på bedömningar hos externa vårdgivare främst). Det kan resultera i en fördröjning av adekvat vård:

*För när kvinnorna kommer till oss så är det inte ovanligt att det föregåtts av en ganska lång och krokig resa...de har sökt efter hjälp och bollats mellan olika vårdenheter. Till och med där det finns en psykiatrikontakt, har det absolut inte varit självklart att de har fått den hjälp de behövt med psykologisk behandling. Det finns fall där man till och med kan läsa i patientens journal att man faktiskt adresserat en traumatisk förlossning, men*

*ändå inte plockar upp den tråden och tänker PTSD. Så många som till slut kanske kommer till oss har ju gått ganska länge (T1).*

T3 minns en patient som än mer kan illustrera det som förs fram ovan:

*Det var så tråkigt i efterförloppet med den här kvinnan för det var ingen som såg att hon hade PTSD eller var så illa därän förrän hon kom till mig, och då hade det gått tre år... Utan mer `släpp det där nu, alla kan ha en jobbig förlossning, kom vidare`. Hon påtalade både vid efterkontroll och hos BVC att hon mådde dåligt, och så `jo, du mår dåligt, här får du en psykolog och där var det litegrann `släpp det där nu`. Hon fick en utmattningsdiagnos men man missade PTSD (T3).*

Det blir tydligt att det ser olika ut i landet. Vilket omhändertagande som finns att tillgå är avhängigt hur det ser ut på respektive vårdcentral avseende kompetens, eller om det ens finns någon behandlare över huvud taget. T4 anser att tillgången är låg och varierande och beskriver det så här:

*I vår region så finns det psykologer och terapeuter på lite olika ställen och på vissa ställen kuratorer utan någon vidareutbildning som inte arbetar med behandling. Vi är en stor region och det finns många ställen där det inte finns en psykolog eller terapeut varken i specialistvården eller i primärvården. Men däremot så finns mödrahälsovårdspsykologer och de kan arbeta med förlossningstrauman om de också uppfattar att det finns anknytningsproblem eller problem kopplade till föräldraskap. Om det sedan uppdagas att patienten har ett förlossningstrauma så tar de det, kan man säga (T4).*

Enligt en terapeut finns behov av att inom vården vara mer uppmärksam och fånga upp de här patienterna. Där hon är verksam är det styrt så att PTSD ska behandlas av specialistpsykiatrin. Väntetiderna är minst ett år och det finns inga möjligheter till att få behandling för PTSD inom primärvården. En annan terapeut har följande uppfattning i ämnet:

*Den (tillgången) är nog ganska liten tror jag. Det finns inte så många psykologer inom psykiatrin som arbetar behandlande utan mycket utredande, och av de som behandlar är det inte så många som arbetar med PTSD, i alla fall i vår stad, har jag hört. Och patienter som sagt att det finns ingen PTSD-behandling i staden, eller att man får vänta väldigt länge ... Och på VC vet jag inte hur benägen man är att arbeta med trauma, faktiskt (T2).*

Det är angeläget att patienterna kommer till rätt instans och även rätt profession för adekvat bedömning och behandling. Det kan annars leda till onödiga konsekvenser som beskrivs nedan:

*Det är viktigt att hitta vem som ska ha behandlingen ... och att det görs på rätt sätt. Jag kan träffa patienter som kan ha haft mycket negativ förlossningsupplevelse och så har det blivit någon mishmash (röra), att de fått prata mycket om det men inte fått arbeta med processing och då riskerar man ju att ställa till det snarare... Då kan de komma efter sin andra eller tredje förlossning, jag vill inte säga att vården har skapat ett trauma, men man har befäst deras upplevelse av att det där var väldigt svårt och det blev dåligt för dem, att de blev orättvist behandlade och att vården är grym. Och så har man inte gjort så mycket läkande med det (T7).*

Samtidigt säger T7 att hon själv inte alltid tycker det är så lätt när någon har haft en svår förlossningsupplevelse, men betonar vikten av att hitta de patienter som ska ha terapi och vilka som ska ha något annat.

Ett annat bekymmer som kommer fram är de patienter där det finns en samtidig och omfattande psykiatrisk problematik, som har en etablerad kontakt med psykiatrin, men som söker hjälp hos kvinnohälsovården:

*Det är en knepig grupp för det kan resultera i att de inte får någon behandling för att psykiatrin inte fångar bollen. Men att jag å ena sidan kan tänka att det här känns för svårt för mig, det är en för komplicerad patient...samtidigt kan det landa i att patienten inte får någon hjälp för att psykiatrin inte erbjuder traumabehandling. Att psykiatrin tycker att en traumatisk förlossning inte hör hemma hos dem... så de är jättesvåra. (T1).*

Dilemmat att en del patienter inte hör hemma i någon verksamhet är något flera terapeuter erfarit, här ges några exempel:

*Många faller mellan stolarna, det finns ingen naturlig instans. De hör inte till specialistvården om de inte är gravida eller ganska nyförlösta, och de hör inte till BVC, eller barn- och familjecentralerna här om de har barn över sex år. Så kanske VC inte riktigt vill ta dem (T4).*

*Patienter med PTSD-FC är en extremt viktig patientgrupp att lyfta och jag tycker det är sorgligt att det finns så få behandlare och att många kvinnor hamnar i ett slags vacuum av att inte kunna bli mottagna någonstans, inte på VC, inte ens inom psykiatrin, vilket jag tycker är bedrövligt. Att bollen hamnar tillbaka på oss och kanske är det inom kvinnohälsovården något man behöver fundera kring om det här ett område som behöver stärkas upp (T1).*

Flera terapeuter uttrycker att det kanske i första hand borde vara kvinnohälsovårdens ansvar att behandla patientgruppen, med undantag för patienter med komplex psykiatrisk problematik. Att det behövs mer satsningar på att öka kompetensen inom kvinnohälsovården för att tillgodose den aktuella patientgruppens behov. Någon menar att PTSD-FC är en del av förlossningsvården, och det ges stöd till förlossningsrädda, då bör man även ta hand om patienten när det inte blir bra.

### ***Betydelsen av traumat***

Ett förlossningstrauma varierar stort i innehåll, vad patienterna upplever som traumatiserande och vilka konsekvenser det blir för patienterna. De kommer med sina specifika problemformuleringar till terapin. Detta tema utforskar terapeuternas iakttagelser av vad de möter i patienternas traumaberättelser och hur det påverkat dem.

### ***Vad terapeuten möter i och kring traumaberättelsen***

Initialt är det för de flesta terapeuter redan känt att orsaken till kontakt är en svår förlossningsupplevelse. Vanligt är att patienter beskriver nedstämdhet, hög grad

av ångest, sömnsvårigheter och en generell förlust av glädje. Det kan finnas rädslor för ny graviditet där en önskan finns om fler barn, men patienten kan inte se hur det skulle kunna vara möjligt att gå igenom en förlossning igen. De kan uttrycka att de inte känner igen sig själva och upplever stresskänslighet. Patienterna är ofta upptagna av negativa tankar och känslor om förlossningen och hur livet blivit efter:

*Två huvudspår, det ena är att de sörjer och är besvikna över att förlossningen blev som den blev. Men de vänder det inåt, och kan få fatt i känslan att det tycker synd om sig själva. Och de andra är arga på vården, de blev utsatta, de gjorde fel, vänder det utåt. Det är oftast det som kommer snarare än att de beskriver olika undvikanden efter förlossningen. De vet att de bär på en kraftigt negativ upplevelse, men sedan säger de ofta något av det som nämnts (T7).*

För en del patienter kan även anknytningen vara något de oroar sig för på grund av de mådde så dåligt tidigt. T5 har tankar om att det sällan är ett egentligt problem utan att det mer handlar om oro kring det:

*...Och att man kanske inte förmådde att känna så mycket känslor för sitt barn tidigt. Men att man nu har dåligt samvete över det, men att det är en stark anknytning som kom några dagar eller veckor senare. Men jag har inte sett att det har funnits anknytningsproblematik hos de här patienterna, det kan säkert förekomma, men det är inte min observation eller erfarenhet. Men att det finns en oro kring vad det har fått för konsekvenser, hur har det påverkat relationen till barnet. Den brukar vara ganska lätt att arbeta med som tur är. De brukar uppvisa så mycket starka tecken på god anknytning (T5).*

I de fall där förlossningen verkligen utgjorde en fara och det var nära att patienten förlorade sitt barn, kan det bli en ökad orosproblematik kopplat till det. Det kan ta sig uttryck i att man blir kontrollerande gentemot barnet med katastroftankar och ökad vaksamhet.

Omständigheter som kan bli traumatiserande kan variera och terapeuterna beskriver olika scenarion utifrån patienternas berättelser. Det kan exempelvis vara förstföderskor med hastigt förlopp, det bedöms vara normalt, men att patienten blev fullständigt överrumplad av att något hände som hon inte förstod, inte var beredd på, och där omgivningen i direkt anslutning talar om hur bra allt gick. Det kan bli en del av traumat att de blir ensamma i detta och inte får förståelse. Vanligt förekommande är beskrivningar av kontrollförlust över kroppen och situationen, väldigt intensiva upplevelser av smärta och skräck och känna sig utlämnad. Att de känt uppgivenhet, varit övertygade om att de eller barnet ska dö. Förlossningen kan ha uppfattats som ett övergrepp och förenat med starkt obehag. Något annat som tas upp är värkstimulerande dropp som kan leda till snabb smärtökning och bli skrämmande, särskilt vid upplevelse av informationsbrist, där patienten hamnar i total ovisshet hur länge det ska fortgå. Nedan några andra exempel som åskådliggörs av T1:

*Och å andra sidan ett långdraget förlopp där de legat länge, svåra sugklockor eller akuta kejsarsnitt. Barn som behöver tas ut från förlossningsrummet, det är... känslan av att ha blivit berövad på den första stunden med barnet, även om det var medicinskt nödvändigt att ta barnet, men att kanske ligga kvar på förlossningsrummet med en personal utan att veta hur det går för barnet, att vakna upp på uppvaket efter ett akut kejsarsnitt och inte veta om barnet har överlevt (T1).*

*Där man verkligen kan se att här har sjukvården brösttit, det här var vedervärdigt, du har fått ligga med benen i vädret i gyn-stöd i fyra timmar, eller du blivit utsatt för att bli sydd med bristfällig smärtlindring... där man kan förstå att det var en bedrövlig situation. Här har vi misslyckats att skapa en situation för kvinnan och då är det mer rena vårdövergrepp på något vis (T1).*

En annan återkommande faktor i traumaberättelsen är att patientens tidsuppfattning är skev. Att det finns tankar om att det tog en evighet innan hon fick sitt barn, innan barnet började skrika eller att någon inte gjorde något åt smärtan. Att det är en viktig aspekt att ge en förklaringsmodell för det som beskrivs här:

*Och det kan vi tänka om psykologiskt att om man är väldigt stressad eller har stark smärta, inte har samma grepp om tiden. Och det kan vara ganska terapeutiskt att prata om det, lite avlastande (T4).*

T4 menar vidare att även om patienten upplever att det tog en evighet innan hon fick upp barnet på magen så är det inte säkert att det var så. Men begreppet tid är intressant just för att vissa delar beskrivs sekund för sekund men i andra faser är det timmar som förflyter i ett töcken, där de inte har så många minnen alls.

Patienter tar också upp skeenden där de medverkat till att fatta beslut tillsammans med vårdpersonal som de sedan kan ältä, om något kunde gjorts annorlunda. Teman kring negativa upplevelser av bemötanden och omhändertaganden i vården är återkommande. Känsla av att beslut har fattats över huvudet, att man fått dålig information vilket gett en känsla av osäkerhet och förlust av kontroll. Patienter kan ibland uttrycka att de känt sig som något man ”hanterar”, att man inte var delaktig eller medveten om vad som pågick och känner sig som ett offer. Många beskriver att de känt sig ensamma, alldeles övergivna även fast de har haft partner och personal där. Och en del har inte haft personal där i ett skede när det behövt det. T3 ger exempel från två fall där den sistnämnde är en kvinna som i relationen med partner redan befann sig i utsatthet:

*Utän kontroll, saker händer, folk kommer in, folk kommer inte in...kanske framför allt det, folk kommer inte in. Det är mycket `jag behöver någon här`. Den andra behövde att personal kom in och checkade för partnern var väldigt kontrollerande, hon fick inte i sig smärtlindring överhuvudtaget, då hade det hjälpt att någon var där men då blev det som att ingen var där. Eller att ingen kommer och säger något. Så teman ensamhet, känsla av utsatthet...för lite information om vad som faktiskt kommer att hända (T3).*



Det kan vara så att det är vissa detaljer som fastnar. Det är ofta en rad saker som inte borde ha hänt. Och sedan, i ljuset av traumat, så upplever patienten ovidkommande saker som knepiga, vilket blir en del av tolkningen exempelvis ”vi fick vänta 10 minuter vid dörren, ingen kom när vi ringt på klockan”. Hade allt gått bra hade man glömt det, men det blev flera saker som hände som var traumatiska, då kommer det där med in i helheten som ”att de inte verkar ha någon koll på läget där”. Exempel på andra former av tolkningar av situationen:

*Ibland kan det också handla om att man blivit extra traumatiserad därför att man har tolkat vårdpersonalen som att det var allvarligare, eller att patienten tänkte att det var på liv och död fast det kanske inte var så. Man har feltolkat och så har man traumatiserats utifrån det. Till exempel såg personalen inte så glada ut, de såg så allvarliga ut, de tittade mig inte i ögonen. Då får man prata om att de kanske var så att de var trötta eller hade haft en lång arbetsdag, alltså andra skäl eller att de var irriterade på varandra. Så det kan bli frigörande och minska traumatiseringen (T5).*

*För den del patienter kan en fras från vårdpersonal fastna och bara loopar medan det för andra blir uppfattningen att det var plumpt sagt men kan släppa det. Så det är intressant. Vilka är det där det tar så hårt och vilka är det som inte tar till sig alls (T7).*

Sammanfattningsvis är det oftast en kombination av flera saker som gör att upplevelsen varit skrämmande. En terapeut tar som exempel att hon träffat patienter som genomgått mycket svåra förlossningar men som ändå känt sig trygga i situationen på grund av att där fanns personal som var med dem, var kommunikativa och då blev det inte ett trauma.

### *Emotionella och kognitiva konsekvenser*

Patienternas egna strategier för att hantera sitt trauma kan vara omfattande undvikanden såväl emotionellt som kognitivt. Vissa stänger av alternativt ältar och grubblar. Skuldbeläggande är som tidigare nämnt en central del, dels riktat mot sig själv, dels gentemot vården eller båda och. Skuld känslor relaterat till sitt eget agerande som resulterat i ältande om vad som hände, att man själv presterade dåligt, ifrågasättande om att man själv utsatte barnet för något eller om förlossningen gått snabbare om man agerat på annat sätt i situationen. Frågor om man själv eller vården kunnat göra något annat för att förebygga de konsekvenser som blev. Terapeuten nedan har lång erfarenhet av patientgruppen och har över tid sett vissa mönster:

*... Det finns individuella variationer vad man har för undvikanden, och sedan är det också så att det finns de här kognitiva effekterna som uppstår när man får föreställningar om både sig själv och även vården med skuldtankar och så vidare. Det blir ofta väldigt specifikt. Har man arbetat med de här patienterna så vet man vad som brukar dyka upp. Men det finns en uppsättning som är vanliga för de här patienterna (T5).*

Det kan finnas yttre faktorer som påverkar, som att det finns en kontext i samhället av att graviditet och förlossning ska vara något som är förknippat med något positivt. Att en sådan företeelse egentligen inte är något som borde ställa till problem. Den typen av värderingar kan signalera att patienten inte borde tänka och känna som hon gör, vilket kan få som konsekvens att hon i stället trycker undan och låter bli att tänka på det. Att patienten ägnar sig åt inre undvikanden, att inte vilja eller våga tänka eller känna om sin traumatiska förlossning kan få följder som att inte klara av sociala sammanhang med eller utan sitt barn med risk för att få frågor om sin förlossning. Det leder till att en del blir bundna till hemmet med barnet och blir väldigt ensamma i detta.

*Diskrepansen mellan förväntan och verkligt utfall - ofta det som ställer till det*  
Förväntningar som inte infrias i kombination med en traumatisk upplevelse förefaller vara något som är vanligt hos patienterna, och som i efterhand blir svårt att hantera:

*De flesta som kommer efter en negativ förlossningsupplevelse har haft ganska mycket tankar om hur det där ska bli... förväntningar på hur förlossningen ska vara och se ut och hur man själv ska agera...att man har varit inställd på en viss typ av förlossning...besvikelse över hur det blev...man skäms över att kroppen inte klarade mer eller att man haft högre ambitioner i jämfört med hur det blev, att man kom till korta som födande kvinna. Sådana faktorer är nog ganska vanliga teman i det här. Och att man skäms för att man for illa under förlossningen, att man inte var den där härliga modern som tar till sig barnet direkt (T2).*

*...Den här heliga stunden, när man ska få upp barnet på magen. Att det är där många patienter har fastnat. Där hade hon så stora förväntningar kring hur det ska bli och så var hon i stället livrädd eller hade dödsångest. Många är väldigt skamfyllda att de inte kommer ihåg det ögonblicket. Det väcker skamkänslor 'att jag minns inte ens när mitt barn kom upp på magen, vad är jag för en mamma'? Och det har de inte alltid vågat säga till någon (T4).*

Citaten ovan tydliggör att det inte bara handlar om patientens förhoppningar om hur förlossningen skulle bli utan även att de förmodade positiva känslorna för barnet uteblir initialt. Den bild man haft av barnafödandets olika delar raseras. Det förkommer ofta påtagligt starka skam- och skuldkänslor över att inte må bra i egenskap av att vara nybliven förälder och inte vara lycklig. Inte sällan i kombination med stor sorg om hur saker och ting blev med utgångspunkt i höga förväntningar. Till detta adderas en oro för framtiden där man haft en föreställning om att vilja ha fler barn men känns för stunden uteslutet med den erfarenheten patienten har. Angående förväntningar lyfter terapeuten här en viktig aspekt utifrån att en stor del av traumabearbetningen kan just vara en massiv sorg kopplat till att en del patienter inte har haft en helt realistisk förväntan på en förlossning:

*De kan säga att man hör ju bara om hur fantastiskt det ska vara och för mig blev det bara hemskt och fruktansvärt. Ibland kan jag också undra, att det är svårt att veta om det verkligen var så att de bara hade en sådan fin bild innan, men att det kan vara en riskfaktor att man inte är helt adekvat förberedd på att det kan se ut på många olika sätt (T7).*

Känsla av besvikelse kan hos en del patienter ta sig uttryck i ilska. En av terapeuterna beskriver det som att ilska är en av de känslorna som hon tycker att de ofta sitter med. Ilska, besvikelse, känsla av misslyckande, att det inte har blivit som de förväntade sig och att de blivit bestulna på en upplevelse. Men ibland är det inte så att de anklagar vården utan sig själva, kanske mer diffust känner att den här upplevelsen blev inte alls som de tänkt sig, och att de har förlorat något.

Något som kan komplicera är att patienten, kanske redan på förlossningsavdelningen eller BB fått höra från omgivningen att ”det här gick ju bra” för att det rent fysiologiskt bedömdes som en normal förlossning. Men, för patienten var det en fruktansvärd upplevelse. T4 ger en reflektion kring problemet med begreppet ”normala förlossningar”:

*Jag tycker att historierna skiljer sig ofta väldigt mycket åt. Jag brukar alltid avhålla mig från att prata om normala förlossningar. För jag tycker att det är inget som är mindre normalt än en förlossning. Det är väl en av de mest onormala grejerna man kan göra som kvinna. Inte att det inte är vanligt men att det inte en situation som vi är väl förberedda för. Eller där vi kan förväntas reagera normalt. Vården gör ju gärna det, det pratar om normala förlossningsförlopp och det är lite konstigt (T4).*

Att som terapeut lyssna till patienternas olika yttranden om traumatiska upplevelser, där mottagandet i vården utgör en ganska stor del är något speciellt. Följande citat får avsluta detta subtema:

*Jag vill tänka att de flesta i vården inte är tyranner men man hör ju mycket konstigheter och vill heller inte vara naiv och tro att det inte sker dåligt bemötande, för det vet jag att det gör. Det blir lite så där, vad var det som hände egentligen, hur kunde det bli så fel? (T7).*

### ***PE-manualens möjligheter***

Det här temat belyser terapeuternas erfarenheter av att behandla PTSD-FC med stöd av PE-manualen. Inledningsvis beskrivs hur de uppfattar manualen generellt och i arbetet med patientgruppen, samt förutsättningar för att bedriva PE i sina respektive verksamheter. Vidare visas reflektioner kring hur terapeuterna eventuellt anpassar terapin. Övriga subteman om motiverade patienter i en krävande terapi följs sedan av hur de två exponeringsinterventionerna imaginativ - och in vivo exponering fungerar i praktiken.

### ***Flexibilitet och utmaningar***

En av terapeuterna berättar att de hade identifierat patientgruppen inom verksamheten och ställde sig frågan hur de skulle arbeta med dem. De uppfattade

PE som något de kunde sätta sig in i på egen hand till skillnad från andra former av traumabehandling. Terapeuten upplever att PE utökat hennes kliniska möjligheter:

*Man känner igen sig i materialet utifrån KBT och manualen är tydlig i bokform. Det var jag och en annan psykolog som gav oss in i detta samtidigt och vi kunde hjälpa varandra och har tagit stöd i handledning... Det är ganska nytt för mig erfarenhetsmässigt. Ett område som känns väldigt viktigt och kan se i efterhand att jag troligtvis har missat patienter som skulle ha behövt den här behandlingen tidigare (T8).*

T8 menar vidare att innan hon kunde erbjuda PE inte visste riktigt vad hon skulle göra med de patienter som fanns med PTSD-symptom, att det nu känns bra att ha en metod och hon är glad att hon vågade ta det steget. På tal om att våga:

*Jag har initialt känt mig ganska rädd för att börja använda metoden, har tyckt att det nog tog ett tag innan jag kände att jag fick lite mer koll på läget. Mitt problem att det varit ganska lång tid emellan patienterna kanske, att jag varit lite begränsad (T1).*

Att ens börja behandla PTSD kan för en del terapeuter kännas osäkert som terapeuten beskriver ovan och poängterar att det är viktigt med frekvensen terapier för att komma i gång ordentligt. T4 hade sin ingång i att behandla PTSD och lyfter fram vikten av att ha trygg och kompetent handledning:

*Tog min första PE-patient efter första kursen (PE). Hade en stödjande handledare som trodde på mig, 'det ska du inte vara rädd för på grund av att du är ny'. Så jag har aldrig haft det där motståndet mot att arbeta med PTSD, eller den här rädslan att arbeta med det... för jag började ganska snabbt och kände direkt att PE var en potent och effektiv behandling och att PTSD var synnerligen behandlingsbart. Det har präglat mitt yrkesliv väldigt mycket att jag började tidigt med det. Har hela tiden dragit mig till den patientgruppen (T4).*

Över lag är terapeuterna positiva till PE och flera beskriver att de uppfattar manualen som enkel att ta till sig och att utöva praktiskt, förutsatt att man har en bakgrund i KBT. Det är även lätt för patienten att förstå rationalen:

*Jag har goda erfarenheter, och att PE är hjälpsamt att på ett strukturerat sätt ta sig igenom och formulera den här erfarenheten. Och samtidigt exponera för det som påminner om traumat ...Till exempel om man har mindre barn att det blir, att man drar sig undan och undviker en massa olika saker. Kan man då förmå att exponera för det kan det bli väldigt bra. Det kan bli en skjuts i att må bättre (T6).*

*Det finns absolut fördelar, och det är därför jag arbetar med metoden, tycker att det är viktigt och upplever att den självklart har effekt. Att hjälpa dem på ett kontrollerat sätt tillbaka till minnena, processa dem och att det lugnar sig över tid (T7).*

*Jag tycker det är en väldigt potent metod där jag upplever att jag får en tydlig effekt, väldigt fina resultat. Jag tycker att mina patienter i hög utsträckning blir väldigt mycket bättre när jag arbetar med PE (T4).*

Tryggheten att kunna luta sig mot en manual som terapeuten har tilltro till tycks underlätta det kliniska arbetet. Att ta emot patientgruppen inom psykiatri kan ofta innebära en del samsjuklighet och enligt T3 är det därför svårt att följa manualen för det är något annat som måste tas upp i sessionen. Hon upplever att det är svårt att avgränsa terapin men är medveten om att det är något hon behöver öva på. Därtill att bedöma om en patient klarar av en PE-behandling, vilket inte alltid är självklart.

Nedan beskrivs några tankar om de olika interventionerna och att flera terapeuter märker effekt tidigt i terapin:

*... psykoedukation kring mekanismer vid PTSD, vidmakthållandefaktorer, bara den delen tycker jag är väldigt terapeutisk. Och sedan imaginativ exponering (T4).*

*Jag tycker att det ganska tidigt i behandlingskontakten märks att det är hjälpsamt, redan vid traumaintervjun, när patienten får berätta, bekräftelsen av psykoedukationen, första tre sessionerna, tänker jag. Där man berättar om vanliga reaktioner vid trauma, många upplever en lättnad bara av att få bekräftat att det är vanligt, det är inte något fel på mig. Det blir en effekt redan innan man kommer i gång med exponeringen (T1).*

Förutsättningar att bedriva PE kan variera i olika verksamheter med tanke på att sessionerna enligt manualen är nittio minuter. För några av terapeuterna är detta inget problem, för andra kan det innebära en utmaning och vissa har hittat kreativa sätt att lösa detta:

*Vi är ganska fria på vår arbetsplats, vanligtvis bokas de in på 60 minuter men det drar över. Jag tycker det varit svårt att få till sessioner på 60 min. Jag har förstått att av kollegor att man kan primärvårdsanpassa med kortare tid vid enkla trauman, men jag har upplevt att jag har dragit över varje gång (T8).*

*Jag bestämmer i hög utsträckning vad jag ska göra med mina patienter. Det finns ingen som reglerar det eller hur länge jag ska träffa dem eller hur ofta. Sedan nämnde jag att jag inte alltid kan få in 90-minutersbesök men förutsättningarna är väldigt goda (T4).*

T3 anser att hennes förutsättningar är bra men tar upp en del yttre krav som sannolikt många terapeuter kan känna igen sig i som långa väntelistor, effektivitet och träffa fler patienter. Hon har kommit till en punkt att det inte går att lyssna på det:

*Jag har jobbat så pass länge så jag bryr mig verkligen inte vad organisationen gör. Jag tar tiden som behövs, så länge det behövs, tar mina 90 minuter och det är liksom ingen som ifrågasätter det. Tycker jag har blivit bra på att ta god tid på mig, att verkligen sätta av 90 minuter så man får göra det ordentligt. Det var jag dålig på i början. Men jag har märkt hur värdefullt det är att låta det ta god tid, även kanske ge mig själv utrymme efteråt, ibland är jag dålig på det, kan liksom packa fullt vissa dagar, det är bra att få en liten paus efteråt (T3).*

Den terapeuten har hittat ett förhållningsätt som fungerar för henne och har över tid också sett till sina egna behov. Självomhändertagandet i att bedriva trauma-

behandling lyfts av flera terapeuter. Det kan handla om att avsätta tillräckligt med tid innan och efter session, kanske inte att det är sista patienten på dagen då man tenderar att vara lite trött.

För T4 är det av organisatoriska skäl inte alltid möjligt att följa manualen och boka nittio minuters sessioner vilket innebär att en del av det som är i manualen görs i en session behöver hon ibland dela upp på flera tillfällen. Dock anser hon att det inte utgör ett så stort problem, att det går ganska bra att anpassa manualen och resonerar enligt följande:

*Manualen är ju konstruerad för att kunna anpassas. Det är Foa ganska tydlig med, att hon tänker att man ska kunna göra det... Det viktiga är att när man arbetar med imaginativ exponering ha tillräckligt med tid och när man vet att det ska göras komma in i det ganska snabbt i sessionen för att hinna med bearbetningen efteråt och eventuellt om patienten har mycket ångest att man har tid att reglera ner det. När jag vet att vi går in i imaginativ exponering, skulle jag aldrig boka tight. Ser alltid till att jag har utrymme men inte alltid att jag avsätter 90 minuter, men jag tänker en dryg timme (T4).*

*Jag brukar nog oftast dela upp session två, lite beroende på vad jag hinner. Patienterna kan ha svårt att ta in allt, jag får pytsa ut informationen. Jag märker att det inte blir bra när jag matar, då är det bättre att dela upp det och ha två kortare sessioner i sådant fall (T3).*

Att dela upp session två som har mycket innehåll som ska rymmas vid ett tillfälle är något en del terapeuter som gått PE-utbildningen fått lära sig, vilket kan underlätta. Att bedriva PE kan för vissa terapeuter fordra en del egna anpassningar beroende på under vilka förhållanden man arbetar. De verkar också ha hittat former för att tillämpa PE flexibelt vid behov. Så hur kan patienternas förutsättningar se ut?

#### *Motiverade patienter i en krävande terapi*

I mötet med patienter med PTSD-FC kan det finnas vissa omständigheter som utgör såväl motiverande faktorer som hinder för terapin. Patienterna har oftast ett eller flera små barn, en del är föräldralediga och förutsättningarna ser olika ut. Det kan i vissa fall uppstå praktiska hinder som försvårar att genomföra PE. Här beskriver terapeuterna vad de ser:

*Utifrån den målgruppen som vi har som är föräldrar med barn mellan 0–6 år... och kan vara en krävande livssituation. För att ha en PE-behandling så måste det finnas tid på något sätt. Att ha tid att lyssna på imaginativa exponeringen, att man har en partner som är villig att stötta (T8).*

*Det ställer krav på att det ska fungera för mig som behandlare och det ställer krav på patienten, att hon har tiden och möjligheten, att avsätta en gång i veckan och också arbetet som utförs hemma mellan sessionerna...Så med all ödmjukhet och respekt för den drabbade, för den man möter och ska behandla så tänker jag att också att det är en utmanande metod. Men, mycket, mycket hjälpsam (T1).*

T1 menar vidare att det är viktigt att patienten förstått rationalen för PE fullt ut särskilt när man går in i exponeringsfasen, att de ska orka utsätta sig, annars blir det för jobbigt och att motivationen kan svikta.

Terapeuterna är överens om att det är olämpligt att ha med barn, oavsett ålder i sessionen. Även terapeuten behöver kunna fokusera och göra det hon ska. Det kan lätt blir bortfall på grund av sjuka barn eller andra förhinder. Det är därför att innan terapistart betydelsefullt att klargöra vilka förutsättningar som finns rent praktiskt för att i den mån det går, upprätthålla en session per vecka. Terapeuterna är överens om att PE är en krävande behandling och att patienten utför sina hemuppgifter är av vikt. Att lyssna på den imaginativa exponeringen kan ta mycket tid och energi i anspråk samt att det ska finnas möjligheter att få en stund för sig själv. Patienten bör tycka att det är viktigt nog, vara tillräckligt motiverad för att avsätta tiden samt om det finns någon, inkludera partnern också:

*Det kan finnas ett motstånd hos patienterna att faktiskt jobba med den här metoden hemma, det är svårt att få till tillämpad avslappning, att de ska öva på det kanske 12–15 minuter medan det här kan dra i väg kanske 40–50 minuter... Sedan blir det inte det vartefter men till en början kan det bli väldigt långa berättelser (T2).*

Generellt verkar terapeuterna erfara att patienterna oftast fullföljer terapin. T7 beskriver sin bild men tar också upp något hon funderat över gällande vilka patienter som egentligen får tillgång till terapi:

*Jo, med det sagt att det nog är en grupp med goda förutsättningar som jag har träffat i den här verksamheten så har de gjort det. Det är också gjort att det varit roligt, men med det tänker jag ändå att för varje välfungerande med svenska som modersmål kanske det finns det fem som nästan inte förstod vad som hände under deras förlossning, som var rädda och inte trygga i svensk sjukvård samt bär med sig tidigare trauman. Det skaver lite, tycker jag (T7).*

Ibland kanske timingen inte är optimal för att inleda PE. T8 har tagit med sig en erfarenhet:

*Jag har erbjudit PE till en patient som inte nappat på grund av det som krävs, som inte kan prioritera det just nu men då har jag ändå det som ett erbjudande. Kommer tiden så kan vi arbeta med detta och behovet är identifierat. Man kanske skulle ha en dialog med patienterna om att det är en krävande behandling men att den gör skillnad och gemensamt försöka hitta när i tid när det kan passa att gå in behandling (T8).*

Citatet nedan får illustrera det som terapeuterna oftast verkar möta i sin kliniska vardag:

*Den härliga känslan när man har en motiverad patient, det är väldigt rörande när de tar sina hemuppgifter på allvar och man ser den stora ansträngningen men också att det väldigt tydligt ger effekt. Men samtidigt en fördel, om jag får vända på det, är att de är motiverade patienter som har barn som de vill det allra bästa, att finnas där för barnet. Det är en stor drivkraft i det på ett sätt (T1).*

Det framkommer en bild av att patienter, som av naturliga skäl kan befinna sig i en ganska påfrestande livssituation, oftast har incitament som ökar motivationen att genomföra en traumabehandling. Mot den bakgrunden samt med det specifika som rör PTSD-FC kan terapeuterna ibland behöva anpassa kring interventionerna i PE. Någon tar upp att det i många fall kan vara till hjälp att innan PE, ge patienten möjlighet till en medicinsk genomgång av sin förlossningsjournal med läkare eller barnmorska, från början till slut. På frågan om terapeuterna anser att interventionerna i PE är tillräckliga svarar de lite olika. Några håller sig ganska strikt till manualen medan andra anser att det ibland kan finnas anledning till att addera något:

*Det jag tycker skiljer sig mest i när man arbetar med PE och de här patienterna är väl hur mycket de behöver, att det har satt sig i mer kognitiva schemastukturer, hur mycket man behöver jobba med det.... Så jag tycker inte jag har anpassat något eller lagt till något som inte ligger inom PE men kan variera i hur länge hur länge man behöver befinna sig i hotspots och omstrukturera antaganden (T7).*

*Jag är nog inte så renodlad i det jag gör men håller ju det som ska göras men behövs något annat, eller om man pratar om något annat vid något tillfälle som är mer aktuellt eller känns viktigare just då, jag är ganska flexibel så, men jag kan inte säga att jag saknar något riktigt (T2).*

T4 anser att PE är mycket användbar vid PTSD-FC men inte helt komplett, att hon behöver lägga till interventioner som kanske går lite utanför manualen:

*Jag tycker att PE är effektiv i att behandla ångest aspekten och leder till habituering av traumaminne och att man kan möta situationer på ett mer funktionellt sätt med mindre ångest, absolut, men det finns så många andra känslor inblandade vid förlossnings-trauma. Det är väl få, tycker jag, som inte har en kraftig ilska till exempel, eller besvikelse gentemot vården och där finns det inte något bra redskap i den manualen. Då behöver jag tänka mer där (T4).*

Terapeuten menar vidare att det inte finns så ingående instruktioner i manualen egentligen kring hur man ska arbeta med ilska till exempel, som är den känslan hon upplever hänger kvar även vid behandlingssavslut. Även om man i bearbetningsfas kan utforska ilska på olika sätt tycker T4 att det är svårt att arbeta med en ilska som ibland är befogad. Då försöker hon föra in exempelvis känsloreglering och acceptansarbete vilket hon anser inte riktigt är PE. Någon annan nämner validering och acceptans och att patienten så småningom ser att ilskan inte fyller någon bra funktion i ens liv.

Det är flera terapeuter som tar upp behov av att ibland lägga till andra interventioner. Exempel kan vara när det finns en förlossningsskada med i ekvationen, och speciellt för de patienterna, kan det handla om att många har haft föreställningar om att de ska bli en fantastisk tid deras liv och så finns där i stället en omfattande sorg i att det inte blev som man trodde. Det kan kräva en del arbete



med acceptans eftersom de i större utsträckning upplevt det första året påfrestande, och har ofta låg tillit till vården. En terapeut brukar föra in tillämpad avslappning i PE som komplement och menar att det kan vara hjälpsamt då det ofta finns en generell anspänning hos patienterna, särskilt de som haft en tidigare ångestproblematik. Patienterna kan ibland ha en drivkraft att vilja förändra vården, få en ursäkt men även se till att ingen annan drabbas. Det är då viktigt att kunna validera den tanken och önskemålet att se till att patienten inte behöver bära det på sina axlar, som en av terapeuterna uttrycker, och att i det kan det vara bra att skriva en anmälan till kliniken. När patienten väl gjort det kanske hon kan unna sig att släppa taget och leva sitt liv. Terapeuten poängterar att det är inget man bara talar om utan är ett arbete i terapin. Att hitta en acceptans för att man blir arg när man tänker på sin förlossning kan vara ett första steg. T5 lyfter betydelsen av beteendeanalysen:

*Jag tänker att det är som för alla PTSD-patienter att det måste skraddarsys utifrån vad individen uppvisar för över och underskotts-beteenden. Och manualen är starkt utformad för att möta undvikanden därför det är det mest, om man tänker beteenden, det som är signifikant för PTSD-patienter, att de har mycket undvikanden. Och jag skulle säga att den patient som inte uppvisar undvikanden kommer inte bli hjälpta av PE därför att det är det PE behandlar (T5).*

Terapeuterna ger en bild av att individanpassning tillämpas och är viktig för att möta patientens behov. I följande subteman synliggörs observationer och utmaningar vid de två exponeringsinterventionerna.

#### *Exponering in vivo – inte bara förlossningsrelaterat*

Gällande den här delen i PE-manualen fick terapeuterna beskriva hur den interventionen kan ta sig uttryck i arbetet med patientgruppen. Någon tar upp att in vivo är olika viktig om hon jämför med andra traumapatienter, då hon upplever att dessa patienter har en ganska hög funktionsnivå. Det kan absolut finnas situationer som triggar traumaminnet men att behovet varierar i hur många situationer som ångesten blir ett problem i. Däremot har hon observerat att om patienten är i en ny graviditet blir det fler triggers eller för de som inte vågar blir gravida. En annan terapeut ser att undvikanden blir tydligare vid en ny graviditet, som besök i vården eller att förhålla sig till magen, och det går att urskilja en del konkreta situationer. Vidare att det är mer avgränsat jämfört med andra typer av trauman. En terapeut menar det inte alltid är så tydliga undvikanden:

*...utan undvikandet ligger i att man försöker fly från traumat, alltså en mer tankemässig flykt, eller att man försöker distrahera sig och så där. Inte nödvändigtvis att man behöver utmana sig i vardagen, men ibland kan det vara så, visst...men då brukar det ske lite parallellt i sessionerna, men kan göra hierarkin men vilken gång i ordningen det blir, det har jag inte varit så noga med heller. Jag har inte heller gått utbildningen heller, jag är boklärd...(T2)*

Medan andra har uppfattningen att det är lätt att få tag i vad de ska fylla hierarkin med, till och med lättare jämfört med andra traumapatienter. In vivo kan handla om att exponera för det typiska som rör en förlossning som till exempel:

*Sedan har jag med flera varit tillbaka på sjukhuset, om vi ska prata om in vivo, allt ifrån att det varit jobbigt att bara närma sig sjukhuset till att vi har varit inne på förlossningsavdelningen och förlossningsrum, suttit på bollar och i sängar igen. Det är nog det jag menar med att det varit ganska tydligt, kanske funnits ännu flera saker som varit lite mer generaliserade rädslostriggers men de där har varit tydliga att få tag och att det har haft god effekt (T7).*

T7 utvecklar vidare att det för en del patienter också kan finnas behov av att träna i situationer som indirekt hör till förlossningen, som till exempel självhävande beteenden eller be om hjälp. Därtill sådant som hon själv inte tycker är en del av PE egentligen som kommunikation med partner, familjen eller förskolan. Nedan ges en bild av andra exempel på undvikanden:

*... De klarar inte av att tänka på nästa förlossning och vill inte närma sig det alls. Även icke-gravida beskriver att de undviker allt som påminner om graviditet och förlossning. De går inte på baby-showers, duckar frågan om hur förlossningen var, de undviker gravida på stan, går inte in på barnklädersavdelningar, avföljer folk på sociala medier som visar gravidbilder, alltså undviker alla triggers på graviditet och förlossning... Byter kanal på tv, går inte in på vissa konton på Instagram. Det är lätt att hitta exponeringssituationer (T4).*

*Man undviker till exempel sociala aktiviteter eller man är rädd för att lämna hemmet av olika anledningar. Att man reagerar på ljud och rörelser. Att då kunna gå till lekparken med det större syskonet och bebisen gör ju att det påverkar att de mår bättre i sitt föräldraskap till exempel. Eller att de kan följa med eller gå och handla. Det blir att livet blir mer berikat, det kan vara viktiga saker...Jag skulle nog säga att när man får till samtliga bra exponeringsövningar i vardagen, man kan behöva det för det blir konkret vad för situationer som väcker mycket ångest...kan man plötsligt genomföra med minskad ångest. Det tycker jag är en vinst (T6).*

Man kan ha behandlat patienten i KBT under en tid efter förlossningen av andra orsaker, som för en av terapeuterna, där det sedan visade sig att det rörde sig om PTSD. Då kan en hel del in vivo arbete redan vara genomfört och i de fallen har den imaginativa exponering fått mest fokus i stället. Hon har då fört in exponeringar som kan var kopplade till relationen med barnet som exempelvis att våga förändra kompensationsbeteenden och lita på att relationen klarar det.

#### *Imaginativ exponering – hitta rätt i den långa berättelsen*

Gällande den imaginativa exponering nämner flertalet av terapeuterna att det som kan vara komplicerat med PTSD-FC är att bestämma vart traumat egentligen börjar och slutar. Här följer några exempel:

*Det som blir problematiskt med just förlossningar är de är över ganska lång tid...och det kan ibland vara förvirrande för patienten att veta vart det ska börja och var de ska*

*sluta... och för mig också då ibland... så kan det vara att barnet förs till neonatalavdelning och man ska sys på operation men man förstår att man har överlevt förlossningen, men fortfarande långt ifrån trygg så att det kan vara lite problematiskt ibland, är min erfarenhet....Det har försvårat lite i arbetet så där innan man har hittat avgränsningen, att man får ta det bara verbalt som ett vanligt samtal och gå igenom förlossningen och hitta vad vi ska fokusera på i själva berättelsen (T2).*

*Det är ändå ofta som traumaberättelsen inleds när det börjar bli jobbigt under förlossningen och slutar efter att barnet har kommit ut. Sedan tycker jag att man ibland behöver betrakta andra delar som vad som händer efteråt som en del i traumat och då har ibland gjort så att jag delar upp det, att det blir två traumaberättelser apropå att justera manualen. Ibland är det så att en stor del av traumat faktiskt hände på BB till exempel (T4).*

En förlossning kan vara en utdragen process och för patienten kanske faran inte är över i och med att barnet är fött. Om patienten upplever att hon själv är utom fara kan stark oro för barnet ta vid. En hjälp är att vara noggrann i bedömningen som framgår av citatet nedan:

*Det är viktigt att kartlägga tidigare traumatiska upplevelser för att vara säker på att man arbetar med rätt trauma och att hjälpa patienten att sortera i vad de varit med om. Också viktigt att vara säker att det är rätt del av traumat man är på i behandling, det misstaget har jag gjort, att börjar arbeta med förlossningen och så visar det sig att det var några händelser på BB som var värst. Så det är jag mer noggrann med att vad är det för del som ger PTSD-symptomen. De har ofta varit med om många saker. Tidigare eller under vårdtiden också (T4).*

En terapeut tar som exempel att för någon patient har förlossningen varit en del av traumat, men det som varit allra svårast var den allra första tiden på neonatalavdelningen för att man där var rädd att barnet inte skulle klara sig. I ett sådant fall har det varit svårt att identifiera vilken av de delarna de ska arbeta med eller om det är två olika delar. Terapeuten har hittat ett sätt hantera det genom att ”backa ut till vardagen” och se vad det är som kommer, hur det går att förstå situationer som skapar triggers eller undvikanden idag.

Generellt finns positiva utlåtanden gällande imaginativ exponering bland terapeuterna:

*Jag tycker att det har känts mycket hjälpsamt att arbeta med den imaginativa exponeringen, att de får berätta och att de själva, jag tycker att de som regel får en upplevelse av att känsloläget lugnar ner sig och att de blir som en liten kick för dem att lyckas bemästra det (T7).*

*Det upprepande berättandet, tänker jag, det är där det blir ganska snabbt tydligt att det är hjälpsamt, och att man redan vid första tillfället kan uppleva att patienten själv känner en förändring när man drar det andra varvet (T1).*

T1 syftar på det första exponeringstillfället. Det finns givetvis mycket mer att reflektera kring när det kommer till den här interventionen men syftet var att fånga om det förekommer särskilda erfarenheter för just PTSD-FC.

## Diskussion

Det övergripande syftet med denna studie var att få en djupare kunskap och förståelse för terapeuternas erfarenheter och perspektiv avseende att behandla patienter med den evidensbaserade metoden Prolonged exposure vid PTSD efter förlossning. Frågeställningarna som formulerades var; Vad kan vara utmärkande med att behandla patienter med PTSD-FC? och Vilka kliniska erfarenheter har terapeuterna av att tillämpa PE-manualen med aktuell patientgrupp? Terapeuterna gav rikligt med information om såväl möjligheter som utmaningar samt delade med sig av sina uppfattningar om viktiga aspekter i arbetet med patienterna. Frågeställningarna besvarades i resultatet utifrån tre teman med respektive subteman. *Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag* med subteman ”Gemensamma sårbarhetsfaktorer”, ”Vara en del av traumat men på patientens sida”, och ”Hjälpsökande patienter som ofta faller mellan stolarna”. *Betydelsen av traumat* med subteman ”Vad terapeuten möter i och kring traumaberättelsen”, ”Emotionella och kognitiva konsekvenser” och ”Diskrepansen mellan förväntan och utfall - ofta det som ställer till det”. *PE-manualens möjligheter* med subteman ”Flexibilitet och utmaningar”, ”Motiverade patienter i en krävande terapi”, ”Exponering in vivo- inte bara förlossningsrelaterat” samt ”Imaginativ exponering – hitta rätt i den långa berättelsen”.

Resultatet visade att PTSD-FC har en hel del utmärkande drag gällande sårbarhets- och personlighetsfaktorer. Tillgången till adekvat vård var god inom terapeuternas egna verksamheter medan en problematisk bild kom fram avseende andra vårdgivare. Vidare att betydelsen av traumat och dess konsekvenser har specifikt innehåll. Det fanns en variation för såväl patienters som terapeuters förutsättningar för terapi och behovet av flexibilitet i terapin betonades. Slutligen gav terapeuterna värdefulla reflektioner vad som kan vara komplext i exponeringsinterventionerna kopplat till patientgruppen. Det som upplevdes komplicera imaginativ exponering var att traumanarrativet av olika skäl tenderade att bli väldigt långt.

### **Resultatdiskussion**

Cirka 3 % av kvinnor uppfyller DSM-5 diagnostiska kriterier för PTSD, och minst en tredjedel uppger att de upplevt förlossningen som traumatisk. Det finns numera ett ökat erkännande för förekomsten och konsekvenserna av traumatiska förlossningserfarenheter och PTSD efter förlossning. Vissa kvinnor är mer benägna att utveckla PTSD postpartum baserat på deras psykologiska sårbarhet och tidigare trauma, den objektiva upplevelsen av förlossningen, och vidmakthållandefaktorer efter födseln (Stamrod & Slade, 2017).

### *Ett förlossningstrauma har vissa utmärkande drag*

Det framkom att det terapeuterna möter hos patienterna gällande risk- och sårbarhetsfaktorer överensstämmer med befintlig forskning (Grekin & O'Hara, 2014; Ayers et al., 2016.). Något som särskilt väckte intresse är att terapeuterna kunde se att det finns vissa personlighetsdrag som perfektionism och intolerans för osäkerhet som något vanligt förekommande hos patienterna. I litteraturen nämns inte denna form av riskfaktor i någon utsträckning, Grekin & O'Hara (2014) ställde dock frågan om det möjligtvis kan finnas vissa personlighetsdrag som ökar risken för PTSD-FC. Men, i en första studie om ämnet genomförde Price et al. (2020) en prospektiv kohortstudie där data från 418 kvinnor analyserades. Resultatet visade att hög grad av perfektionism och intolerans för osäkerhet var associerat med mer negativa utvärderingar efter förlossning. Kvinnor som hade höga förväntningar på sig själva att vara perfekta eller som hade svårt att hantera osäkerhet hade mer negativa upplevelser. Kvinnor med högre nivåer av perfektionism hade sannolikt större risk att uppleva mer symptom på posttraumatisk stress under den första tiden efter förlossningen. Att ha perfektionistiska drag kunde vidare bidra till negativa effekter för kvinnors välmående efter förlossning, oavsett om de hade en positiv eller negativ upplevelse. Price et al. (2020) slutsats var att detta var viktigt att diskutera med patienten redan i graviditet angående hennes preferenser inför förlossningen, vilket skulle öka kvinnans medvetenhet om olika faktorer som delvis förklarar upplevelser om otillfredsställande födslar och PTSD-FC.

Egan et al. (2017) kom med samma förslag avseende förbyggande interventioner, men där fokus i deras studie var PPD och att repetitiva negativa tankar och perfektionism kan initiera och vidmakthålla PPD. Då PTSD-FC har hög komorbiditet med depression (Ayers et al., 2016,) är en reflektion att det kan vara viktigt att beakta i terapin med såväl gravida patienter som efter förlossning. Detta är också något som terapeuterna betonar, vikten av att fånga upp olika former av ångestproblematik eller annan psykisk ohälsa tidigt.

Trots de risk- och sårbarhetsfaktorer som är kända är det ändå viktigt att uppmärksamma att terapeuterna även beskriver den grupp om inte passar i ramen, de ytterst välfungerande kvinnorna utan psykisk skörhet som också drabbas.

Det lyfts fram att PTSD-FC har egna särdrag, dels traumat i sig, dels vad terapeuterna ställs inför. Exempelvis patientens negativa känslor med betoning på ilska och besvikelse, utsatthet och tillitsbrist till vården. Att patienter i stor omfattning skuldbelägger sig själva. För terapeuterna kunde det vara en utmaning att möta patienters negativa erfarenheter av vården och skadade tillit. Att som terapeut vara en del av vården och traumat, ställer höga krav på validering, att ta patientens subjektiva upplevelse på allvar och kräver i vissa fall ett tillitsfrämjande arbete för att skapa en allians för en framgångsrik terapi. Det handlade

om ett förhållningssätt att vara på patientens sida och i detta bidra med sina terapeutiska kunskaper för att komma vidare i terapin. Detta sågs som en bra möjlighet att återupprätta ett förtroende för vården, ge patienten trygghet och bättre förutsättningar vid en eventuell ny graviditet. Terapeutens roll i den processen kan vara avgörande. Värt att uppmärksamma är att författaren uppfattar detta som en etisk stress hos terapeuterna men något de i viss mån lärt sig att förhålla sig till i terapin.

Något som föreföll vara vanligt inom den aktuella patientgruppen är att de söker hjälp för sina symptom relativt sent eller kanske inte alls och som Slade et al. (2021) menar, när de nått bristningsgränsen. I subtema ” Hjälpssökande patienter som ofta faller mellan stolarna” beskriver terapeuterna flera tänkbara orsaker till att en del patienter inte fångas upp. Det kan handla om okunskap i vården, bristande rutiner eller att patienten själv av olika skäl undviker att berätta vid vårdkontakter. En annan aspekt är patienters förmåga att ge uttryck för att de inte mår bra. Det hör inte till ovanligheterna att psykisk ohälsa postpartum uppmärksammas först i en ny graviditet.

Det är positivt att terapeuterna ansåg att det fanns relativt god tillgänglighet för terapi vid PTSD-FC inom deras egna verksamheter och samverkan mellan olika professioner verkar vara en viktig faktor för att fånga upp och tillse att patienten får möjlighet att komma till terapeuten för en bedömning. Men, de beskriver ett mörkertal och många som inte får tillgång till rätt vård och behandling. Det framträdde en kritisk bild av andra vårdinstanser och uppenbarligen ser det olika ut i landet, vilket tyder på ojämlik vård. Det kan röra sig om negligering, feldiagnosticering, låg kompetens eller ingen tillgång till traumabehandling. Liknande reflektioner förs fram av Gough och Giannouli (2021) där terapeuterna delar uppfattningen om fel ställda diagnoser, främst att patienterna anses ha PPD. Grekin och O´Hara (2014) lyfter fram svårigheter med diagnostisering och hög komorbiditet med depression, vilket kan vara en möjlig förklaring till att bedömningarna kan vara svåra.

Om det finns möjlighet till behandling är väntetiderna långa, särskilt inom vuxenpsykiatrin. Tillgången och hur patienten fångas upp kan vara avhängigt lokal kännedom, exempelvis om VC känner till att det kan skicka remiss till kvinnohälsovården för bedömning och behandling. Det ser ut att variera i hög grad mot bakgrund av vad terapeuterna rapporterar.

När det går för lång tid innan upptäckt eller att patienten faller mellan stolarna, får det som med all psykisk ohälsa negativa konsekvenser och ett onödigt lidande för patienten och hennes omgivning. Det var en ganska dyster bild mot bakgrund av den verklighet som terapeuterna befinner sig i. Detta ger en indikation om ett behov av vägledning för såväl vården som för patienter hos vilken instans patienten kan förvänta sig adekvat behandling. PTSD-FC hör oftast inte hemma inom psykiatrin utan behandling bör ges på primärvårdsnivå. Patienten kan i

grunden ha lätt till måttlig psykisk ohälsa eller vara relativt välfungerande, men har råkat ut för ett förlossningstrauma med konsekvensen PTSD. Däremot om det finns en psykiatrisk samsjuklighet ska gränserna vara tydliga och psykiatrin bör bära ansvaret för att patienten erhåller rätt vård.

### *Betydelsen av traumat*

Något som terapeuterna betonar är att det är av mindre betydelse vad som står i journalen, om förlossningen var svår eller inte, utan det är i syvende och sist kvinnans upplevelse som har relevans. Det som kommer fram i traumanarrativen i terapin stämmer väl överens med den befintliga forskningen (Harris & Ayers, 2012; Ayers et al., 2016) och att det kan vara en kombination av många faktorer (Grekin & O'Hara, 2014). Det är beskrivningar av skrämmande, smärftfulla och utsatta situationer eller upplevelse av kontrollförlust. Erfarenheten av att vården hade ett bristande bemötande är tyvärr allt för vanligt. Detta bekräftas i en studie av Harris och Ayers (2012) där de undersökte vilken typ av händelser kvinnor ansåg vara "hotspots" vid traumatiska förlossningar. Harris och Ayers slutsats var att interpersonella svårigheter, bli ignorerad, brist på stöd, dålig kommunikation, bli övergiven, bli utsatt för press och obstetriska komplikationer var associerade med högre risk för PTSD.

Något intressant som lyfts fram i intervjuerna är att patienten kan tolka ofarliga situationer som hotfulla utifrån kontexten de befinner sig i. Det kan vara allvarliga ansiktsuttryck på personal eller något som sägs. Känsligheten för vad som yttras av personal kan också tolkas som kränkande vilket förstärker traumat.

Avseende patienters emotionella och kognitiva konsekvenser framkommer en upptagenhet av negativa tankar och känslor förknippade med traumat och hur livet blev efter vilket ingår i symptomen för PTSD (APA, 2013). Efter just förlossningstrauma beskriver terapeuterna som centralt att patienterna har starka känslor av skuld och skam men också ilska, besvikelse, sorg och känsla av misslyckande. Skuldbeläggandet gentemot sig själv och/eller vårdpersonalen ältas och kan vara en utmaning i terapin. Omfattande tillitsbrist kan till och med bli terapistörande.

Dessa känslor är många gånger kopplade till diskrepansen mellan patientens förväntan på förlossningen och det faktiska utfallet. Hollander et al. (2017), tar upp detta fenomen med diskrepansen i en studie där de undersökte de vanligaste orsakerna kvinnor uppgav vid PTSD-FC, men den var främst associerad med att kvinnan förberett sig innan födseln med metoden hypnobirthing (<https://hypnobirthingsweden.se/om-hypnobirthing/>). Hollander et al. reste frågan om metoden på ett adekvat sätt förbereder kvinnan för verkligheten under en förlossning. Författaren tolkar det dock som att ovan nämnd diskrepans är betydligt mer utbredd och mer komplex och delar terapeuternas erfarenheter.

### *PE-manualens möjligheter*

I subtema "Flexibilitet och utmaningar" var terapeuterna generellt positiva till PE och ansåg att de hade stor nytta av metoden i det kliniska arbetet. De ansåg att

metoden ger god effekt och passar bra med dessa patienter. Det framkom en del utmaningar gällande att få ihop 90-minuters sessioner i tidböckerna. Detta kunde få konsekvenser som att det var svårt att följa manualens upplägg fullt ut. För de flesta utgjorde detta inte något större problem utan de hittade sina sätt att anpassa inom ramen för verksamheten. För andra kunde det innebära att stjäla tid från annat. Det reser ändå frågan varför vissa system inom vården är så stelbenta, vilket inte ger de bästa förutsättningarna för vare sig terapeut eller patient. PE är trots allt en krävande terapi för båda parter och borde vara tydligt sanktionerat av verksamheten gällande tidsåtgång.

Trots olika förutsättningar verkade terapeuterna trygga i sin flexibilitet. De gjorde ibland medvetna avsteg eller adderade andra interventioner, och ingen uttryckte direkt oro för att detta inverkar negativt på terapin. Monson et al. (2021) sammanfattar forskningen gällande metodtrohet till olika typer av behandlingsprotokoll för PTSD och kommer fram till att konsekvent metodtrohet och kompetens associeras med minskning av PTSD och samsjukliga symptom jämfört med motsatsen. De menar vidare att detta belyser vikten av terapeutens följsamhet och kompetens när det kommer till att leverera de väsentliga komponenterna i evidensbaserade behandlingar, samtidigt som det visar att det är möjligt att göra anpassningar för att bättre hjälpa patienten, på ett sätt som bibehåller troheten med manualen. Foa et al. (2021) har i PE-manualen ägnat ett särskilt avsnitt för att ge stöd till terapeuten när det finns behov av individuell anpassning. Här betonas att vid modifieringar i PE har terapeuten nytta av en stabil förankring i behandlingsteorin.

Något som tas upp i resultatet är bristen på vägledning att arbeta med exempelvis ilska i PE-manualen. Detta är särskilt intressant och författaren är ytterst bekant med fenomenet i det egna kliniska arbetet. Enligt DSM-5 (APA, 2013) är ilska ett av de centrala symptomen vid PTSD och kan vara terapistörande (Foa et al. 2013). Foa et al. anser att det finns stöd i empirin att ilska minskar betydligt efter PE-behandling. Ilska ses som en form av undvikande av andra, mer sårbara känslor som patienten inte vill närma sig. För att arbeta med ilska är det inte nödvändigt med någon särskild intervention eller anpassning av terapins upplägg. Vidare hänvisar Foa et al. till förslag de ger i manualen kring utökat behandlingsengagemang. Där framgår att validering av känslan som en rimlig reaktion på traumat, diskussion om hur det hindrar patienten att närma sig andra viktiga känslor (exempelvis rädsla eller skuld) som i sin tur hämmar emotionell bearbetning. Ett annat sätt kan vara att uppmuntra patienten att använda energin i ilskan till terapin, alternativt lägga den åt sidan för att fokusera på andra, minst lika viktiga delar av patientens erfarenhet. Ragsdale et al. (2020) tar upp att modifiering av känslor sannolikt sker i både exponering och emotionell



bearbetning, där minskning av obehag och alternativa tolkningar av traumat leder till mer adekvata och hjälpsamma känslor.

Även om PE visat sig vara effektiv i olika kulturer, miljöer och med personer av olika etnicitet påtalar Ragsdale et al. (2020) hur viktigt det är att terapeuter, i alla former av psykoterapi, behöver möta patienten där hon befinner sig, ha en kulturell sensitivitet samt se varje patients individuella behov. Som exempel ges grundläggande kunskap om militärkulturen vid PTSD-behandling av krigsveteraner. Detta kan med fördel appliceras på vad den här studien belyser, just den specifika och unika kunskapen som terapeuterna har rörande hur PTSD-FC kan ta sig uttryck som exempelvis traumateman eller emotionella och kognitiva undvikanden.

I subtema 'Motiverade patienter i en krävande terapi' beskrevs det terapeuterna ansåg kunna vara praktiska hinder för terapi men genomgående var detta inte något som sågs som ett större problem utan snarare något man som terapeut fick förhålla sig till, adressera med patienten samt hitta flexibla lösningar. Att patienten har en fungerande livssituation där det finns möjlighet till avlastning och att någon inom nätverket kan ta hand om barn både när patienten ska närvara i session samt i hemmet är väsentligt för att PE ska kunna genomföras.

I resultatet framgår att de flesta patienter är synnerligen motiverade att engagera sig i terapin, och terapeuterna rapporterar att den här patientgruppen inte är överrepresenterade när det kommer till avhopp från terapin. Detta jämfört med andelen avhopp från PTSD-behandlingar där 20–30 procent av patienterna avslutar terapin i förtid (Hembree et al., 2003). Detta knyter an till det som tidigare nämnts om att patientgruppen i många fall tenderar att vara hyggligt välfungerande individer. Betydelsen av föräldrablivandet och framtida reproduktiv hälsa verkar vara incitament för att motivera sig till terapi. Men en kvalificerad gissning är att det är många kvinnor med utländsk härkomst alternativt psykosociala svårigheter som inte söker vård för symptom på PTSD-FC, vilket var en viktig aspekt som lyftes i intervjuerna.

Värt att nämna är en systematisk översikt med fokus på kliniska effekter av olika psykologiska interventioner vid PTSD-FC (Slade et al., 2021) där det förs fram att traumafokuserad KBT, såväl internetbaserad som face to face, möjligtvis kan vara för tidskonsumerande för patientgruppen och detta bör tas hänsyn till vid ställningstagande av behandlingsalternativ. Anledningen till det är att de nyligen fött barn eller hade små barn, vilket kan innebära att de inte har tid att slutföra en sådan krävande behandlingsmetod samt att det kan innebära negativa effekter på patienternas stressnivå. Mot bakgrund av terapeuternas erfarenheter i denna studies resultat är det således inte något som verkar hindra flertalet patienter att genomgå en PE-behandling vilket är ett viktigt fynd att beakta. Men det är dock

av vikt som Slade et al. påpekar, att det finns en medvetenhet om patientens förutsättningar och anpassa därefter.

Det kom fram en bild av exponering in vivo där terapeuterna upplever det olika viktig eller svårt att hitta teman för hierarkin, alternativt att en del patienter har ett bra fungerande där det främst rör sig om kognitiva undvikanden. Triggers och undvikanden tar sig olika uttryck beroende på vart patienten befinner sig i tid förhållande till förlossningen, under första året eller några år senare i samband med ny graviditet. Det framgick tydligt att behov finns att exponera för ett flertal teman som inte är direkt kopplade till förlossningen.

Tre typer av situationer som är vanligt att patienter med PTSD undviker beskrivs av Foa et al. (2021). Det är situationer som patienten anser som farliga (inte objektivt sett) för att hon ser världen som en farlig plats, eller situationer som patienten inte upplever som farliga men påminner om traumat, och undviks på grund av starkt obehag (ex. rädsla, skam, hjälplöshet). Den sista varianten är situationer som i regel inte undviks på grund av obehag/ångest, utan av förlust av intresse efter traumat. Det undvikandet lämpar sig för exponering in vivo med patienter med depressiva symptom, är socialt isolerade och/eller inaktiva. Foa et al. menar att den typen av exponering in vivo kan fungera som beteendeaktivering och betonar vikten av att inkludera dessa i hierarkin. Att ha god kännedom om patientgruppen ger sannolikt en bra kunskapsbas för att förstå och identifiera såväl typiska som mer komplexa undvikanden.

I subtema ”Imaginativ exponering- hitta rätt i den långa berättelsen”, var det signifikanta som kom fram att ett förlossningstrauma, som kan vara utdraget, kan medföra att det blir problematiskt att identifiera det måltrauma man ska arbeta med i terapin. Det är oftast de minnen som patienten upplever ger mest obehag och är påträngande vid terapistart (Foa et al., 2019). Traumanarrativen tenderar att bli långa och det kan vara knepigt att få fatt i vart det börjar och slutar. En patient kan initialt ha uppfattat att hela förlossningen var väldigt stressfylld och vid eventuella efterföljande komplikationer för patienten, barnet eller båda fortsätter utsattheten med stark oro/rädsla. Betydelsen av att beakta att händelsen kan innehålla flera delar tas upp. Terapeuterna har hittat olika sätt att anpassa i terapin och någon belyser vikten av att göra en noggrann bedömning så att det blir tydligt inför imaginativa exponeringen.

### ***Metoddiskussion***

För att besvara studiens syfte och frågeställningar var reflexiv TA en lämplig metod för att bearbeta och analysera den kvalitativa datan. Samtliga sex faser har följts i analysprocessen (Braun & Clarke, 2022). Frågorna i intervjuguiden var något för breda och täckte sannolikt för många frågeområden vilket resulterade i längre intervjuer och omfattande data. Det försvårade analysen något med tanke

på studiens omfattning. Detta hanterades genom systematisk och konsekvent kodning och tematisering för att lyfta fram essensen i datan. Flera av temana hade möjligen förtjänat mer fördjupning.

Författaren hade en förförståelse på grund av kliniska kunskaper inom området, vilket har influerat såväl intervjufrågor som tolkningar i analysen. Frågorna konstruerades dels utifrån syftet med studien, dels utifrån eget intresse gällande terapeuternas arbete med patientgruppen. Om författaren däremot inte haft den bakgrunden kanske det blivit svårare att ställa adekvata följdfrågor under intervjuerna, jämfört med någon annan utan den förkunskapen.

Det är möjligt att författaren såg saker i datan som andra kanske inte skulle ha sett, alternativt sett det man ville se. Trots denna förförståelse har författaren, som Fejes och Thornberg (2019) poängterar är viktigt, i möjligaste mån haft en öppen inställning i hela processen.

I de fall man skriver separata resultat och diskussionsdelar rekommenderar Braun och Clarke (2022) att resultatdiskussionen inte ska delas in i teman utan snarare vara en mer bred och integrativ diskussion utifrån analysen. Anledningen till det är att det finns risk för repetition av resultatet och brist på analytisk integrering och djup. Valet gjordes ändå att dela in i de tre huvudtemana för att underlätta för läsaren. Förhoppningen är att detta inte påverkade djupet, engagemanget med data eller kopplingen till den aktuella forskningen i någon större utsträckning.

Resultatet i studien visade att intervjuer med en liten grupp terapeuter gav värdefull kunskap och ökad förståelse om terapi med en specifik patientgrupp och skulle kunna ha relevans för andra terapeuter som möter patienter med PTSD-FC i sitt kliniska arbete.

### ***Slutsatser***

Den här kvalitativa studien har beskrivit terapeuternas erfarenheter av att arbeta med metoden Prolonged exposure med vanligtvis motiverade patienter som söker hjälp efter traumatiska förlösningssupplevelser. Terapeuternas tillgång till patientens innersta tankar, känslor och beteenden i ljuset av traumat gav viktig information. Det framkom att PTSD-FC är unikt i sin form. En god kunskap om PTSD-FC hos terapeuten är sannolikt gynnsamt för att patienterna ska få god kvalitet i sin behandling. Ett upplevt trauma vid en så viktig händelse som att föda barn kan kräva en annan approach och inte minst kulturell kunskap. Patienternas behov av att få processa sin berättelse, bli hörda och validerade är central. Att arbeta med PE-manualen och dess komponenter tycks fungera väl och går att anpassa efter patientens behov. Det framkom att vissa faktorer kan vara utmanande i terapin gällande patienternas psykologiska konsekvenser och tillitsbrist till vården, men även för terapeuterna själva som behöver förhålla sig

till att vara en del av traumat i den meningen att de själva arbetar i vården. Vissa delar kan vara komplexa och annorlunda i att arbeta med PTSD-FC.

### *Kliniska implikationer*

Det är påtagligt att det kan uppfattas vara komplext och till och med finnas en ovilja hos vissa vårdgivare att närma sig psykisk ohälsa i och kring graviditet, förlossning och förlossningsrelaterat trauma. Det verkar finnas behov för ökade terapeutiska resurser inom kvinnosjukvården och närliggande verksamheter. Ett argument är att det krävs specifik kunskap för PTSD-FC (James, 2015). För adekvat bedömning och behandling är det en fördel om det finns förståelse för traumat, de medicinska delarna och fysiologi bakom förlossning. Vidare att olika professioner lättare kan samverka kring patienten, vilket är en försvårande faktor för externa vårdgivare. Team med medicinsk personal som barnmorskor och läkare tillsammans med terapeuter ger en ökad trovärdighet för patienten och utsikterna att motverka tillitbrist för vården kan förbättras. PTSD-FC kan ses som ett trauma som alla andra, men det kan vara gynnsamt att det finns särskild kompetens kring denna typ av trauma då det kan påverka det nyfödda barnet, föräldrablivandet och framtida graviditeter.

Tydligare nationella riktlinjer efterfrågas så att patienter med PTSD-FC inte faller mellan stolarna.

För att dela kliniska erfarenheter inom en mindre nisch som PTSD-FC är, kan ett nätverk för terapeuter vara ett sätt att bidra till ökad kompetens och gemensamt lyfta patientgruppens behov.

Något som noterats i litteraturen är att det ofta ges rekommendationer om förebyggande interventioner i vården, medicinska främst, samt att patienter bör uppmärksammas snart in på en svår förlossningsupplevelse. Det är givetvis mycket viktigt. Mer forskning behövs kopplat till de terapeutiska processerna och när PTSD-FC är ett faktum. Förslag är effektstudier för Prolonged exposure men även undersökningar med kvalitativ ansats med fokus på patientperspektivet för att stärka kunskapen om vad som är verksamt.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, *46*(6), 1121–1134. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *28*(3), 177–184. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/01674820601142957>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.3389/fpsy.2018.00409>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *225*, 18–31. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Doran, J. M., O’Shea, M., & Harpaz-Rotem, I. (2019). In Their Own Words: Clinician Experiences and Challenges in Administering Evidence-Based Treatments for PTSD in the Veterans Health Administration. *Psychiatric Quarterly*, *90*(1), 11–27. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1007/s11126-018-9604-5>
- Egan, S. J., Kane, R. T., Winton, K., Eliot, C., & McEvoy, P. M. (2017). A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behaviour Research and Therapy*, *97*, 26–32. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.brat.2017.06.006>
- Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) (2019). *Handbok i kvalitativ analys*. (Upplaga 3). Liber.

- Foa, E.B., Hembree, E.A., Rothbaum, B.O. & Rauch, S.A. (2021). *Prolonged exposure terapeutmanual: emotionell bearbetning vid ptsd*. (Andra utgåvan). Natur & Kultur.
- Gough, E., & Giannouli, V. (2021). A qualitative study exploring the experience of psychotherapists working with birth trauma. *Health psychology research*, 8(3), 9178. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.9178>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots.' *Psychology & Health*, 27(10), 1166–1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Xin Tu. (2003). Do Patients Drop Out Prematurely from Exposure Therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555–562. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1007/s00737-017-0729-6>
- James, S. (2015). Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 761–771. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1007/s00737-015-0560-x>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje [reviderade] upplagan). Studentlitteratur.
- McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 141–146. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.3109/0167482X.2011.596962>
- Monson, C.M, Shnaider, P., & Chard, K.M (2021). Posttraumatic stressdisorder. I Barlow, D.H. (Red.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. (Sixth edition). Guilford Press.

Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 480–502. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1111/bjc.12262>

Ragsdale, K. A., McSweeney, L. B., & Rauch, S. A. M. (2020). Prolonged exposure for PTSD: Impact on emotions. In M. T. Tull & N. A. Kimbrel (Eds.), *Emotion in posttraumatic stress disorder: Etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. (pp. 463–490). Elsevier Academic Press. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/B978-0-12-816022-0.00016-8>

Reina, S. A., Freund, B., & Ironson, G. (2019). The use of prolonged exposure therapy augmented with CBT to treat postpartum trauma. *Clinical Case Studies*, 18(4), 239–253. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1177/1534650119834646>

Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data*. (5. ed.) Sage.

Slade, P., Molyneux, R., & Watt, A. (2021). A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *Journal of Affective Disorders*, 281, 678–694. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.jad.2020.11.092>

Socialstyrelsen (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd. Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2021-4-7339). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Graviditet, förlossning och tiden efter - Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå – Remissversion*. (Artikelnummer 2022-4-7808). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-4-7808.pdf>

Stamrood, C., & Slade, P. (2017). A Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. I Edozien, L.C. & O'Brien, P.M.S. (Red.). *Biopsychosocial factors in obstetrics and gynaecology*. (s. 33–49). Cambridge University Press.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Identifiering av traumatiska förlossningsupplevelser. Introduktion*. (SBU Bereder 332). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/identifiering-av-traumatiska-forlossningsupplevelser/>

Stén, G., Ayers, S., Malmquist, A., Nieminen, K., Grundström, H. (2022) Assessment of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the Swedish version of City Birth Trauma Scale. [Manuscript submitted for publication]. Department of Health, Medicine and Caring Sciences, Linköping University.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*.  
[https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsed_VR_2017.pdf)

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. ed.) McGraw Hill Education, Open University Press.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.jad.2016.10.009>

## **Appendix**

Bilaga 1. Informationsbrev till deltagare i studien

Bilaga 2. Intervjuguide



## **Bilaga 1.**

Till informanter,

Jag har inlett min sista termin på Psykoterapeutprogrammet, KBT-inriktning, vid Linköpings universitet och ska skriva mitt examensarbete under hösten. Det är en kvalitativ intervjustudie och syftet är att belysa KBT-terapeuters erfarenheter av att använda behandlingsmetoden Prolonged exposure vid PTSD efter traumatisk förlossning.

Om du väljer att delta, tar intervjun cirka 30–60 minuter och vi genomför den enligt överenskommelse på Zoom alternativt per telefon.

Du som deltagare kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva ange orsak. Alla deltagare är anonyma.

Det är jag som genomför alla intervjuer, renskriver allt och genomför analysen. Intervjumaterialet förvaras på ett säkert sätt så det inte kan läsas av obehöriga och det behandlas med sedvanlig konfidentialitet under hela processen. Endast jag som författare och min handledare har tillgång till materialet.

Som deltagare har du även rätt att ta del av resultatet (min uppsats) efteråt, om du vill.

Du får gärna kontakta mig eller min handledare om du behöver ytterligare information eller om du har frågor om studien.

Tack på förhand för ditt deltagande!

Heléne Östergren, student

Tel: xxx

E-post: xxx

Gerhard Andersson, handledare

E-post: xxx

### **Samtycke till att medverka i ovanstående studie (muntligt)**

Härmed samtycker jag till att medverka i ovanstående studie. Jag har fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att behöva ange någon speciell orsak.

## Bilaga 2.

### Intervjuguide

**Inledning:** Presentation och tack för deltagande.

**Ge kort överblick om ämnet och syftet med studien:** Att belysa KBT-terapeuters erfarenheter av att använda behandlingsmetoden Prolonged exposure vid PTSD efter förlossningstrauma.

**Information:** Anonymitet och samtycke. Hur länge intervju beräknas ta (ca 30–60 min). Informanten kan välja att inte svara, ta en paus eller avbryta intervjun när som helst.

Har informanten några frågor?

#### Allmänna frågor:

Kön	
Ålder	
Grundprofession Terapeutisk vidareutbildning	
År i yrket	
Verksamhet just nu	
Hur länge har du arbetat med PE i behandling av kvinnor med PTSD efter förlossningstrauma?	
Hur många patienter uppskattar du att du behandlat med PE (enligt ovan)? 0–5, 5–10, 10–15, 15–20, 20–30, 30+	

Vill du berätta för mig om dina erfarenheter av att arbeta med Prolonged Exposure (PE) efter förlossningstrauma?

- Vilka är de mest hjälpsamma/verksamma interventionerna?
- Finns några för- och nackdelar finns hos metoden?
- Hur många sessioner i medel skulle du uppskatta? Fullföljs terapin?
- Är interventionerna tillräckliga? Behöver de ibland anpassas (gravid, nybliven mor?)
- Brukar du göra uppföljning efter avslutad terapi?

Kan du beskriva lite om vad du möter hos dessa patienter?

- Finns det något speciellt som utmärker patienter med PTSD efter förlossning?
- Vilka specifika teman är vanligast i traumaberättelsen? Nämn några vanliga

teman som patienter tagit upp.

- Vill du ge något exempel på ett utfall i terapi som du kommer ihåg?
- Har du någon erfarenhet av terapier som inte gått bra? Vad är dina tankar kring det?

Hur brukar du göra med arbetsmaterialet till patienten? (arbetsbok/hand-outs etc)

Finns några professionella svårigheter som du stött på i behandling av denna patientgrupp?

Har du erfarenhet av att ha behandlat en gravid kvinna med PTSD från tidigare förlossning?

- Om ja, hur har du tänkt i din bedömning
- Om nej, du har avstått, hur kommer det sig?

Kan det vara annorlunda att behandla förlossningstrauma än andra trauman, om du har erfarenhet av det?

Har du gått någon utbildning i PE? Omfattning?

- Gjorde det någon skillnad (om man använt sig av PE innan tex).
- Framtida utbildning?
- Handledning av någon med PE-kompetens

Finns tillräckliga förutsättningar för att bedriva PE på din arbetsplats/organisation?

- Generell tillgänglighet för terapi för patientgruppen?

När i tid efter en förlossning brukar patienterna söka terapi? Vad är din erfarenhet?

Berätta hur du bedömer dina patienter?

- Finns några utmaningar eller något särskilt som du tycker är viktigt att tänka på?
- Screeningformulär?
- Gränsdragningar för terapi (ex samsjuklighet).

Kan du berätta om några typiska problemformuleringar som PE-patienterna beskrivit?

Finns det några gemensamma faktorer i patienternas historik (förutom att ha upplevt traumatisk förlossning)?

**Övrigt-** Har du något övrigt du vill tillägga som kan vara relevant?

**Tack för deltagande.**