



Terapeuters berättelser om skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma

Lovisa Sjösvärd Birger och Carl Vesterlund

Vt 2015
Examensarbete, 30 hp
Psykologprogrammet, 300 hp
Handledare: Inga Dennhag och Eva Elgh

TERAPEUTERS BERÄTTELSE OM SKAM VID PTSD TILL FÖLJD AV INTERPERSONELLT TRAUMA

Lovisa Sjösvärd Birger och Carl Vesterlund

Affekten skam är en viktig aspekt som tidigare inte uppmärksammats i tillräckligt hög grad vid behandling av Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Studien undersökte hur kliniskt verksamma terapeuter berättade: att skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma tog sig uttryck, hur de arbetat med affekten skam i behandling, samt hur de påverkats av klienters skam i terapin. Sex terapeuter intervjuades och en abduktiv tematisk analys av intervjuerna genomfördes. Viktiga aspekter gällande skam i behandling lyftes fram, där klientens frivillighet och kontroll i behandlingen, samt ett aktivt utmanande av klientens perspektiv betonades. Resultatet skildrade även hur skam kan utgöra både ett hinder och ett verktyg i terapin. Studien bidrar till att belysa skammens betydelse vid behandling av PTSD efter interpersonellt trauma samt vikten av terapeuters medvetna förhållningssätt till skam för att denna inte ska utgöra ett hinder i terapiprocessen.

The affect shame is an important, but previously overlooked, aspect in treatment of Posttraumatic stress disorder (PTSD). The study examined how practicing therapists described: the expression of shame during PTSD following interpersonal trauma, how they addressed it in treatment, and how they were impacted by their clients' shame in therapy. Six therapists were interviewed and an abductive thematic analysis of the interviews was performed. The results highlighted important aspects regarding shame in treatment. The clients' free will and control in treatment, and challenging of their perspectives was emphasized. The study contributes to elucidate the role of shame in treatment of PTSD following interpersonal trauma and the importance of the therapist's awareness of shame, so that it will not constitute a hindrance in the therapeutic process.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en psykiatrisk diagnos med en relativt tydlig etiologi, där den drabbade ska ha utsatts för en traumatisk händelse (Michel, Bergh Johannesson, Lundin, Nilsson, & Otto, 2010). Den rådande teorin har länge varit att PTSD orsakas av att upplevelsen av ett trauma leder till en ökad känslighet för rädsla (Cahill & Foa, 2007). Sedan början av 2000-talet har dock upplevelsen av skam i högre grad uppmärksammats som en bidragande faktor till symtom på PTSD (Brewin, Andrews, & Rose, 2000; Leskela, Dieprink, & Thuras, 2002) och även som en viktig faktor vid utvecklandet av PTSD (Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000; Lee, Scragg, & Turner, 2001). Vissa teoretiker menar också att skam kan förhindra en lyckad behandling av PTSD (Stone, 1992; Lee et al., 2001). Interpersonella trauman är en typ av trauma som tydligt har länkats till PTSD (Forbes et al., 2014), och som även associerats med upplevelsen av skam (Budden, 2009). Detta väcker frågor om hur skam vid PTSD vid interpersonellt trauma uppmärksammas i behandling. Relationen mellan skam och PTSD-symtom har undersökts i flera kvantitativa studier (t. ex. Leskela et al., 2002; Robinaugh & McNally, 2010; La Bash & Papa, 2014), men genom att kvalitativt undersöka hur terapeuter beskriver behandling av skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma kan en djupare förståelse av skam i dessa sammanhang uppnås.

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en diagnos som beskriver ett tillstånd som kan uppstå efter att en person har varit utsatt för en traumatisk händelse. Diagnosens kriterier kan utifrån DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definieras på följande sätt: (1) påträngande återupplevande av händelsen, (2) undvikande av stimuli associerade med händelsen, (3) negativa kognitiva förändringar, (4) förändringar av reaktioner på stimuli, (5) symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga områden.

Interpersonella trauman

Interpersonella trauman är trauman orsakade av andra människor och som av den drabbade upplevs som resultatet av en mänsklig intention (Charuvastra & Cloitre, 2008). Interpersonella trauman har i större utsträckning än andra trauman visats vara associerat till gravare PTSD-symtom (La Bash & Papa, 2014) och utvecklandet av PTSD (Charuvastra & Cloitre, 2008). Enligt Forbes et al. (2014) är interpersonella trauman där förövaren varit känd, associerat med en sämre behandlingsprognos vid PTSD. Författarna (2014) jämförde personer som utsatts för denna typ av trauman med trauman där förövaren varit okänd. De menade att personer som utsatts för ett interpersonellt trauma där förövaren varit känd, i högre utsträckning upplevde sig stänga av eller tränga bort emotionella responser. Båda typerna av interpersonella trauman innebar dock högre risk för utvecklandet av PTSD jämfört med icke-interpersonella trauman. Interpersonella trauman har även en stark koppling till upplevelsen av skam både under och efter traumat (Budden, 2009) samt har visats leda till mer skam än icke-interpersonella trauman (La Bash & Papa, 2014).

Skam

Skam är en medfödd affekt vars syfte är att reglera mänskligt samspel genom att avbryta eller minska andra affekter, särskilt affekter kopplade till samspel med andra. Vid upplevelsen av skam tenderar den kroppsliga reaktionen karaktäriseras av att personen tittar nedåt och bortåt, huvudet böjs ner och en rodnad kan uppstå (Nathanson, 1994). Skam uppstår när en person upplever att andra bedömer, eller skulle kunna bedöma, något drag hos personen negativt. Då riktas all uppmärksamhet mot den egna personen, som upplevs bristfällig eller ovärdig att älskas. Skammens funktion är att få människor att vilja följa gruppens sociala regler (Sonnby-Borgström, 2012). Skam särskiljs från skuld genom att skam rör hela självet och handlar om något man är, medan skuld är mer avgränsat och handlar om något man gjort (Tangney, 1991). En adaptiv skam leder till att en person kan reagera på en situation genom att ändra det som leder till skammen, och denna skam syftar till att kunna återknyta till andra människor och grupper. Maladaptiv skam leder istället till att personen drar sig undan och undviker det som lett till skammen, samt till att personen kan behandla både sig själv och andra illa (Greenberg & Iwakabe, 2011).

Skam och PTSD

I ett försök att sammanfatta forskningsresultaten kring skam och PTSD har Budden (2009) lagt fram ett förslag för hur skammens roll vid ett trauma kan förstås. Peritraumatisk skam är skam som den drabbade upplever under traumat. Budden (2009) menar att peritraumatisk skam kan bero på att den drabbade antingen har utsatts för något som denne upplever okontrollerbart och som sänker dennes värde i sociala sammanhang, eller har misslyckats att agera på ett socialt accepterat sätt. Den drabbades skam skulle på så sätt kunna förstås även om denne inte har agerat själv utan enbart blivit utsatt för något. I en studie av La Bash och Papa (2014) kopplades peritraumatisk skam till kraftigare PTSD-symtom. Symtomen antogs bero på en känsla av hot om att bli bedömd, stigmatiserad eller utfrysad. Hotet handlade således snarare om skam än om rädsla för fysisk skada (La Bash & Papa, 2014).

Affektmedvetenhet

Begreppet affektmedvetenhet handlar om sambandet mellan upplevelsen av affekter och en persons förmåga att uppmärksamma, tolerera, reflektera kring och uttrycka upplevelsen av sina affekter. Genom att uppmärksamma och tolka affekter, både verbalt och genom kroppsspråk, kan affekternas signaler förstås i större utsträckning. En utvecklad affektmedvetenhet bidrar således till att upplevelser kan förstås och tolereras bättre. Det bidrar i sin tur till ett mer adaptivt sätt att agera på affekterna. När affekter från ett trauma inte förstås eller sätts in i ett sammanhang kan detta leda till exempelvis förvirring eller återkommande minnen från traumat (Solbakken, Sandvik Hansen, & Monsen, 2011). Att reglera och nyansera sina affekter har menats vara en av de viktigaste förmågorna som traumatiserade bör tillägna sig i behandling av PTSD (Courtois, 2004; Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach, & Green, 2011).

Arbete med skam vid PTSD

Då skam kan förvärra symtomen vid PTSD och förhindra den känslomässiga bearbetningen bör den beaktas vid behandling (Lee et al., 2001). Nödvändigheten i att identifiera och benämna skammen för att den inte ska störa behandlingen och behandlingsresultatet har framhållits. Enligt Stone (1992) bör arbetet med skam vid PTSD först bestå av att identifiera och benämna skammen, för att sedan fokusera på hur den har påverkat tankar och beteenden efter den traumatiska händelsen. Skam i relation till PTSD-symtomen bör därför uppmärksammas i terapi för att öka sannolikheten för att behandlingen ska lyckas (Stone, 1992; Leskela et al., 2002).

För terapeuter kan skam vara en komplex affekt som är svår att hantera när den blir aktuell i terapin (Hahn, 2001; Stadter, 2011). Detta kan exempelvis förstås utifrån begreppet överföring. Överföringen kan sägas vara den omedvetna kommunikationen från klient till terapeut, och motöverföringen densamma från terapeut till klient (Killingmo & Gullestad, 2011). Om den skamrelaterade överföringen från klienten inte uppmärksammas av terapeuten riskerar dennes motöverföring att påverka det terapeutiska arbetet negativt. Om skammen däremot identifieras och beaktas av terapeuten kan

överföringen/motöverföringen användas för att ge terapeuten större förståelse för klientens skam så att den kan tas upp och bearbetas i terapin (Hahn, 2001; Stadter, 2011). Motöverföringen kan beskrivas som antingen samstämmig eller komplementär, där den samstämmiga går i linje med klientens överföring och skulle kunna liknas vid att identifiera sig med klientens upplevelse. I den komplementära identifierar sig terapeuten med motpolen till klientens upplevelse, om denne exempelvis upplevs utsvävande kan terapeuten reagera moralistiskt (Carveth, 2012). Att klienters skam kan vara svår att hantera för terapeuter har även tagits upp av Livingston och Farber (1996). De menade att dessa svårigheter minskade i takt med ökad erfarenhet (Livingston & Farber, 1996).

Faserna i behandling

Även om antalet faser i behandling och deras specifika innehåll varierar, finns en samstämmighet om att traumabehandling är strukturerad i faser (Herman, 1997; Cloitre et al., 2011; Courtois, 2004). Herman (1997) har beskrivit behandling av trauma som en process i tre faser. Dessa faser har inga tydliga uppdelningar för när de börjar och slutar, men huvudinnehållet i en fas bör ha avhandlats för att terapeutiska interventioner i efterföljande fas ska vara verksamma och lämpliga. Nedan följer en genomgång av Hermans (1997) tre faser vid behandling av trauma.

Den första fasen

Herman (1997) menade att den första fasen består av att skapa en känsla av säkerhet och trygghet, där klienten bör återfå en känsla av kontroll. Här bör traumat namnges och förklaras för att ge händelsen och dess konsekvenser ett språk. Genom att berätta om traumatillstånd och att det finns en specifik diagnos som beskriver klientens upplevelser kan traumat förstås, och det som tidigare kanske inte hade ord kan nu börja talas om. Då vissa kan uppleva att söka hjälp som något negativt eller som ett tecken på ett nederlag, kan terapeuten i början behöva stödja klienten i dennes beslut att söka hjälp. Genom att påtala att det är modigt och ett tecken på styrka kan terapeuten minska eventuella känslor av att vara besegrad eller känslor av skam (Herman, 1997).

Klienten kan ofta känna att den saknar kontroll över sina känslor, tankar och sin omgivning, och behandlingen ska i början sträva efter att klienten ska återfå en känsla av kontroll. Då traumat kraftigt kan ha påverkat klientens känsla av makt och kontroll bör terapeuten alltid efterfråga och respektera dennes vilja. Det som tyder på att den första fasen tycks lida mot sitt slut är att klienten i större utsträckning än tidigare uppvisar en säkerhet och trygghet kring sina reaktioner (Herman, 1997).

Den andra fasen

Den andra fasen handlar om att hjälpa klienten att minnas och berätta om traumat för att denne ska få sortera sina upplevelser till en mer sammanhängande historia. På så vis kan klienten börja sörja de effekter traumat har haft på dennes liv. Terapeutens uppgift är här att samarbeta med klienten, men också att vara ett vittne till dennes berättelse. När minnen relaterade till traumatiska händelser tas upp i terapin bör eventuella framsteg av detta vägas mot klientens känsla av

säkerhet. Om dessa minnen inte tas upp kommer behandlingen inte röra sig framåt. Om processen däremot går för snabbt, utan den viktiga känslan av säkerhet och kontroll, kan det dock finnas risk för att behandlingen bara upplevs som ett återupplevande. När traumat ska berättas kan klienten börja med att berätta om tiden före traumat, för att ge det ett sammanhang i tid och rum. Efter detta kan traumat börja återberättas, för att sedan berättas tydligare och tydligare allt eftersom. Detta arbete fortsätter tills klienten beskrivit sin fullständiga upplevelse av traumat, en helhetsbild av känslor, kognitioner och sinnesintryck. Målet är att hela berättelsen ska få ord och att dessa ord ska kopplas till en känslomässig upplevelse, så att minnet av traumat blir integrerat istället för fragmenterat. Under berättandet är det viktigt att terapeuten bemöter klientens berättelse öppet och bekräftar den. Syftet med klientens berättande är att det i sig antas utgöra en läkande kraft. När klienten berättat tillräckligt många gånger upplevs traumat inte som lika upprörande eller möjligen inte ens intressant längre, och klienten kan prata om sina erfarenheter utan att vara i affekt. Klienten måste även få sörja konsekvenserna av traumat, något som många drabbade kan känna ett motstånd mot, då det uppfattas som ett nederlag gentemot förövaren. Herman (1997) menar dock att när klienten tillåter sig att sörja återerövrar denne sitt hela känslospänn. Det är viktigt att arbetet i även denna fas får ta sin tid. Fasen kan ses som avslutad när klienten har gjort berättelsen om traumat till sin egen. Vad gäller skam under arbetet i den andra faser skriver Herman (1997) att många klienter upplever skam över vad de gjort eller inte gjort i samband med traumat. Detta kan kopplas till att klienten behöver beskriva sin fullständiga upplevelse av traumat (Herman 1997).

Den tredje faser

I den tredje faser är fokus på att klienten ska ta kontroll över sin tillvaro och bygga upp nya sammanhang och relationer. I denna fas utvecklar klienten en förståelse för hur traumat har påverkat denne och börjar ta till sig traumat som en erfarenhet. Klienten kan då ofta se hur denna erfarenhet har lett till en personlig utveckling, även om priset för denna utveckling varit oproportionerligt stort. Trots detta höga pris behöver klienten i denna fas erkänna vad som hänt och att detta inte kan ändras, för att sedan kunna gå vidare för att se möjligheter och positiva delar av livet att bygga vidare på (Herman, 1997).

Tidigare forskning visat att skam bör få ett större utrymme vid diagnostisering av PTSD (Budden, 2009), att personer som utsatts för interpersonella trauman löper större risk att utveckla PTSD (Forbes et al., 2014) och att skam vid PTSD kan påverka behandlingen negativt om den inte uppmärksammas (Stone, 1992; Lee et al., 2001). Forskning har tidigare undersökt kopplingen mellan skam och PTSD (t. ex. Leskela et al., 2002; Robinaugh & McNally, 2010; La Bash & Papa, 2014), men då området är relativt nytt återstår mycket att utforska (La Bash & Papa, 2014), särskilt när det gäller terapeuternas arbete vid skam (Lee et al., 2001). För att närma sig detta område användes Hermans (1997) tre faser för att undersöka hur terapeuter arbetade med skam vid terapeutisk behandling av PTSD. Den föreliggande studien är den enda i sitt slag om terapeuters förståelse av och hur de arbetar med skam vid PTSD utifrån faser i terapin, och utgör därför ett viktigt bidrag till forskningsområdet.

Syfte

Syftet var att ta reda på hur kliniskt verksamma terapeuter berättade att de arbetade med skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma. Detta undersöktes med hjälp av semistrukturerade intervjuer och tematisk analys.

Frågeställningar:

1. Hur berättar terapeuterna att skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma tar sig uttryck i terapin?
2. Hur berättar terapeuterna att de arbetat med affekten skam i behandling av PTSD till följd av interpersonellt trauma, och hur kan detta förstås utifrån Hermans (1997) tre faser?
3. Hur berättar terapeuterna att de påverkas av klienters skam i terapin?

Metod

Deltagare

Ursprungligen söktes legitimerade psykologer till studien, men detta reviderades till legitimerade psykologer som även var legitimerade psykoterapeuter då detta upplevdes vara ett urvalskriterie som bättre stämde överens med studiens syfte och frågeställningar. Totalt rekryterades sex informanter, vika samtliga var legitimerade psykologer och även legitimerade psykoterapeuter. Hädanefter benämns psykoterapeuterna som terapeuter. Informanterna som söktes var psykologer med erfarenhet av terapeutisk behandling av skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma. För att öka svarens kvalitet skulle informanterna ha arbetat med patientgruppen inom de senaste sex månaderna. När informanterna tillfrågades om att delta informerades de om att fokus på intervjun var skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma. Detta för att utesluta informanter som inte arbetat med skam. Urvalet var ett bekvämlighetsurval. Samtliga terapeuter som deltog i studien var kvinnor. Åldersspannet var mellan cirka 45-65 år, med yrkeserfarenhet som psykolog mellan cirka 15-30 år.

Procedur

En semistrukturerad intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009) utarbetades (se Bilaga 1) utifrån syftet och frågeställningarna. En testintervju genomfördes per telefon med en terapeut. Efter detta gjordes mindre justeringar i intervjuguiden. Sex intervjuer genomfördes mellan den 19:e februari och den 4:e mars 2015. Intervjuerna tog i medeltal 52 min (range 29-82 min). Den kortaste tiden berodde på att en av terapeuterna endast hade tid till en halvtimmes intervju. Författarna gjorde tre intervjuer var. Innan intervjun påbörjades presenterades syftet med arbetet muntligt och skriftligt för informanterna. De fick då skriva under en samtyckesblankett för att godkänna sin medverkan. Författarna transkriberade sina respektive intervjuer. För att öka reliabiliteten och validiteten på transkriberingarna diskuterade författarna hur dessa skulle utföras, och gemensamma riktlinjer utarbetades (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessa innebar att intervjuerna inte återgavs ordagrant (med exempelvis olika tonlägen) i transkriberingarna, utan de fick istället en skriftlig stil. För att öka

konfidentialiteten anonymiserades alla namn på personer och arbetsplatser vid transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkriberingarna bestod av totalt 64 sidor text innehållande 44 014 ord.

Intervjuguide

Intervjuguiden bestod av totalt 22 huvudfrågor med 18 eventuella följdfrågor (se Bilaga 1). Frågorna var indelade efter åtta frågeområden. Det första frågeområdet bestod av inledande frågor om yrkeserfarenhet (fyra huvudfrågor, en följdfråga). Det andra frågeområdet handlade om behandling av PTSD generellt (en huvudfråga). Det tredje frågeområdet handlade om hur terapeuterna förstod skam (två huvudfrågor, en följdfråga). Det fjärde frågeområdet handlade om terapeuternas syn på faser i terapin vid behandling av PTSD till följd av interpersonellt trauma (en huvudfråga, en följdfråga). Det femte frågeområdet handlade om hur de arbetade med skam i inledningsfas (fem huvudfrågor, sju följdfrågor). Det sjätte frågeområdet handlade om hur de arbetade med skam i arbetsfas (tre huvudfrågor, åtta följdfrågor). Det sjunde handlade om avslutningsfasen (fyra huvudfrågor). Det åttonde bestod av frågor för att fånga upp eventuella luckor i intervjuguiden (två huvudfrågor).

Analys

Tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; 2013) valdes som metod för att analysera datamaterialet. Nedan följer alla Braun och Clarkes (2006; 2013) sex stadier för tematisk analys och vad författarna gjorde i varje stadie. När det gällde (1) att bekanta sig med datamaterialet lästes samtliga intervjuer av författarna två gånger. Vid (2) genererandet av koderna gick författarna tillsammans igenom datamaterialet tillsammans enligt det som Braun och Clarke (2013) kallar komplett kodning. Detta görs genom att koda allt i hela datamaterialet som kunde tänkas kopplas till frågeställningarna. Koderna var både semantiska med fokus på det explicit uttalade, och latent med fokus på ett mer implicit innehåll. Braun och Clarkes (2013) tankar om inklusivitet, att det är enklare att koda och sedan avfärda sådant som inte är klart användbart, tillämpades på hela datamaterialet. Initialt skapades totalt 406 koder. Dessa koder grupperades sedan efter innehåll som uppfattades gemensamma. Exempelvis handlade många koder om "kontroll" och dessa grupperades i en kategori. (3) Utifrån dessa grupperingar skapades sex teman och 12 underteman genom att gruppera koderna efter frågeställningarna två och tre, samt andra mönster och teman författarna uppfattade som centrala. Därefter (4) bearbetades dessa initiala teman och underteman genom att undersöka dels om de behövde delas upp i flera eller slås samman, och dels hur väl de besvarade frågeställningarna, alternativt gjorde att frågeställningarna behövde utökas. Efter detta steg återstod fyra teman med två underteman vardera (totalt åtta underteman). De teman som återstod granskades genom att först jämföras med koderna och dess tillhörande data, och sedan genom att jämföras med hela datamaterialet (Braun & Clarke, 2006; 2013). Temana (5) gavs arbetsnamn för att författarna själva skulle vara klara över vad de innefattade och inte. Efter att ha skrivit ett preliminärt resultat sökte författarna i datamaterialet efter citat som kunde fånga temans innebörd. Därefter återtog dock de mer praktiska och konkreta temanamnen för att öka tydligheten för läsaren. För att svara på

frågeställningarna gjordes därefter (6) en abduktiv analys av datamaterialet. Anledningen till den abduktiva ansatsen var att frågeställning ett var induktiv medan frågeställning två och tre var deduktiva.

Författarnas förförståelse

Vår epistemologiska utgångspunkt i denna studie var att kunskap är kontextuell och beroende av betraktaren (Kvale & Brinkmann, 2009). Informationen vi inhämtade var således både bunden till sammanhanget intervjuerna ägde rum i, och beroende av hur vi tillägnade den under de efterföljande stadierna. Denna studies resultat och analys var alltså nära kopplade till vilka som varit delaktiga, samt den plats och den tid den utfördes i. Vår förförståelse inom studiens forskningsområde utgjordes till stor del av vår psykologutbildning, vilket också var terapeuternas grundutbildning. Detta påverkade med största sannolikhet både hur vi bemötte terapeuterna och hur de bemötte oss.

Etisk reflektion

Här följer de etiska riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2002) som användes i arbetet med uppsatsen. *Konfidentialitetskravet* var extra viktigt att beakta då målgruppen, terapeuter med klinisk erfarenhet av behandling av PTSD, var relativt liten. På grund av detta redovisades informanternas svar utan att dela upp svaren i vem som sade vad. Specifik information utelämnades även för att skydda informanternas klienters identitet. Intervjuerna och det transkriberade materialet raderades efter att uppsatsen var färdig. De transkriberade intervjuerna innehöll inte informanternas riktiga namn. Dessa dokument förvarades på våra privata datorer som inte delades med någon annan. *Informationskravet* beaktades genom att terapeuterna gavs muntlig och skriftlig information (se Bilaga 2) om syftet, frivilligt deltagande, intervjuernas utformning och bearbetning och hantering av data. *Samtyckeskravet* beaktades genom att terapeuterna fick ge sitt samtycke skriftligt efter att ha tagit del av informationen i Bilaga 2.

Resultat

Databearbetningen resulterade i fyra teman med två underteman vardera. Teman, underteman samt exempelcitrat redovisas i tabell 1. I tabell 2 redovisas vilka underteman som besvarar vilka frågeställningar. Resultatet redovisas i samma ordning som i tabell 1.

Tabell 1. Teman med underteman och exempel på citat.

Tema	Undertema	Exempelcitrat
Skammens uttryck i terapin	Skam som hinder	“skam som blir väldigt olika låsande på olika sätt, men stora problemet är ju att det stänger ju ner”
	Skam som verktyg	“bara man får tag i den här skammen och får förstå sig på den och... Så är det ett steg vidare.”
Hur skam påverkade terapeuten	Hög affektmedvetenhet	“när man har jobbat med det så mycket och så länge så är man ju oftast ganska bra på att hantera sin motöverföring”
	Olika reaktioner på skam	”jag kan ju känna ibland också med en patient "ja just det, den här är en sådan som väcker förakt i mig"
Att låta klienten ha kontroll	Frivillighet	“att dörren är där, du får alltid gå, du behöver inte sitta kvar här om det blir för jobbigt”
	Kontroll över förloppet	“Då kan jag säga såhär att ”jag ser att det blir väldigt jobbigt för dig att prata om det här just nu”
Se det ur ett nytt perspektiv	Distans till traumat	“Så att man jobbar med att få ett större och större fönster där de kan stå kvar och titta på vad som har hänt.”
	Lägga bort ansvaret	“så kan ju de flesta uppfatta det, att det, ‘nä det är inte min skam här”

Tabell 2. Underteman sorterade efter vilka frågeställningar de besvarar.

Frågeställning 1: Hur berättar terapeuterna att skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma tar sig uttryck i terapin?	Frågeställning 2: Hur berättar terapeuterna att de arbetat med affekten skam i behandling av PTSD till följd av interpersonellt trauma, och hur kan detta förstås utifrån Hermans (1997) tre faser?	Frågeställning 3: Hur berättar terapeuterna att de påverkas av klienters skam i terapin?
Skam som hinder	Skam som verktyg Frivillighet Kontroll över förloppet Distans till traumat Lägga bort ansvaret	Hög affektmedvetenhet Olika reaktioner på skam

Skammens uttryck i terapin

Detta tema handlar om terapeuternas bild av skam och hur den tog sig uttryck i terapin. Terapeuterna beskrev skam som något som alltid fanns med vid behandling av PTSD men i synnerhet efter interpersonella trauman. Vidare berättade terapeuterna att skam inte var bundet till någon särskild fas utan kunde bli aktuellt när som helst under behandlingen. I två underteman beskrivs först hur skam kan utgöra ett hinder och sedan hur terapeuterna kunde använda skam för att komma vidare i terapin.

Skam som hinder

Angående hur skam tog sig uttryck i terapin berättade terapeuterna om hur skam ofta kunde utgöra ett hinder i terapiprocessen. Skam tog sig uttryck som att den hindrade klientens berättelse och således även kommunikationen med terapeuten. Denna maladaptiva "förgörande" skam hindrade även en adaptiv skam hos klienten, det vill säga en slags skam som beskrevs som nödvändig för social anpassning.

Alltså det här med att det finns väldigt olika grader av skam som blir väldigt olika låsande på olika sätt, men stora problemet är ju att det stänger ju ner både, tänker jag kommunikationen inuti patienten, och kommunikationen mellan andra, det släcker ner kommunikationen, släcker ner att vara i kontakt med upplevelsen

Ju mer [hen] då kunde lägga bort skammen desto mer så kom ju istället tårar och sorg och smärta och allt annat låg därunder, så skammen fungerar ju också så som ett lock ovanpå andra känslor, och det är kanske det som, det är väl kanske det som är tydligast, ja jag ska väl inte säga generellt, men ganska ofta så tycker jag ju att jag ser det, att när skammen försvinner så kommer ju mycket andra känslor

Skam som verktyg

Terapeuterna beskrev inte skam enbart som ett hinder utan menade att den även var något som kunde användas för att komma vidare i terapin. Flera av dem beskrev också hur deras intresse för och betoning på skam i samband med trauma har ökat med åren då de upplevt den som en viktig del av behandlingen.

Att man kan ta på skammen och se på skammen och... Ja, det här med att man lyfter upp den, skammen, och pratar om den och att man får tag i det. Och det tänker jag att det har ju jag fått ifrån mina erfarenheter. Att jag har sett att bara man får tag i den här skammen och får förstå sig på den och... Så är det ett steg vidare.

Sammanfattningsvis förstod vi terapeuternas berättelser som att skam påverkade klienterna genom att den bröt kontakten med känslorna, med terapeuten och med omgivningen. Terapeuternas berättelser handlade om hur skam tog sig uttryck som ett hinder de behövde ta sig igenom/förbi. Vi förstod detta som att när detta gjorts kunde istället ett utrymme i samtalet öppnas. Detta utrymme gjorde det möjligt för klienterna att kunna titta på och uppleva det de undviktit. Detta tolkades inte vara kopplat till någon särskild fas, utan snarare som något som påverkade under hela processen. Genom att se skam som ett verktyg, något som pekar mot områden som kan vara centrala för terapins mål, kunde terapeuterna jobba med skam för att komma åt ämnen och känslor som den täckte. Skam kunde på så vis utgöra ett hinder men även vara något som belyser och för terapin framåt.

Hur skam påverkade terapeuten

I detta tema beskrivs hur terapeuterna härbärgerade och påverkades av klienters skam. I två underteman beskrivs först terapeuternas affektmedvetenhet och sedan hur terapeuterna trots denna förmåga ändå kan påverkas av klienternas skam.

Hög affektmedvetenhet

Återkommande hos terapeuterna var att skam hos klienten beskrevs som en tydlig känsla som oftast inte upplevdes påträngande av terapeuten. Terapeuterna beskrev att det inte var ett stort problem att skilja ut och förstå klientens känslor. Terapeuterna menade att en möjlig förklaring till detta kunde vara att de hade mött skam i så stor utsträckning att den inte längre hade någon påtaglig effekt på dem.

När man har jobbat med det så mycket och så länge så är man ju oftast ganska bra på att hantera sin motöverföring, så det är ju inte så ofta som jag går in i den

Olika reaktioner på skam

Terapeuterna beskrev också hur de kunde påverkas av klienternas skam vid vissa tillfällen. En av terapeuterna berättade om hur lätt det kan vara att misstolka en mycket skamfylld klient och att det kan leda till att man som terapeut inte uppmärksammar den egna reaktionen. Terapeuten framhöll att det därför krävs erfarenhet när man möter denna klientgrupp.

Det är klart att jag kan ju känna ibland också med en patient "ja just det, den här är en sådan som väcker förakt i mig" och det tänker jag att det är ju, det har ju ofta att göra med någon som är väldigt, väldigt skamfylld [...] det tror jag skulle kunna vara en ganska typisk reaktion [...] Så jag tror ju att det här är ett område där det är väldigt bra att man är specialiserad, för det är inte så självklart, enkelt att hantera.

En av terapeuterna beskrev skam som svårt att hantera när skammens uttryck skiftade hos klienten. Detta hände då klientens skamkänsla lett till att klienten gått till angrepp som ett sätt att hantera sin skam. Terapeuten intog då ett aktivt förhållningssätt gentemot klientens skamreaktion, som då hade växlat från ett angrepp till ett avbrott i kontakten med terapeuten. Vid detta tillfälle blev terapeuten osäker på hur den skulle bemöta klienten på bästa sätt och då själv känt skam över sin upplevda oförmåga.

Alltså jag tänker, och det är kanske är så om det är en patient som delvis använder det här att man angriper i skamläge, jag tål det ganska bra när det pågår, när det är öppet, men om personen gör det och sen går in i någonting att stänga av på ett annat sätt, då tycker jag det kan vara svårt [...] Då blir jag väldigt låst, och då skäms jag över min egen inkompetens eller att inte kunna göra det

Sammanfattningsvis bestod båda undertemana av terapeuternas berättelser av hur de påverkades av klienters skam. Vi förstod terapeuternas berättelser om hur de förhåller sig till klienternas skam som att de själva upplevde sig ha en välutvecklad förmåga att både kunna skilja ut sina egna känslor och veta hur de kunde reagera på dem. Vi tolkade detta som att skam generellt inte upplevdes som en svårhärbarberad känsla, utan mer som tecken på att man närmat sig ett laddat ämne för klienten. Vidare kunde klienternas skam vid vissa tillfällen vara svårare att härberagera vilket påverkade terapeuterna men på olika sätt, antingen genom att själv känna skam eller genom att få en impuls att bli den dömande motparten i klientens skamupplevelse.

Att låta klienten ha kontroll

Detta tema består av två underteman som handlar om terapeuternas fokus på klientens behov av kontroll i terapin. Traumat förstods av terapeuterna som en total kontrollförlust och att terapin till skillnad från traumat borde innebära kontroll över situationen. Skam kring traumat förstods av terapeuterna som att klienterna tog på sig ansvar och skam hellre än att erkänna sin totala kontrollförlust under traumat. Skam sågs således som ett sätt för klienterna att återfå en känsla av kontroll. Vi tolkade terapeuternas berättelser som att klienterna behövde känna kontroll i terapisituationen, se att de var hjälplösa under traumat och därmed kunna släppa skammen. Denna kontroll lyftes fram på olika sätt under terapiprocessen.

Frivillighet

Terapeuterna beskrev att de arbetade med kontroll under fas ett bland annat genom att betona klienternas frivillighet i terapin. Frivilligheten var även viktig för att stärka klienternas roll som uppdragsgivare i början av terapin. Att klienterna gick i terapi blev därför ett aktivt val och deras medverkan var således något de hade kontroll över.

Jag är också jättenoga med att prata om säkerhet redan i rummet, och att dörren är där, du får alltid gå, du behöver inte sitta kvar här om det blir för jobbigt, och försöka att hitta, att hjälpa personen att känna sig så trygg som möjligt.

Kontroll över förloppet

Terapeuterna beskrev också andra sätt att arbeta med kontroll. Under både fas ett och två kunde klienten själv bestämma om, och i sådana fall när, något skulle tas upp i terapin. I terapeuternas beskrivningar av fas tre var betoningen av klienternas kontroll över förloppet mer nedtonad. Terapeuterna beskrev då hur fokus var på klienternas känsla av kontroll utanför terapin, exempelvis att kunna kontrollera kraftiga känsloreaktioner. I citatet nedan uppmärksammar terapeuten att den tycker att något är viktigt, men att det är klienten som kontrollerar förloppet.

Om det blir för ångestladdat, för mycket utagerande och jag kanske talar om att jag ser att det är jobbigt och det fortsätter ändå. Då kan jag säga såhär att "jag ser att det blir väldigt jobbigt för dig att prata om det här just nu men jag skulle jättegärna vilja göra det, men vi kan vänta till en annan gång"

Sammanfattningsvis beskrev terapeuterna klienternas skam som en följd av att de tagit på sig ansvar för traumat som ett sätt att uppleva någon slags kontroll i en utsatt situation. För att ta sig förbi denna skam blev därför olika sätt att förmedla en annan känsla av kontroll viktiga under terapin. Undertemana Frivillighet och Kontroll över förloppet beskriver två olika typer av kontroll och sätt att arbeta med denna. Utifrån frågeställning två förstår vi terapeuternas berättelser som att frivillighet, trygghet och kontroll var särskilt viktigt i början av behandlingen. Mer specifikt tolkar vi emellertid terapeuternas berättelser som att betoningen på frivillighet var särskilt viktig i inledningen av terapin (fas ett), medan betoningen på kontroll över förloppet var särskilt viktig när trauman bearbetades (fas två). Vad gäller trygghet menade dock en av terapeuterna att även om hon tyckte att det var viktigt, brukade hon inte arbeta med en tryggande inledningsfas utan snarare erbjuda exponering direkt. Klienten styrde då vad som skulle tas upp och bemöttes som kapabel att själv bearbeta traumat men med stöd av terapeuten. Detta tolkas som att istället för att fokusera arbetet på trygghet innan traumabearbetningen gavs klienterna en hög grad av kontroll över terapisituationen. Denna känsla av ökad kontroll över behandlingen skulle i sådana fall kunna tänkas väga upp det minskade fokuset på klientens känsla av trygghet. Vi förstod terapeuternas berättelser som att de i olika stor utsträckning framhöll trygghet. Klientens upplevelse av kontroll i terapin verkade dock alltid betonas.

Se det ur ett nytt perspektiv

Detta tema består av två underteman som handlar om hur terapeuterna arbetar med affekten skam genom att hjälpa klienterna att röra sig bort från skammens låsning. Undertemat Distans till traumat handlar om att hjälpa klienterna skapa en känsla av distans till traumat för att kunna jobba med de låsta föreställningarna om det. Undertemat Lägga bort ansvaret handlar om att hjälpa klienten släppa taget om ansvaret och därmed även skammen.

Distans till traumat

I sitt arbete med affekten skam berättade terapeuterna hur de på olika sätt jobbade för att skapa en distans till traumat. Detta framhölls som viktigt både för att kunna arbeta med traumat i bearbetningsfas (fas två) och för att sedan kunna gå vidare i livet (fas tre). I bearbetningsfas handlade distansen om att jobba fram ett perspektiv på händelserna för att överhuvudtaget kunna se på, berätta om och låta andra känslor än skam få komma fram. Psykoedukation framhölls som en viktig del av behandlingen för att förklara och normalisera klienternas upplevelser och reaktioner. Dock framkom även berättelser om att det behövdes något mer för att klienten skulle kunna ta till sig ett nytt sätt att se på sina skamfyllda erfarenheter. Detta tolkades som att terapeuterna på flera sätt försökte hjälpa klienterna att skapa perspektiv och omvandla traumat till en erfarenhet.

Så att man jobbar med att få ett större och större fönster där de kan stå kvar och titta på vad som har hänt. Och till slut så kan de här gamla resterna sorteras och lagras

Det är ju svårt för att det är ju, just det här att det kan vara så allomfattande eller förgörande eller så svårt att få in någon kil där man kan börja jobba med det (skam) eller någon kil att betrakta det ifrån

Distans kunde handla om att hjälpa klienterna få distans till sina personliga upplevelser både genom att ta andras perspektiv och genom att förlägga traumat i dåtid. En av terapeuterna beskrev hur hen brukade använda kompisar och barn (vid trauman under barndomen) i klientens omgivning som exempel för att belysa hur klienten skulle förhålla sig till skam och skuld om det hade varit någon annan som varit utsatt. Det övervägande fokuset vad gäller perspektivbyte för att nå bortom skam och ansvar handlade dock om att skapa distans mellan nu och då, traumatid och nutid. Terapeuterna betonade vikten av att klienterna skulle få förståelse för och försonas med att traumat inte längre pågår men samtidigt acceptera att det har hänt liksom maktlösheten i situationen som var.

Det blir ju också någonting av det här med att, precis den delen, att göra en berättelse av vad som har hänt, alltså jag tänker att det är någonting som är en viktig del. "Jag, här, nu reagerar på någonting som hände där, då, och att skilja på det också, jag, här, nu kan sitta och ha reaktioner eller tankar eller känslor det som hände, där, då", och det är ju först då det kan bli någon slags berättelse, när man inte är liksom, PTSD är ju att vara kvar i traumatid så att säga och inte kunna göra den rörelsen, nutid tittandes på

Lägga bort ansvaret

Terapeuterna berättade om hur de på olika sätt arbetade för att hjälpa klienten att skifta perspektiv på sin känsla av ansvar och medföljande skam. För det första genom exponering. För det andra genom att använda frågor för att utmana klienternas föreställningar om ansvar. För det tredje genom att använda relationen i rummet för att utmana klienternas föreställningar om ansvar. Exponering beskrevs kunna ge ny information som ändrade berättelsen, så att föreställningar om klientens ansvar i traumat kunde motsägas.

Det här är verkligen bara några funderingar ifrån magen sådär, att ibland så har det kunna hända jättemycket med också skamkänslor när det handlar, alltså när vi jobbar med exponeringsbehandling att det faktiskt går att se att, ja men "jag var ett barn, det här var en vuxen, det här var ingenting som jag kunde vara ansvarig för eller det var inget som jag kunde ha förutsett"

Genom att terapeuterna granskade och frågade om klienternas föreställningar kunde de faktiska förhållandena framkomma så att de tillsammans kunde komma förbi klientens skapade bild av ansvar och den medföljande skammen. På detta sätt kunde klienterna röra sig mot en mer adaptiv skamkänsla. Informanterna beskrev också hur de arbetade med relationen i rummet. Detta kan tolkas som att de använde relationen för att granska och utmana grunden till klientens skamkänslor i rummet.

Jag testar om de till exempel orkar se mig i ögonen, när de säger att de skäms jättemycket så frågar jag "orkar du titta på mig", och om de då orkar göra det så brukar jag fråga "vad ser du i mina ögon, ser du att du borde skämmas i den här situationen, ser du vad jag tänker, ser du vad jag känner" och om man orkar göra det så kan ju de flesta uppfatta det, att det, "nä det är inte min skam här"

Sammanfattningsvis förstår vi terapeuternas berättelser som att det i fas två var viktigt att både hjälpa klienterna att jobba fram en distans till traumat och att lägga bort ansvaret för traumat från sig själva. Vi tolkar terapeuternas beskrivningar i undertemat Distans till traumat som att klienterna behövde en viss distans för att föreställa sig att ansvaret kunde ligga någon annanstans än hos offret. Terapeuternas beskrivningar i undertemat Lägga bort ansvaret tolkar vi som att ansvaret behöver läggas hos förövaren för att klienterna ska få distans till sina upplevelser och sin skam. Undertemana skildrar således två processer beroende av varandra. I fas tre tycks den framarbetade distansen och det nya perspektivet göra att klienten kan förstå traumat mer utifrån faktiska förhållanden och acceptera det som hänt och de följer det fått. Distansen kan således tolkas som något som behöver arbetas upp i fas två, och som möjliggör ett nytt perspektiv och den personliga utveckling som kännetecknar fas tre. Både dessa underteman belyser därför viktiga aspekter utifrån hur terapeuterna arbetar med skam under terapins faser.

Diskussion

Frågeställningarna i denna studie var att undersöka: (1) hur terapeuterna berättade att skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma tog sig uttryck i terapin, (2) hur terapeuterna berättade att de arbetat med affekten skam i behandling av PTSD till följd av interpersonellt trauma och hur kan detta förstås utifrån Hermans (1997) tre faser, samt (3) hur terapeuterna berättade att de påverkades av klienters skam i terapin. Sex intervjuer genomfördes. Sammanfattningsvis beskrevs skam både som ett hinder och ett verktyg i terapin, och sågs som aktuellt genom terapins alla faser. Återkommande ämnen kring deras arbetssätt var klienternas känsla av frivillighet och kontroll samt att terapeuterna arbetade aktivt med skam genom att skapa en distans och hjälpa klienterna lägga

bort ansvaret för traumat. Terapeuterna beskrev hur de själva kunde påverkas av klienternas skam, där de kände att de kunde hantera den men också att den kunde påverka dem negativt. Diskussionen indelades efter studiens tre frågeställningar.

Skammens uttryck i terapin

Terapeuternas beskrivningar av skam som ett sätt att få en känsla av kontroll genom att ta på sig ansvar över traumat, skulle kunna tolkas handla om skuld snarare än skam. Tangney (1991) var noga med att särskilja skam och skuld, där skuld handlar om något man gjort och skam handlar om något man är. Vi förstår terapeuternas berättelser som att de var medvetna om definitionsskillnaderna mellan skam och skuld men att denna distinktion inte blir särskilt relevant i det kliniska sammanhanget. I deras berättelser är skulden och skammen sammantvinnad, där klienten känner skuld över att ha "gjort fel" men samtidigt framförallt en skam, där hela dennes person "är fel". Klienternas känsla av skuld är således något finns med i terapeuternas berättelser, men det är klienternas skam som i terapin tolkas som tongivande och som tar över klienternas upplevelse.

Terapeuterna beskrev skam i terapin i första hand som maladaptiv, ett hinder för klienternas berättande och i relationen till terapeuten. Terapeuternas beskrivningar av hur klienternas skam tog sig uttryck i terapin liknar det Greenberg och Iwakabe (2011) kallar maladaptiv skam, där den är något som gör att personen drar sig undan och tar skada. Vidare tolkades terapeuternas berättelser som att klienternas skam ledde till att även kontakten med deras egna känslor bröts, att skam sågs "som ett lock ovanpå andra känslor". Detta stämmer överens med bilden av skam som en affekt som avbryter andra känslor såväl intrapsyiskt som interpersonellt (Nathanson, 1994).

Terapeuternas berättelser om skam som ett hinder att ta sig förbi för att komma vidare i terapin kan liknas vid Stones (1992) beskrivning av skam. En skillnad mellan Stones (1992) och terapeuternas beskrivningar var dock att Stone (1992) ansåg att skam var något som behövde beaktas i början av terapin, medan terapeuterna beskrev hur skam kunde bli aktuell när som helst under processen. Vi förstår terapeuternas berättelser som att skam var något de behövde vara uppmärksamma på under terapins alla faser och dessutom kunde behöva arbeta sig fram till under terapin.

Terapeuterna beskrev skam även som en adaptiv affekt som gör oss socialt funktionella som människor. Denna syn på skam liknar beskrivningarna av skam som något som reglerar det sociala samspelet (Greenberg & Iwakabe, 2011; Sonnby-Borgström, 2012). Klienternas skam var således något som terapeuterna även ansåg fylla en viktig funktion i klienternas liv.

Arbetet med skam vid PTSD under terapins faser

I terapeuternas berättelser om hur de arbetat med klienternas skam beskrev de hur den med tiden hade blivit ett verktyg i terapin. Detta är i linje med teorier om hur skam kan användas i terapin (Hahn, 2001; Stadter, 2011). Genom att uppmärksamma och beakta skammens roll i överföringen och motöverföring kan

terapeuten minska risken att oreflekterat uppleva och själv agera med i klientens skam. Används istället terapeutens upplevelse för att försöka förstå klienten i större utsträckning kan skammen användas för att föra terapin framåt (Hahn, 2001; Stadter, 2011). Att terapeuterna även berättade om skam som något som kan leda till "ett steg vidare" kan tolkas som att de identifierar och beaktar överföringen/motöverföringen så att den kan användas konstruktivt.

Vi förstod terapeuterna som att klienternas kontroll över förloppet var ett viktigt fokus i terapin. Terapeuternas arbete formades av deras förståelse av traumat som en kontrollförlust där klienterna upplevt sig hjälplösa. Skam över det upplevda ansvaret blev ett sätt för klienterna att få en känsla av kontroll istället för hjälplöshet. Det kan kopplas till det Budden (2009) skrivit om att peritraumatisk skam uppstår då något okontrollerbart händer som kan sänka en persons sociala anseende. Det som skiljer terapeuternas berättelser från Buddens (2009) beskrivning är att de även beskriver skam som ett sätt för klienterna att få känna någon slags kontroll. Vi tolkade terapeuternas berättelser som att genom att ge klienterna kontroll i terapin, skapades ett utrymme för klienterna att lägga bort ansvaret och nå bortom skammen. På så vis kunde klienterna på ett mer rimligt sätt betrakta sina egna upplevelser och känslor av utsatthet.

Med utgångspunkt i terapeuternas berättelser om kontroll förstår vi dessa som att frivillighet var något som betonades under fas ett, där klienternas eget val och självbestämmande framhölls. Detta kan tolkas stämma överens med teorin om att utveckla en trygg terapeutisk relation i fas ett (Herman, 1997). Vidare uppfattade vi terapeuternas berättelser som att klienternas kontroll över förloppet betonades i fas två. Detta stämmer överens med teorin om hur klienterna under fas två bör ges kontroll över förloppet för att minska risken för återupplevande av traumat (Herman, 1997). När skamfyllda minnen av traumat skulle tas upp måste detta vägas mot klientens känsla av säkerhet och kontroll. Terapeuterna gav uttryck för detta när de berättade att de kunde uppmärksamma att det som talats om var något viktigt att prata om, men att det var upp till klienten om och när detta skulle tas upp i terapin. Än så länge förstår vi terapeuternas berättelser som att deras fokus på skam och klienternas kontroll i terapin inte var lika framträdande som i de två tidigare faserna.

Terapeuternas berättelser om att hjälpa klienterna skapa en distans till, och ett annat perspektiv på, sina traumatiska upplevelser och skamkänslor stämmer väl överens med vad Herman (1997) skrivit om hur arbetet ter sig under fas två. Terapeuternas beskrivningar handlade om att klienterna skulle kunna gå igenom sina erfarenheter och vara kvar i upplevelsen, och på så sätt kunna se på traumat med mer distans. Detta stämmer överens med teorin om att det är viktigt under fas två att ge erfarenheterna ord som kopplas till en känslomässig upplevelse (Herman, 1997) och därmed uppnå en distans till traumat. Detta kan liknas vid arbetet med affektmedvetenhet som Solbakken et al. (2011) beskriver. Genom att få hjälp med att reglera sina affekter kunde klienterna stå ut med de känslor som minnet av traumat väckte. Detta bidrog till att minnena och upplevelsen kunde bearbetas i terapin.

Terapeuterna beskrev hur de, främst under fas två, utmanade klienternas skamfyllda föreställningar och upplevelser genom både intellektuella och känslomässiga interventioner. Psykoedukation upplevdes användbart, men vi förstod dock terapeuternas berättelser som att något mer utmanande ofta krävdes för att klienten skulle ta till sig ett nytt perspektiv. Olika beskrivningar av att hjälpa klienten att få en distans till traumat kan ses som ett gemensamt drag i terapeuternas berättelser och Hermans (1997) teori. Vi förstår Herman (1997) som att när klienterna gör traumat till en berättelse och kan vara kvar i sin upplevelse så utvecklas samtidigt förmågan att ha distans till traumat. Även om det är smärtsamt för klienterna att berätta, är fundamentet för terapin den reparerande kraften i berättandet i sig. Terapeuternas beskrivningar förstods dock mer som att distansen inte kom av sig själv, det var något de fick arbeta fram med klienterna genom utmaningar. Terapeuterna använde metaforer som att "få in en kil" snarare än att de bara var stöttande vittnen till klienternas berättelse. Vi tolkar denna nyansskillnad som att terapeuterna skildrade en något mer aktiv terapeutroll än vad Herman (1997) gör och att den läkande kraften i att berätta inte alltid ses som tillräcklig i terapeuternas arbete. Nyansskillnaden kan då förstås som att arbetet med just skam kräver att terapeuten i högre utsträckning aktivt utmanar klientens föreställningar.

Hur terapeuterna påverkades av klienternas skam

Terapeuternas berättelser tolkades som att de hade en hög grad av affektmedvetenhet då de var väl medvetna om hur skam i terapin påverkade dem. Deras beskrivningar av hur de upplevde och kunde bemöta klienternas skam överensstämde inte till fullo med det som skrivits om skam som en komplex och svårhanterlig affekt (Hahn, 2001; Stadter, 2011). Vi tolkar dock terapeuternas syn på skam som ett uttryck för vana och erfarenhet. Även om vissa svårigheter i specifika lägen togs upp, verkade den generella uppfattningen vara att skam var en affekt som var lätt att identifiera, ta emot och arbeta med. Vi förstod terapeuternas berättelser som att de hade mött många klienter med liknande skamproblematik och därför blivit mer redo för skammens eventuella påverkan. Skam var något de förväntade sig skulle komma upp i terapin. Detta går i linje med Livingston och Farbers (1996) studie där ökad erfarenhet av att bedriva terapi kopplades till mindre svårigheter att möta klienternas skam.

Utöver terapeuternas affektmedvetenhet beskrev de även sina olika reaktioner på skam och hur den kunde påverka dem. Beskrivningarna kan uppfattas som två olika berättelser; den ena reagerar genom att själv skämmas, den andra får en impuls att gå med i klientens upplevelse av sig själv. Tolkas detta utifrån begreppet motöverföring och hur denna kan vara antingen samstämmig eller komplementär (Carveth, 2012), finns dock likheter mellan berättelserna. När terapeuten själv upplever skamkänslor kan det tolkas som en samstämmig motöverföring, då terapeuten omedvetet identifierar sig med klientens upplevelse. När terapeuten istället får impulsen att gå med i klientens upplevelse och bli den andra (fördömande) parten kan det förstås som en komplementär motöverföring. Båda reaktionerna tyder dock på hur skam i terapin kan sätta den terapeutiska

dynamiken ur balans. Terapeutens roll som behandlare störs men i olika riktningar. Skam skulle därför kunna ses som en affekt där terapeuten bör vara extra uppmärksam på att hålla kvar sin professionalitet. Detta understryker vikten av att få träning i att hantera affekten i arbetet med skamfyllda klienter, något som även framhölls av terapeuterna.

Styrkor och begränsningar

I linje med Hermans (1997) teori om att faserna i behandling av trauma inte är bundna till någon specifik teori, valde vi att inte avgränsa studien utifrån terapeuternas teoretiska inriktningar. Detta kan ha gjort att eventuella skillnader utifrån teoretisk utgångspunkt inte framkommit på ett fullgott sätt. Att en av terapeuterna endast hade tid till en halvtimmes intervju kan också ha påverkat resultatet då hon inte hade möjlighet att berätta om sitt arbete fullödigt.

Att författarna kan ha haft olika sätt att ställa frågor på och olika följdfrågor, kan ha haft inverkan på intervjuernas reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid transkriberingarna kan den intersubjektiva reliabiliteten påverkats. Ett gemensamt sätt att transkribera diskuterades innan transkriberingarna (Kvale & Brinkmann, 2009), men vi gjorde dock egna bedömningar kring hur vi skulle förhålla oss till de riktlinjer som diskuterats. Ett sätt att öka denna reliabilitet skulle kunnat ha varit att båda författarna transkriberat samma intervju och undersökt på vilka sätt våra utskrifter skilde sig åt (Kvale & Brinkmann, 2009). Då vi inte ämnade göra en detaljerad språklig analys ansåg vi att intervjuerna inte behövde återges exakt ordagrant (med exempelvis tonlägen) utan de fick ta en form som närmade sig en mer flytande skriftlig stil (Kvale & Brinkmann, 2009).

En validitetsbrist med studien var att intervjuguiden skapades för denna studie och intervjuerna utgick därför inte från något validerat instrument för att undersöka området. En annan begränsning gällande validiteten hos studiens resultat är att det inte genomförts någon deltagarkontroll, där terapeuterna fått tillfälle att diskutera studiens resultat. Detta skulle kunnat stärka den kommunikativa validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009), där resultatens validitet kunde ha diskuterats med terapeuterna för att höra deras tolkningar av det som framkommit.

Resultaten från denna studie är inte ämnat att generaliseras till en större population. Det skulle dock kunna ske en naturalistisk generalisering, där läsaren kan jämföra resultaten med sin egen praktik, och på detta sätt använda de för att dra egna slutsatser kring hur de kan tillämpas (Kvale & Brinkmann, 2009).

Framtida forskning

Skam ses som en viktig faktor vid behandling av PTSD till följd av interpersonellt trauma såväl ur ett forskningsperspektiv (t. ex. La Bash & Papa, 2014) som ur ett kliniskt perspektiv (t. ex. Lee et al., 2001). Denna studie skulle därför med fördel kunna användas som underlag för en större kvantitativ framtida studie. På så sätt skulle en mer statistisk generalisering kunna göras kring hur terapeuter bemöter skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. B., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 69-73.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3), 499-509.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine, 69*, 1032-1039.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. I M. J. Friedman, T. M. Friedman & P. A. Resick (Red.), *Handbook of PTSD. Science and practice* (s. 55-77). New York: The Guilford Press.
- Carveth, D. L. (2012). Concordant and complementary countertransference: A clarification. *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue Canadienne de Psychanalyse, 20*(1), 70-84.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301-328.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 412-425.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R.A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teesson, M., & O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(2), 147-153.
- Greenberg, L. S., & Iwakabe, S. (2011). Emotion-focused therapy and shame. I R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 69-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hahn, W. K. (2001). The experience of shame in psychotherapy supervision. *Psychotherapy, 38*(3), 272-282.

- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. (2011). Posttraumatic stress disorder as at stress disorder. I R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 261-275). Washington, DC: American Psychological Association.
- Killingmo, B., & Gullestad, S. E. (2011). *Undertexten: Psykoanalytisk terapi i praktiken*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- La Bash, H., & Papa, A. (2014). Shame and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 159-166.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of Shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466.
- Leskela, J., Dieprink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 223-226.
- Livingston, R. H., & Farber, B. A. (1996). Beginning therapists' responses to client shame. *Psychotherapy*, 33(4), 601-610.
- Michel, P-O., Bergh Johannesson, K., Lundin, T., Nilsson, D., & Otto, U. (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Nathanson, D. L. (1994). *Shame and pride. Affect, sex and the birth of the self*. New York: Norton.
- Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48, 646-652.
- Solbakken, O. A., Sandvik Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflexive function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496.
- Sonnby-Borgström, M. (2012). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster – ett bio-psyko-socialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Stadter, M. (2011). The inner world of shamed and ashamed: An object relations perspective and therapeutic approach. I R. L. Dearing & J. P. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 45-68). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stone, A. M. (1992). The role of shame in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 131-136.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: The good, the bad and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 598-607.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2015-05-13, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1

Intervjuguide

Info innan intervjun

- Vilka vi är.
- Att intervjun beräknas ta 45-60 minuter.
- Det intervjun kommer att handla om: Skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma och hur detta ter sig under terapiprocessen. Vår definition av interpersonellt trauma: "Interpersonella trauma är traumor orsakade av andra människor och som av den drabbade förstås som resultatet av en mänsklig intention."
- Ge inföklad om samtyckeskrav, anonymitet, inspelning etc. och låt personen skriva under samtyckesblanketten.
- Frågor?
- Utgå gärna från någon eller några specifika klienter/situationer när du upplevt att skam funnits med som en tydlig del av problematiken. (Förtydliga att det är för att personen ska minnas bättre, inte för att vi är intresserade av de specifika fallen)

Inledande frågor

- Hur gammal är du?
- Hur många år du har arbetat som psykolog och inom vad?
- Kan du berätta om din erfarenhet av PTSD?
- Hur länge har du arbetat med det och i vilka sammanhang?
- Har du något särskilt arbets sätt eller teoretisk bakgrund? (i arbete med PTSD)

Generellt om PTSD och behandling

- Är det något särskilt du tänker är extra viktigt att ta med i just en PTSD-behandling?

Förförståelse av skam

- Hur skulle du beskriva vad skam är?
- Finns det olika sorters skam?
- Kan du berätta om hur du ser på skam i relation till PTSD?

Faser

Vår teoretiska utgångspunkt inför detta har varit att traumabehandling utgår från tre faser: En inledningsfas med fokus på säkerhet och kontroll; en arbetsfas med fokus på att bearbeta och integrera de traumatiska minnena; en avslutningsfas med fokus på att bygga upp nya sammanhang och relationer.

- Skulle det kunna stämma på hur du jobbar?
- Hur skulle du annars beskriva ett upplägg för en terapi med denna patientgrupp?

Inledningsfas

- Föreställ dig ett scenario (eller en specifik situation du varit med om) då du ska träffa en person som har PTSD till följd av interpersonellt trauma, vad tänker du är viktigt att tänka på i början av behandlingen?
- Varför?

- Vad är skillnaden jämfört med andra patientgrupper?
- Skulle du kunna beskriva något specifikt tillfälle när skam hos patienten har uppstått i terapirummet?
- Hur märkte du det?
- Hur reagerade du?
- Vad hände sedan?
- Kan du berätta om hur du närmar dig områden som kan vara skamfyllda?
- Vad ska förutsättningarna vara?
- Vad kan få dig att avvakta?
- Hur gör du för att ta upp skam om den inte kommer med direkt?
- Om skammen inte kommer upp i början, kände du ändå av skammen (även om den inte uttrycktes med ord)?

Arbetsfas

- Föreställ dig en person ur denna patientgrupp när ni har kommit in i arbetsfas, i vilka situationer yttrade sig skammen då?
- Hur yttrade den sig?/Vad hände då?
- Hur skiljde du ut skammen från andra affekter?
- Hur gjorde du för att integrera skammen i berättelsen om traumat?
- Använde du dig av någon särskild intervention?
- Hur upplevde du att det var för dig att möta patientens skam?
- Hur använde du din upplevelse av det i rummet?
- Upplevde du att du kunde härbärgera skammen?
- Hur är skam som känsla att härbärgera (jämfört med andra affekter)?
- Vad brukar skammen bero på för denna patientgrupp? (Gjort, inte gjort, skambelagd av någon annan?)
- Hur brukar patienter prata om/förklara sin skam?

Avslut

- Hur vet du att behandlingen börjar närma sig ett avslut?
- Vad har hänt med skammen vid behandlingens avslut?
- Slutar skammen vara aktuell? (Om ja, när?)
- Brukar skammen vara mer framträdande någon gång under terapin?

Avslutande frågor

- Nu har vi pratat om specifika exempel av denna patientgrupp, brukar det generellt vara så när du arbetar med denna patientgrupp?
- Har ditt sätt att hantera skam i terapin förändrats?

Bilaga 2

Information om examensarbetet

Du har tillfrågats om att delta i en intervju till vårt examensarbete om skam vid PTSD till följd av interpersonellt trauma. Arbetet syftar till att undersöka psykologers/psykoterapeuters syn på skam vid PTSD och hur de arbetar med detta vid behandling av PTSD hos denna patientgrupp. Vi som jobbar med detta är två psykologstudenter som går den sista terminen vid psykologprogrammet i Umeå. Uppsatsen som detta kommer att resultera i beräknas vara färdig i mitten av maj. Om du är intresserad av att ta del av den kommer vi självklart att skicka den till dig när den är färdig.

Eftersom arbetet har en kvalitativ ansats kommer vi att använda oss av citat för att belysa resonemang. Dessa citat kommer dock att anonymiseras och ord som kan identifiera källan kommer att ändras.

Intervjun beräknas ta ungefär en timme och kommer att spelas in med hjälp av diktafon.

Om du har några frågor kontakta oss gärna:

Lovisa Sjösvärd Birger: xx@xx.xx

Carl Westerlund: xx@xx.xx

Viktigt att veta:

- Det är helt frivilligt att delta i projektet.
- Du kan avbryta din medverkan när som helst och utan förklaring.
- Alla personuppgifter kommer att anonymiseras.
- Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.
- Intervjun kommer att spelas in och inspelningen kommer att raderas så snart materialet har transkriberats.
- Den transkriberade intervjun kommer att förstöras efter uppsatsens färdigställande.