



Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

**Det kroppen berättar - integrativ behandling
vid posttraumatiskt stress syndrom**
En narrativ fallstudie

**The narratives of the body- integrative therapy
for posttraumatic stress disorder**
A narrative case study

Lotta Ring

Examensarbete 15 hp (magister)

i sjukgymnastik

Vårterminen 2011

**Det kroppen berättar - integrativ behandling
vid posttraumatisk stress syndrom
En narrativ fallstudie**

**The narratives of the body- integrative therapy
for posttraumatic stress disorder
A narrative case study**

Handledare: Susanne Rosberg,
Fil.dr, universitetslektor, leg.sjukgymnast
Sahlgrenska Akademin
vid Göteborgs Universitet
Inst för neurovetenskap och fysiologi

Titel: Det kroppen berättar - integrativ behandling vid posttraumatisk stress syndrom.

En narrativ fallstudie.

Författare: Lotta Ring, leg sjukgymnast

Handledare: Susanne Rosberg, Fil.dr, universitetslektor, leg sjukgymnast

SAMMANFATTNING

Introduktion: I föreliggande fallstudie beskrivs en behandlingsprocess med en kvinna som utvecklat posttraumatisk stressyndrom (PTSD) efter en traumaupplevelse.

Syfte: Syftet var att beskriva och analysera den meningsskapande processen i ett behandlingsförlopp där symboldrama använts i kombination med kroppsmedvetandeträning (KMT) och medicinsk Qi Gong i den sjukgymnastiska behandlingen med en patient som utvecklat PTSD.

Metod: Utifrån syftet valdes en enkel fallstudie med narrativ ansats. Den fenomenologiska utgångspunkten är individens egna subjektiva perspektiv som innebär att med en medveten ansträngning lyssna till de levda erfarenheterna och försöka förstå vad upplevelserna berättar om. I studien ingår en kvinnlig vuxen patient som har deltagit i behandling hos sjukgymnast och tillika författaren till den här studien.

Resultat: I det sjukgymnastiska behandlingsarbetet framkom det, via kropps rörelser och kroppsminnet, minnesbilder från den traumatiska hotsituation som patienten varit med om men som inte varit möjliga att ta fram på en medveten nivå. När de kroppsliga symtomen kunde sättas in i ett meningssammanhang och kropp, tankar, känslor och mening kunde integreras, kom en meningsskapande process igång vilket bidrog till en förändrad symtombild.

Konklusion: I denna studie har fokus varit på den levda kroppen utifrån ett fenomenologiskt perspektiv där det var själva upplevelsen av kroppen som var centralt i meningsskapandet. Kroppsmedvetandeträning i kombination med symboldrama kan bidra till en fruktbar meningsskapande process i behandling av PTSD. Resultatet pekar mot att när symtomen kunde förstås som meningsbärande, att de hade något att förmedla, förändrades också symtombilden.

Nyckelord: sjukgymnastik, meningsskapande, symboldrama, kroppsmedvetenhet, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Title: The narratives of the body - integrative therapy for posttraumatic stress disorder. A narrative case study.

Author: Lotta Ring, authorised physiotherapist.

Tutor: Susanne Rosberg, PhD (RPT), authorised physiotherapist.

ABSTRACT

Introduction: In this case study, a treatment process of a female patient is described. The patient developed post-traumatic stress disorder (PTSD) after a traumatic experience.

Purpose: The purpose was to describe and analyse the meaning-creating process during physiotherapy treatment of a patient suffering from PTSD, in which Guided Affective Imagery was used in combination with body awareness exercises and medical Qi gong.

Method: The method used in this case study was a narrative approach. The phenomenological starting point was the individual's own subjective perspective, meaning that with a conscious effort it is possible to listen to lived experiences and try to understand what they are telling us. In this study the female patient was treated by a physiotherapist, who is also the author of this essay.

Results : During the physiotherapy treatment, memory images emerged from body movements and body memory of a past traumatic experience that the patient had lived but not been able to process on a conscious level. Thus, when the physical symptoms were put in a context and when the body, mind, feelings and meaning were integrated, a meaning-creating process began. This reduced the physical symptoms.

Conclusion: In this study the focus was on the experienced body from a phenomenological perspective, where the actual experience of the body is crucial in the creation of meaning. Body awareness training in combination with Guided Affective Imagery can contribute strongly to the process of meaning creation. The results indicate that when the symptoms could be understood as a bodily creation of meaning and they had something to convey, the symptoms were also changed.

Keywords: Physiotherapy, meaning creation, Guided Affective Imagery, body awareness, post-traumatic stress disorder (PTSD).

Innehållsförteckning	sida
Introduktion	1
Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD)	1
Dissociation vid PTSD	1
Minnesfunktion vid PTSD ur ett neurobiologiskt perspektiv	2
Ett fenomenologiskt perspektiv på PTSD, kropp, symtom och mening	2
Behandling vid PTSD	4
Fasorienterad behandlingsmodell	4
Sjukgymnastik, kroppskännedom och kroppsmedvetenhetsträning	5
Symboldrama	6
Syfte	8
Metod	8
Patient och behandlande sjukgymnast	8
Datagenerering och bearbetning	9
Genomförande av patientens behandling	9
Fas 1. Stabilisering med kroppsmedvetande träning (KMT)	9
Fas 2. Traumabearbetning med Symboldrama (SD)	10
Fas 3. Integrering med terapeutiska samtal, KMT och Medicinsk Qi gong	10
Analys	11
Trovärdighet, tillförlitlighet och meningsfullhet i narrativa studier	11
Etiska överväganden	12
Resultat	12
Inledning	12
Behandlingsprocess	13
Avslut	20
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Det kroppen berättar	20
Det gemensamma lärandet	22
Faser i behandlingen	23
Metoddiskussion	24
Egen forskarposition och subjektivitet	24
Trovärdighet, tillförlitlighet och meningsfullhet i narrativa studier	25
Sammanfattning och implikationer	26
Omnämmande	27
Referenser	28
Bilagor 1-6	

Introduktion

Trauma kan finnas med som en bakomliggande faktor hos patienter med långvariga smärt, stress och spänningstillstånd (Asmundson, Coons, Taylor & Katz, 2002, Sharp, 2004). Studier visar att obearbetade trauman ökar risken för utvecklandet av psykisk ohälsa och kan bidra till sämre tillgodogörande/resultat av behandlings- och rehabiliteringsinsatser (Heim, Shugart, Craighea och Nemeroff, 2010, Nanni, Uher, & Danese, 2011.) Detta bekräftas i mitt eget kliniska arbete som legitimerad sjukgymnast, hos patienter med en mer komplicerad stress- och smärtproblematik är det inte ovanligt att det finns trauman med i patientens livshistoria. I föreliggande fallstudie beskrivs behandlingsprocessen med en kvinna som kom till mig som sjukgymnast på remiss från läkare för stress och spänningsproblematik efter en traumatisk upplevelse tre år tidigare. Tidigt i vår kontakt visade det sig att hon uppfyllde samtliga kriterier för post traumatiskt stressyndrom (PTSD, den engelska förkortningen är vedertagen även på svenska). För diagnoskriterier se bilaga 1 (American psychiatric association, 2000).

Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD)

Bremner (2005) utgår från American Psychiatric Association (APA) för att beskriva PTSD som ett tillstånd som kan utvecklas efter att en person varit utsatt för någon form av dödshot med åtföljande känslor av skräck, rädsla och hjälplöshet. Symtombilden vid PTSD innefattar både upplevelser av intrång och undvikande vilket innebär påträngande minnen och mar- drömmar om traumat men också att undvika sådant som påminner om traumat, minnes- störningar och känslolavtrubning. Den stressbelastning som traumaupplevelsen ger upphov till bidrar till hyperarousal vilket innebär en ökad vaksamhet/anspanning, lättskrämdhet och sömnstörningar (Bremner, 2005). Bremner menar vidare att det är hippocampus plasticitet som ger upphov till psykopatologin vid traumaexponering och att det ger konsekvenser kognitivt och emotionellt på det sätt som det yttrar sig vid PTSD. Upprepad traumatisering och traumatisering i tidig ålder kan ge en mer komplex symtombild vid PTSD (van der Kolk et al, 1996).

Dissociation vid PTSD

Begreppet dissociation kommer ursprungligen från Pierre Janet (1859-1947), en fransk psykiatriker som ofta nämns i sammanhang då det gäller PTSD och dissociation (Nijenhuis & van der Hart, 2011, Martinez-Taboas, 2004). Studier visar att det finns en stark koppling mellan dissociation och somatisering (van der Kolk et al, 1996, van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola 2005, Martineez-Taboas, 2004). Vid överväldigande trauman kan individen dela upp sin upplevelse inom sig själv, som ett adaptivt svar på något som är outhärdligt och känslomässigt svårt att ta hand om. Nijenhuis och van der Hart (2011) vill se tydligare distinktioner då det gäller begreppet dissociation och tydliggör detta genom att avgränsa "dissociation som organisation av delpersonlighet, som försvar, som patologi och som dissociativa symtom" (Nijenhuis & van der Hart, 2011, s 440). Denna tydliga av- gränsning innebär att icke-integrerade eller inte helt integrerade delsystem inom personligheten räknas som dissociativa delar av personligheten och att dissociativa symtom är manifestationer av de dissociativa delarna. De dissociativa symtomens uppdelning är fenomenologisk enligt Nijenhuis och van der Hart (2011) där symtomen ger sken av att vara positiva eller negativa men bygger inte på någon egentlig principiell skillnad. Det innebär

även att det inte finns någon avgörande skillnad mellan dissociativa symtom som kommer till uttryck mer fysiskt via kroppen eller mer psykologiskt som mentala uttryck. Fenomenologiskt innebär det att den subjektiva upplevelsen som den är just nu för en dissociativ del av personligheten egentligen kan spegla ett "nu" som utspelade sig längre tillbaka. Det fenomenala nu som generellt omfattar några sekunder kan på så sätt förskjutas tidsmässigt. Om bearbetning och integration av en traumatisk händelse misslyckats, kan den traumatiska stressen utvecklas till ett kroniskt stresstillstånd. För den traumaexponerade individen kan det yttra sig i dissociativa reaktioner, känslomässig dysfunktion och underhålla undvikandet av traumatiska minnen (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Minnesfunktion och PTSD i ett neuropsykobiologiskt perspektiv

Minnet kan delas upp i flera funktioner och minnesbearbetningen brukar förenklat beskrivas i tre faser; inkodning, lagring och framhämtning (Solms & Turnbull, 2005). Konsolidering ingår i inkodningsfasen och innebär att minnet lagras i djupare skikt vilket sker över tid, det gör att färskta minnen är mer sårbara för skador. Arbetsminne är det som finns i medvetandet just nu, i detta ögonblick, att medvetet erinra sig något handlar om det explicita minnet medan ett omedvetet minne benämns som implicit, det vill säga det finns lagrat men kan inte plockas fram medvetet. Minnet delas även upp efter kategorier; semantiskt, episodiskt och proceduralt minne. Det semantiska minnet handlar mer om objektiv kunskap, som ett uppslagsverk eller informationsbank om världen medan det episodiska minnet handlar om det vi varit med om, det subjektiva och personliga minnet. Procedurminnet är kopplat till motoriska färdigheter som ett slags kroppsminne då det är kopplat till rörelser och erfarenheter av rörelser. Färdigheter eller motoriska erfarenheter är motståndskraftiga och kan fungera mer eller mindre automatiskt och är implicit. Det innebär att en motorisk färdighet kan störas om vi börjar tänka på den medvetet likväl som kroppen kommer ihåg rörelser som vi inte är medvetna om att vi kommer ihåg (Solms & Turnbull, 2005). Det är förmodligen denna funktion som är involverad då det gäller traumatiska minnen, kroppen kan ge uttryck för det som hände men medvetet går det inte att ta fram ett minne av den traumatiska händelsen. Studier (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, Navalta & Kim, 2003, Bremner, et al, 2003) visar att påfrestande och traumatiska händelser försämrar hippocampus funktion. Enligt Bremner (2005) har den första månaden efter traumat betydelse för minneskonsolideringen, minnet kodas i hippocampus och påverkas av hippocampus plasticitet. Därefter sparas minnet i hjärnbarken och är då starkare präglad och mer motståndskraftig mot förändringar. En studie av Tomoda, Navalta, Polcari, Sadato & Teicher (2005) visar minskad volym av hjärnans grå materia (GMV) i området för syncentrum hos kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. En minskad volym menar författarna kan då vara tecken på minskad eller förlust av synintryck som till exempel förlust av minnesbilder från ett trauma som uppvisas vid PTSD och dissociation (Tomoda et al 2005).

Ett fenomenologiskt perspektiv på PTSD, kropp, symtom och mening

Fenomenologin som filosofi och vetenskaplig metod är fokus inriktat på att söka förstå olika fenomen så som de visar sig. I ett fenomenologiskt perspektiv ses människan som en odelbar helhet, en sammanflätning av fysiska och psykiska nivåer som riktas mot omvärlden i en ständig dialog. Denna enhet kan även beskrivas som "den levda kroppen" (Bullington, 2007, s130). Det är genom kroppen vi blir medvetna om världen, "kroppen är varat-till världens förmedlare" enligt Merleu-Ponty (1999, s 32) Det är vår upplevelse av kroppen som är meningsskapande. Det är med vår kropp vi tar in världen och på så sätt blir det via kroppen vi

kommunicerar med och skapar mening av omvärlden (Merleu-Ponty, 1999). Symtomen blir då ett sätt att vara-i-världen på, som en "kropps-mening", men på en annan nivå än den kognitiva (Bullington, 2007). Bullington beskriver det som att "mening förstås här som en levd relation mellan det för-kroppsligade subjektet och världen, mening är det som skapas i samspelet däremellan" (Bullington, 2007, s 130). När individen inte kunnat ta hand om påfrestningar i en livssituation på en medveten nivå försöker kroppen skapa någon form av mening i situationen genom att utveckla symtom. "Kroppen träder in där tankar och känslor och handlingsalternativ borde ha varit" (Bullington, 2007, s 131). Meningsskapandet på den kroppsliga nivån leder sällan till någon lösning av problematiken utan det är först när meningsskapandet kommer till stånd genom symbolisering på en högre nivå som en problemlösningsprocess kan komma igång.

"Den traumatiska upplevelsen fortbestår inte som en föreställning, som objektivt medvetande eller som ett tidsbestämt ögonblick; det hör till dess väsen att bara överleva, som ett sätt att vara med en viss grad av generalitet" (Merleu-Ponty, 1999 s 33). Vidare menar Merleu-Ponty (1999 s 36) att det specifikt förflutna, som vår kropp utgör, förblir dess nutid och som speglar sig i sjukdomssymtomen där kroppens händelser även blir dagens. Vid PTSD är just detta väldigt tydligt då kroppen ger uttryck för den traumatiska händelsen som om den fortfarande pågår (Nijenhuis & van der Hart, 2011) men kan inte medvetet ta fram några minnesbilder då de är implicita, ett omedvetet minne (Solms & Turnbull, 2005). För individen med en traumaupplevelse kommer de dissociativa symtomen fungera som den subjektiva upplevelsen av sitt fenomenala nu, utifrån den sensoriska/motoriska komponenten, eftersom kroppen upplever sig att vara i detta nu, på så sätt blir det också en "fenomenal modell av världen" (Nijenhuis & van der Hart, 2011, s 425). Upplevelsen är för individen så tydlig och verklig som om den utspelar sig i objektiv tid, det kan även benämnas som "frusen tid, där upplevelserna är frysta i ett evigt nu" (Nijenhuis & van der Hart, 2011, s 425). Bullington (1999, s 256) menar att "frusen tid innebär ett stillastående i dialektiken av struktur-förändringarna" vilket sker när tidiga erfarenheter och upplevelser ej har integrerats på en högre nivå för kognition och reflektion. Upplevelserna blir då kvar på en kroppslig nivå, som ett kroppsminne, något tvetydigt som stör, som för individen blir svårt att förstå och ta in i sin livsberättelse. Kroppsminnet aktiveras som ett symtom och utlöses av något i den nuvarande livssituationen enligt Bullington (1999).

"Förkroppsligat medvetande, embodied mind" är ett begrepp som Downing (Downing, 1996, s 369) lyfter fram för att tydliggöra det kroppsliga perspektivet och beskriver en "kropps-process" (Downing, 1996, s 51) som sker på flera nivåer. Dess nivåer kan även beskrivas som "fenomenologiska domäner" (Downing, 1996, s 8) som relaterar till varandra; verbal-kognitiv, visuell/bild, emotionell, förmimelse/sensorisk och motorisk nivå. I det här sammanhanget kan Downings modell av de fem medvetandedomänerna och begreppet förkroppsligat medvetande fylla en funktion för att lyfta fram hur det kroppsliga perspektivet även speglar vad som sker på andra nivåer. Bullington, Nordemar, Nordemar och Sjöström-Flanagan (2003) menar att kropp, känslor, tankar och mening behöver kopplas samman i den terapeutiska processen på ett sådant sätt så att de upplevda sambanden dem emellan inte blir för överväldigande för individen på grund av de smärtsamma och hotfulla upplevelserna. Då kan de isolerade delarna av mening och erfarenhet integreras och ny mening kan möjliggöras och resan från kaos till en ny känsla av sig själv och sin identitet bli en "meaning evolution" (Bullington et al, 2003, s 329). I behandlingsarbetet med patienten i den här studien har det fenomenologiska perspektivet varit en central utgångspunkt, där det är den "levda kroppen" som har fått ta plats.

Behandling vid PTSD

Värdet av att först stabilisera och skapa en trygg behandlingsrelation har stöd i litteratur och forskning (Herman, 1992, Ford, Courtois, Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2005, van der Kolk, et al, 2005, Foa et al, 2009, Gerge, 2010a, Boon, van der Hart & Steel, 2011).

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri i Uppsala har tagit fram ett vårdprogram för trauma-relaterade psykiska störningar där grunden för behandlingsarbetet, förutom bedömning av behovet av psykofarmaka behandling, utgörs av affektreglering och psykopedagogiska interventioner (Berg Johansson & Lundin, 2007). Den behandlingsmetod som har evidens vid PTSD och anses vara ett förstahandsval är EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) och kan översättas till desensibilisering och ombearbetning genom ögonrörelser (Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005, Berg Johansson & Lundin, 2007, Högberg, Pagani, Sundin, Soares, Åberg-Wistedt, Tärnell & Hällström, 2008, Gerge, 2010a). Gerge (2010a) beskriver EMDR som en terapi där det sker en växelvis aktivering av hjärnhalvorna. De traumatiska ickeverbala minnena med därtill hörande känslor i höger hjärnhalva integreras med övriga minnessystem. Gerge framhåller att patienten i detta sammanhang även kan behöva få stöd i att kroppsligt förankra sig genom att också lägga märke till sina kroppsliga reaktioner. Det kan då bidra till att ointegrerat material uppmärksammas men även lyfta fram kroppsegna resurser som stärker och stabiliserar.

Fasorienterad behandlingsmodell

Den fasorienterade behandlingsmodellen (Ford et al, 2005) bygger till stor del på kliniskt behandlingsarbete vid PTSD, och kan ses som ett redskap för det terapeutiska behandlingsarbetet som kan innefatta olika behandlingstekniker och metoder. Redan 1889 beskrev Janet fasorienterat behandlingsarbete med traumatiserade patienter (van der Hart, Nijenhuis & Steel, 2006, Gerge 2010a, Herman 1992). Det fasspecifika behandlingsarbetet beskrivs i tre faser; stabilisering, traumabearbetning och integration (Gerge 2010a). Fas 1 innebär enligt Ford et al (2005) att etablera en trygg arbetsallians mellan terapeut och patient för att skapa en säker och stabiliserande grund för den fortsatta behandlingen. I denna fas kan arbetet ske på både verbala och icke-verbala nivåer och syftar till att hjälpa patienten hitta och utveckla självreglerande färdigheter för att gradvis öka tolerans för traumatiska minnen och symtom. Det är först i fas två som behandlingen blir mer traumafokuserad enligt Ford et al (2005). Med utgångspunkt från de självreglerande färdigheterna från fas ett är den terapeutiska uppgiften under fas två att medvetet och aktivt bearbeta de traumatiska minnena och lösa de posttraumatiska symtomen. Enligt författarna är det den kliniska bedömningen utifrån varje enskild patient som ska vägleda behandlingsinriktningen, hur förmågan till självreglering är både under och mellan terapisessionerna. Fas två handlar mycket om att möta och stå ut med alla olika känslouttryck som kan komma när de traumatiska minnena rekonstrueras. Syftet är att integrera dem på en medveten nivå och få till stånd en mer sammanhållen berättelse som innefattar det förflutna, nutiden och framtiden. Fas tre enligt Ford et al (2005) innebär att återgå till eller utveckla en mer normaliserad livsrytm och hitta en balans mellan aktivitet och vila. Arbetet i fas tre syftar till att förfina och tillämpa kunskaperna från de tidigare faserna. Den fasorienterade behandlingsmodellen beskrivs närmare i "The haunted self" av van der Hart, Nijenhuis och Steel (2006) och även av Gerge (2010a). Den fasspecifika behandlingsmodellen ligger också till grund för ett behandlingsprogram som beskrivs av Boon, van der Hart och Steel (2011) och som specifikt vänder sig till den grupp av patienter som har en komplex PTSD problematik och som oftast exkluderas i forskningssammanhang.

I ett sjukgymnastperspektiv kan den fasorienterade behandlingsmodellen jämföras med fysioterapiprocessen som systematiskt eller mer övergripande beskriver arbetsgången i det sjukgymnastiska behandlingsarbetet (Broberg & Tyni-Lenné, 2009). Inom ramen för fysioterapiprocessen ingår såväl pedagogiska som mer specifikt terapeutiskt inriktade interventioner, på både en verbal och ickeverbal nivå. En viktig funktion som sjukgymnasten har i detta sammanhang är den pedagogiska och psykoedukativa, att beskriva och förklara de biomekaniska och fysiologiska aspekterna av symtomatologin, men även sätta in symtomen i ett sammanhang, där funktionsperspektivet är den gemensamma kunskapsgrunden för all sjukgymnastik. En central del i fysioterapiprocessen utgörs av själva mötet och relationen mellan sjukgymnast och patient. Mötet omfattar flera dimensioner; kognitiva, affektiva och psykomotoriska (Hedlund, red. 2004). Den ickeverbala kommunikationen är ett värdefullt redskap i mötet med patienten på flera nivåer.

Sjukgymnastik, kroppskännedom och kroppsmedvetandeträning

Kunskapsområdet sjukgymnastik "kännetecknas av synen på människan som fysisk, psykisk, social och existentiell helhet"(Broberg & Tyni-Lenné, 2009, s 6). En utgångspunkt är att det inom varje människa finns resurser till helande och läkning där förståelsen av kroppens funktion och rörelse utgör en grund för hälsa. Kroppsmedvetenhet är ett centralt begrepp för många sjukgymnaster och kan beskrivas som upplevelsen av den egna kroppen men också som övning och beteende i rörelser och aktiviteter (Roxendal & Winberg, 2002). Gyllensten (2001) beskriver att kroppsmedvetenhet i ett sjukgymnastiskt sammanhang är att rikta uppmärksamheten till kroppens funktion, beteende och interaktion i relation till sig själv och andra. En kroppskännedomsinriktad terapi innefattar begrepp som hållning, balans, andning och muskelspänning och syftar till att normalisera eller hitta tillbaka till någon form av normaltillstånd (Gyllensten, 2001). Basal Kroppskännedom (BK) är en sjukgymnastisk behandlingsinriktning som har fokus på kroppskännedom och kroppsmedvetenhet och som används vid rehabilitering vid långvarig smärtproblematik och psykisk ohälsa och kan då medverka till att reducera symtom och ge en ökad kroppsmedvetenhet (Roxendal & Winberg, 2002; Malmgren-Olsson, Armelius & Armelius, 2001; Eriksson, Möller, Söderberg, Eriksson & Kurlberget, 2007; Gyllensten, Ekdahl & Hansson, 2007; Gyllensten, Gard & Miller, 2010).

I en studie av Gyllensten et al (2010) var syftet att få en djupare förståelse för kropps - medvetenhet och vad det kan innebära för individen. Resultatet tydliggör kroppsmedvetenhet som en "förkroppsligad identitet, the embodied identity" (Gyllensten et al, 2011, s 441) och kan förstås som att leva i sin kropp och leva i relation till andra och i samhället. En central aspekt var att de kroppsliga upplevelserna alltid finns i nuet. Medvetenheten om kroppen kan då utgöra en grund för självförtroende, självtillit och förmåga att ta hand om sig själv och sina behov, både fysiskt och mentalt (Gyllensten et al, 2010). Mattsson (2004) beskriver att det "traumatiserade kropps jaget" (Mattsson, 2004, s 36) påverkar individens rörelsemönster där BK som behandlingsmetod kan bidra till att hitta en kroppslig förankring. Studier visar att kroppsorienterad terapi som har fokus på det samspel som sker mellan kropp, tankar och känslor bidrar till att tydliggöra ickeverbala mönster och skapa möjligheter till att förändra dessa (Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan, 2003; Öien, Iversen & Stensland, 2007; Rosberg, 2000). Rosberg och Jingrot (2008) framhåller i sin studie behovet av en mer individualiserad rehabilitering/ behandling vid utmattningssyndrom/ stressrelaterad problematik där även individens upplevelse av att vara-i världen får utrymme. Bullington et al (2003) menar att vi som behandlare/terapeuter måste ha tålamod nog att låta en berättelse få utvecklas så den kan ge en personlig betydelse av hur patienten upplever i sitt liv.

Symboldrama

Symboldrama är en metodspecialisering inom behandlingsområdet kreativt gestaltande terapimetoder. Det gemensamma för kreativt gestaltade metoder är att de är inriktade på icke-verbala tekniker (Theorell, 1998; Englund, 2004). Exempel på kreativt gestaltande terapier kan vara hypnos (Gerge, 2010 a, b), konstterapi (Dalia Avrahami, 2006; Rudstam 2010), musik och dansterapi (Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan (2005), och sensomotorisk psykoterapi (Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton & Pain, 2006; Herman, 2008). Inom kreativt gestaltande terapier och ickeverbala tekniker är det mer ett symbolspråk som kommer till uttryck, både kroppsligt och i bilder. Bildspråket brukar räknas till människans tidigaste språk, och kommer till uttryck i allt från hällristningar och grottmålningar till graffitin på husväggar och tunnelbana. Riedel (1993, s 7) menar att "bilderna är manifestationer av den symbolskapande kraften hos vårt psyke". Hon liknar bildskapandet vid ett sjökort som då hjälper jaget att veta var hon är och att komma vidare framåt. Bilden som sådan kan härbärgera det som annars kan vara svårt att bära och ge uttryck för och kan på så sätt bidra till att stabilisera och hålla ihop det som annars riskerar att falla isär och skapa kaos (Riedel, 1993). Symbolspråket är universellt och överbryggar även människans tidsålder och kan bidra till att öppna upp för nya perspektiv och insikter (Cooper, 1978/1990). Symbolen kan, i sitt rätta sammanhang, vara ett uttryck för en aspekt eller en erfarenhet av livet, så som den erfars och upplevs för individen (Cooper, 1978/1990). I arbetet med regressiva kroppstillstånd betonar Downing (1996) värdet av att också låta patientens inre bilder få utrymme i den terapeutiska processen, de inre bilderna kan bidra med nya infallsvinklar och kan då fungera som terapeutens "bundsförvanter i läkningsprocessen" (Downing, 1996, s 216). Bildspråket/ bildskapandet förflyttar material från den högra hjärnhalvans mer primitiva, sensoriska och känslomässiga kanaler till den vänstra hjärnhalvans tänkande, bedömande, analyserande och beslutsfattande delar. På så sätt blir bildspråket det språk som hjärnans olika delar använder för att "kommunicera med varandra" (Naparstek, 2004, s 150).

Metoden Symboldrama har utvecklats i Tyskland under 1950 och 60-talet av professor HansCarl Leuner (Leuner, 1966/1969, 1984). I Sverige utbildas terapeuter i metoden genom Svenska Symboldramaföreningen (<http://www.symboldrama.se>). Begreppet Symboldrama, (SD) används i Sverige, i Tyskland, Katathymes Bilderleben (KB) och i engelsktalande länder Guided Affective Imagery (GAI) och relaterar till de inre bilder som uppträder i anslutning till affekter (Leuner, 1966/1969, 1984). Behandlingen går till på så sätt att personen under ett avslappnat tillstånd får föreställa sig ett motiv och guidas av terapeuten att utforska det "inre landskapet" och beskriva det hon ser. I början av en behandling används ofta fem standardmotiv, motiv som hämtats från naturen (Nilsson & Wadsby, 2010, Leuner 1984; Wilke, 1997). Ju tydligare den inre bilden blir och det inre landskapet breder ut sig desto djupare tenderar avslappningen att bli och personen i fråga upplever det ofta som att hon är där, i sitt landskap, och deltar i det som spelas upp, som en inre scen (Nilsson & Wadsby, 2010; Leuner, 1966/1969, 1984). Terapeuten finns med vid sidan av och följer det som händer, lyssnar och ställer ibland någon fråga för att tydliggöra till exempel en känsla och har även en stödjande funktion med sin närvaro (Leuner, 1966/1969, 1984; Nilsson & Wadsby, 2010) samtidigt som hon även för anteckningar om vad som sägs. Som ett led i bearbetningen av det som kommit fram under SD ges en hemuppgift att rita/måla en bild av det aktuella motivet. Vid nästa tillfälle diskuteras motivet, den målade bilden med dess symboler och de associationer som dyker upp i sammanhanget (Leuner, 1984; Lindgren, 2000; Ranch, 2010). Den målade bilden blir då en del av den kreativa processen och kan bidra till att "avladda" ångestskapande material/ innehåll. Bilden fungerar även som ett kommunikationsmedel

mellan patient och terapeut och kan även tydliggöra förmedvetna och omedvetna processer (Leuner, 1985/2007). Symboldrama som behandlingsmetod kan bidra till symtomlindring och förbättrad funktionsförmåga för personer med PTSD (Lindgren, 2000; Nilsson & Wadsby, 2010; Ranch, 2010). Användandet av inre bilder under avslappning har en lång tradition inom psyko-terapeutisk behandling (Leuner 1966/1969, 1984; Edwards, 2007; Long & Quevillon, 2009). Med hjälp av SD kan personer med traumatiska upplevelser närma sig sitt trauma i symbolisk form (Sachsse, U. Reddeman, L. 1997), det finns studier som visar på symtomlindring och ökad funktionsförmåga efter avslutad symboldramabehandling (Lindgren, 2000, Nilsson & Wadsby, 2010). Ranch (2010) menar att SD som behandlingsmetod kan vara verksamt vid PTSD som en traumafokuserad terapi men betonar vikten av mer forskning för att klargöra metodens relevans inom detta område. Enligt Wilke (1997) ger de kroppsliga symtomen flera budskap, både som uttryck för en överbelastning och som skydd för jaget mot till exempel ett psykiskt sammanbrott. I den terapeutiska processen i symboldrama kan symtomet mötas på en symbolisk nivå där de inre bilderna stimulerar en inre dialog hos patienten vari även de verbalt kognitiva strukturerna aktiveras. En central betydelse i symboldramabehandlingen är enligt Wilke (1997) att tydliggöra sambandet mellan symptom, symbol och upplevelse. På den symboliska nivån, i fantasin, kan goda objekt skapas och fungera som inre hjälpare (Sachsse & Reddeman, 1997) från tiden före traumat. Det kan då bidra till att stödja utvecklandet av självläkande resurser. I en studie av Lindgren (2000) beskrivs att arbetet med inre bilder upplevdes som lika hjälpsamt som att prata där bilden uttryckte det som inte orden klarade av, att beskriva både minnen och känslor.

Symtombilden vid PTSD är ofta komplex och kommer till uttryck både somatiskt och mentalt/känslomässigt (van der Kolk et al, 1996, 2005, Martineez-Taboas, 2004, van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Somatiskt kan det yttra sig som rörelsehämning, förlust av att känna smärta (analgesi), förlust av att känna sensoriska sensationer (anestesi), kroppsliga uttryck som härrör från traumasituationen och kan komma till uttryck både som sensoriska sensationer och kroppsrörelser (van der Hart et al, 2006). Symtomen är ett adaptivt svar i den situation som de uppstår och fyller då en funktion, att hjälpa individen att överleva i en hotfull och skrämmande situation. Men uteblir inaktiveringen, som vid till exempel långvarig stressbelastning, blir det en överexponering av stresshormoner och orsakar en allostatisk belastning som får patofysiologiska konsekvenser (McEwen, 1997) och kan då även ge upphov till andra sjukdomstillstånd utöver PTSD. I det här sammanhanget finns det ett stort värde i att använda metoder på en ickeverbal nivå, inte minst då det gäller under fas 1 då syftet är att stabilisera och skapa trygghet (Ford et al, 2005; Read Johnson et al, 2009; Gerge, 2010a,b). Utifrån den stressbelastning som traumahändelsen sätter igång är behovet av att lugna och reglera ner stresssystemet en nödvändighet för den fortsatta behandlingen. Kroppsmedvetenhet och kroppskännedomsträning fyller en funktion under alla tre faserna i ett traumafokuserat behandlingsarbete, att både lugna och reglera men även via kroppskännedomsövningar få fatt i implicita minnen som annars inte är möjligt att medvetet ta fram. Genom att integrera tankar, känslor och kropp skapas även möjligheter att träna på färdigheter som att hantera stress, vara mer närvarande i nuet och en ökad tillgång till sig själv och sin kropp. Då symboldrama som metod kan fungera både stabiliserande, avtäckande, konfronterande och läkande kan den vara användbar som metod under samtliga behandlingsfaser.

Utifrån ovanstående bakgrund är PTSD en diagnos som tydligt visar på det neurofysiologiska samspelet när känslomässigt svåra och hotfulla upplevelser aktiverar fysiologiska reaktioner som sätter i gång adaptiva processer som en överlevnadsstrategi. Det är den levda kroppen som ger uttryck för detta samspel och i behandlingsarbetet behöver även den levda kroppen få utrymme så att mening kan skapas på flera nivåer och inte enbart uttryckas via kroppen och som symptom. Med fokus på att utforska upplevelsen av kroppen och det kroppen uttrycker kan den meningsskapande processen beskrivas.

Syfte

Syftet var att beskriva och analysera den meningsskapande processen i ett behandlingsförlopp där symboldrama använts i kombination med kroppsmedvetandeträning (KMT) och medicinsk Qi gong i den sjukgymnastiska behandlingen med en patient som utvecklat posttraumatisk stress syndrom (PTSD).

Metod

Utifrån syftet har en retrospektiv enkel fallstudie med en narrativ ansats valts (Yin 2009, Riessman, 1993). Fallstudien som metod var i psykoterapiforskningens barndom ett vedertaget sätt att presentera resultat (Philips och Holmqvist, 2008). Den narrativa forskningen är inriktad på att förstå processer där berättelsen kan hjälpa till att binda samman det som hänt till en helhet och göra det mer begripligt. Berättelsen förstås inte som sanningsenlig och byggd på ”fakta” utan som en form för meningsskapande i syfte att begripliggöra upplevelser och erfarenheter. Hydén (2008) menar att berättelsen är den form av kommunikation med andra och oss själva som förmedlar ”det mänskliga drama som våra liv utgör” (Hydén, 2008, s 111). Berättelsen har en början, en mitt och ett slut, där det finns en tydlig ordningsföljd (Riessman, 2008b).

Det gemensamma för all narrativ analys är i enlighet med ovanstående att beskriva sekvenser och konsekvenser där meningsfulla händelser väljs ut och struktureras för att presenteras för en speciell målgrupp (Riessman & Quinney, 2005). Den fenomenologiska utgångspunkten är individens egna subjektiva perspektiv och som innebär att med en medveten ansträngning lyssna till de levda erfarenheterna och försöka förstå vad våra upplevelser berättar om. Det fenomenologiska perspektivet speglar ett individcentrerat förhållningssätt där det är personens alldeles egna berättelse som får ta form och representerar individens egen tolkning av sina erfarenheter och händelser över tid (Greenfield & Jensen, 2010) .

Patient och behandlande sjukgymnast

I studien ingår en kvinnlig vuxen patient som har deltagit i behandling hos sjukgymnast och tillika författaren till den här studien. Patienten är en kvinna i medelåldern som kom för sjukgymnastisk behandling på remiss från läkare för det stress- och spänningstillstånd hon utvecklat i samband med ett trauma tre år tidigare. Patienten hade sedan tidigare läkarkontakt

på grund av en arbetsskada i ryggen sedan ett tiotal år tillbaka och var grundligt utredd medicinskt för sitt nya smärttillstånd bland annat med magnetkamera utan anmärkning och medicinerade ej. Patienten var inte diagnostiserad för PTSD men symtombilden stämde in på samtliga kriterier för PTSD, se bilaga 1. Hon erhöll sjukgymnastbehandling under perioden december 2006 till och med november 2010 med totalt 135 behandlingstillfällen. Behandlingen bestod av kroppsmedvetandeövningar, symboldramabehandling, deltagande i kroppskänne- domsträning samt medicinsk Qi gong i grupp.

Den behandlande sjukgymnasten och tillika författaren till den här studien har drygt 20 års klinisk erfarenhet inom området psykisk ohälsa och långvarig smärta och med kompetens i psykoterapeutiskt behandlingsarbete motsvarande steg 1 i psykoterapi sedan 2003. Då behandlingsperioden påbörjades gick den behandlande sjukgymnasten en 3,5 årig utbildning till symboldramaterapeut som avslutades i februari 2009. Symboldramabehandlingen genomfördes under handledning av leg psykolog och tillika leg psykoterapeut med lång erfarenhet av symboldramabehandling och handledning i metoden

Datagenerering och bearbetning

Under själva dramat förde sjukgymnasten anteckningar av det som patienten beskrev och de följdfrågor som hon själv ställde. De handskrivna anteckningarna skrevs sedan ordagrant in i ett worddokument på dator och utgjorde även underlag för handledning. Det narrativa materialet utgår från de ordagrant nedtecknade "berättelser" som varje enskilt symboldrama utgör. Från den kroppsmedvetande träningen finns ej så detaljerade anteckningar utan de var mer summariska. Fokus i studien är därför främst från symboldramabehandlingen med 22 symboldramamotiv (bilaga 3) samt de målade bilder som patienten gjorde i anslutning till motiven då det funnits ett rikligare material att tillgå. Efter varje avslutat drama gjorde patienten en bild som togs med till nästa behandlingstillfälle för att gemensamt med sjukgymnasten betrakta bilden och tydliggöra symbolinnehåll och lyfta fram känslor och tankar som kan ha dykt upp i anslutning till motivet och målandet av bilden. En sammanfattning av dessa behandlingstillfällen skrevs i anslutning till behandlingen och även de fungerade som underlag för handledning. Vissa av motiven har behövt flera tillfällen för att bearbetas. Sammantaget utgörs datamaterialet av anteckningar och bilder från totalt 113 individuella behandlingstillfällen under perioden december 2006 till och med november 2010. Insamlad data organiserades i en fallrapport som analyserades enligt nedanstående process och sammanfattande berättelse av behandlingsförloppet med fokus på den meningsskapande processen.

Genomförande av patientens behandling

Fas 1. Inledning, orientering och stabilisering med kroppsmedvetande träning (KMT)

De första behandlingstillfällena bestod av två bedömningstillfällen i december 2006 som sedan följdes av sju tillfällen med kroppsmedvetandeträning (KMT). I bedömningen ingick bland annat att skatta självbilden utifrån Strukturell Analys av Socialt Beteende (SASB)

(Benjamin, 1996; Armelius & Armelius, 2000; Armelius, 2001; Malmgren-Olsson, Armelius & Armelius (2001). Resultatet visade på en starkt negativ självbild, se bilaga 6-7. Den kroppsmedvetandeträning som används i denna studie är inspirerad av Basal Kroppskännedom (BK) (Roxendahl & Winberg, 2002) och den behandlande sjukgymnasten har terapeutisk kompetens motsvarande steg 1 i metoden BK sedan år 1996. Övningarna bestod av liggande övningar i syfte att med kroppen ta kontakt med underlaget och uppleva hur den kontakten kändes, eventuell anspänning och sidoskillnad, att vara medvetet närvarande under övningen och observera sin andning. Stående och gående övningar med fokus på relation till underlaget, eventuell sidoskillnad, upplevelse av sin mittlinje och centrum för att så småningom hitta en jämvikt och spänningsbalans i stående och vid gång, även här var fokus på medveten närvaro och andning. Syftet med övningarna var att orientera sig i sin kropp, få en ökad medvetenhet om kroppen men även träna på förmågan att vara medvetet närvarande i övandet och kunna använda andningen som ett redskap för spännings- och ångestreglering. I denna fas av behandlingsarbetet ingick även psykoedukation, som en pedagogisk intervention, för att beskriva hur kroppen fungerar och reagerar utifrån ett biopsykosocialt och fenomenologiskt perspektiv.

Fas 2. Traumabearbetning med symboldrama (SD)

I februari 2007 påbörjades symboldramabehandling som pågick fram till och med december 2008 med totalt 78 behandlingstillfällen, en gång i veckan, totalt 21 motiv med i genomsnitt ett motiv i månaden. Varje behandlingstillfälle inleddes med en kort lägesavstämning därefter fick patienten ligga ner och guidades i en avslappning innan motivet introducerades. Den behandlandes sjukgymnasten satt i en stol bredvid och förde anteckningar över det som sades under själva symboldramamotivet, både vad patienten sa och de egna kommentarerna och frågorna. Varje motiv tog 20-30 minuter i genomsnitt och därefter avslutades behandlingstillfället. Patienten uppmanades att göra en bild till nästa tillfälle och ta med sig. Det första motivet var "Blomman", för övriga motiv se bilaga 3. Nästkommande tillfälle hade patienten med sig en bild, för exempel se bilaga 4 och 5. Vid detta tillfälle sattes bilden upp på väggen och sjukgymnasten inledde oftast med en öppen fråga kring patientens egna tankar och känslor kring sin bild, därefter följde ett resonemang kring bilden, symboler i bilden och det genomförda dramat samt motivet. Patienten har tolkningsföreträde men sjukgymnasten framförde även sina egna associationer kring bilden och symbolerna. På så sätt blev de efterföljande behandlingstillfällena efter ett drama en möjlighet att även reflektera över tankar och känslor som kan ha dykt upp efter själva dramat och mellan behandlingstillfällena. I detta sammanhang blev även kroppsliga sensationer och reaktioner föremål för reflekterande.

Fas 3. Integrering med stödjande samtal, KMT och Medicinsk Qi gong

Perioden januari 2009 till och med november 2010 bestod av individuella stödsamtal varvat med KMT och medicinsk Qi gong individuellt och i grupp, 26 tillfällen individuellt och 22 gruppstillfällen. Både samtalen och övningarna med kroppen fungerade här som stöd och psykoedukation i den fortsatta processen, att försöka förstå och införliva det som hänt på flera nivåer samt förebygga, lugna och reglera ner stresspåslag. Inom ramen för KMT har även olika avslappnings- och andningsövningar samt övningar speciellt inriktade på medveten

närvaro använts. KMT har tillämpats individuellt och i gruppträning. Gruppträningen har varat en timme, en gång i veckan med totalt 13 gruppstillfällen. Medicinsk Qi gong är en kroppskännedomsmetod med rötter i Kina och den traditionellt kinesiska medicinen (TKM), där mjuka rörelser kombineras med medveten närvaro och stillhet. Det speciella med Qi gongövningar är dess flerdimensionella effekter och passar därför bra in i det sjukgymnastiska verksamhetsområdet (Posadzki, 2009). Det finns olika Qi gongformer och i denna studie var det Qi gong enligt Biyunmetoden (Fan Xiulan, 2000) som användes i gruppträningen. Den behandlande sjukgymnasten är diplomerad instruktör i medicinsk Qi gong enligt Biyun, steg I sedan år 2000. Studier visar att Qi gongträning enligt Biyunmetoden kan minska stress och stärka självbilden (Terjestam et al, 2010) samt stärka motståndskraften mot vardagliga stressfaktorer (Johansson, Hassmén, & Jouper, 2008). Qi gongmetoden introducerades i gruppträning, 1,5 timme/tillfälle, två gånger i veckan med totalt 10 tillfällen under våren 2010. En tillhörande cd med intalade instruktioner och musik för självträning hemma har ingått i Qi gongträningen. I detta sammanhang fungerade Qi gongövandet som en fördjupad kroppskännedomsträning och för att ytterligare lugna och reglera stresspåslag. Ett avslutande symboldramamotiv satte punkt för behandlingen i november 2010.

Analys

Just valet av analysmodell kan göra skillnaden mellan en redogörelse och en berättelse enligt Mischler (1997). I denna studie har analysarbetet inspirerats av Labovs analysmodell (Riessman, 1993, Johansson, 2005) så som Riessman beskriver den (1993, s 59). Enligt denna modell organiseras texten i form av en inledning som beskriver vad berättelsen handlar om, en orienterande sekvens och därefter en redogörelse av händelseförloppet, en utvärderande sekvens som svarar på syftet, som utgör själva poängen i berättelsen samt en avslutande del som svarar på frågan; Vad hände till slut?

I denna studie har det varit det fenomenologiska perspektivet på meningsskapande som varit vägledande; upplevelsen av kroppen. Då syftet med studien var att beskriva och analysera den meningsskapande processen i ett behandlingsförlopp har följande frågor i analysen av data varit vägledande för att försöka förstå och beskriva den processen:

- Hur uttrycker sig kroppen och symtombilden under behandlingsarbetet?
- Vad vill kroppen berätta med sina symtom?
- Vilken mening har symtomen?
- Hur kan symtomen som symbolik tolkas och förstås?
- Vad händer med symtombilden då dess ursprung tydliggörs i behandlingen?
- Hur ser den meningsskapande processen ut?

I enlighet med Labov har en strävan varit, vid i sammanställningen av analysen, att få en sammanhållen berättelse och inte splittra upp berättelsen i kategorier. Behandlingssekvenser som valts ut och fogats samman till en berättelse är representativa för att beskriva hur det kroppsliga uttrycket bidrog till meningsskapande i den terapeutiska processen. Sekvenserna i berättelsen följer en kronologisk ordning.

Trovärdighet, tillförlitlighet och meningsfullhet i narrativa studier

Det som utmärker en fallstudie är att den fokuserar på berättande detaljer (Riessman, 2008a). Riessman menar vidare att fallstudier ger kontextberoende kunskap som historiskt sett

bidragit till vetenskaplig utveckling inom många områden. Enligt Riessman (1993, 2008a, 2008b) förutsätter inte narrativ analys någon objektivitet, utan att det finns flera sanningar då det gäller att bedöma och analysera personliga berättelser. Det gör också att det heller inte finns något vedertaget koncept för validering av narrativa analyser. Lieblisch et al (2008) har tagit fram en modell samt kriterier som visar på olika möjligheter som kan vara till hjälp för att läsa, tolka och analysera narrativt material. Förutom tillförlitligheten i själva forskningsproceduren granskas den narrativa studiens vidd relaterat till innehåll, mångsidighet och dess sammanhang. Vidare trovärdighet och relevans - om tolkningen bildar en fullständig och meningsfull bild samt om berättelsen bidrar till några nya insikter.

Etiska överväganden

Föreliggande studie har ej genomgått för forskning etisk prövning. Patienten är tillfrågad och har informerats muntligt och skriftligt om studiens syfte (bilaga 2) och har godkänt att det insamlade materialet och journalanteckningar får användas i föreliggande studie. Allt insamlat material har behandlats konfidentiellt vilket innebär att patienten bevarar full anonymitet och att identifierbar data uteslutits eller skrivits om för att skydda patientens identitet. I föreliggande studie är behandlande sjukgymnast och ansvarig för studien samma person. När studien påbörjades var behandlingskontakten avslutad.

Resultat

Inledning

Patienten, som i studien kallas för Maja, är en kvinna i medelåldern som bor ute på landsbygden. Tre år innan hon kom till den behandlande sjukgymnasten hade hon blivit träffad av en rickoshett i samband med att jakt bedrevs i närheten av hennes hus. Hon ådrog sig inga synliga skador men blev ordentligt chockad. I samband med rickoshetten var det ingen jägare som gav sig tillkänna. Maja var både chockad och upprörd över det som hänt och ringde till polisen. De poliser som kom och tog upp anmälan la ner utredningen och någon jägare trädde aldrig fram och tog på sig ansvaret för vådaskottet. Jaktlaget har fortsatt att bedriva jakt intill hennes gård. I den efterkonstruktion som Maja gjorde tillsammans med den behandlande sjukgymnasten blev det mer och mer tydligt för Maja att hon stötte på jägaren efter rickoshetten och att han då siktade på henne med sitt vapen. Då Maja redan var chockad och upprörd blev den upplevelsen troligen för mycket för Maja att ta hand om emotionellt och hon hade inga tydliga minnesbilder från den situationen att ta fram. Senare i behandlingen framkom det, i samband med kroppsörelser och kroppsminnen, tydligare minnesbilder men som inte var möjliga för Maja att ta fram på en medveten nivå, explicit. Berättelsen som följer nedan beskriver hur Majas kroppsliga symtom vägledde henne att närma sig sitt trauma och göra det fattbart och möjligt att ta in, även på en medveten nivå. Kommentarer i texten utgår från de anteckningar som sjukgymnasten förde i anslutning till varje behandlingstillfälle.

Behandlingsprocessen

December 2006

Maja hade under tre års tid försökt att hantera sin stress och ångest genom hårt fysiskt arbete i sin trädgård, fårskötsel och med en av sönernas hästar, ett arbete som hennes kropp egentligen inte klarade av på grund av en tidigare ryggskada men under de här sista åren hade inte smärtan hindrat henne, hon var som avstängd. I hennes symtombild ingick sömnstörningar, anspänning, irritabilitet, koncentrationsstörningar, ”skvatträdd”; att hon hoppade till vid plötsliga ljud, en ständig vaksamhet men även ätstörningar. Hon hade plågsamma minnesbilder från händelsen, mardrömmar om det som hänt och det mest påtagliga så kallade ”triggers”; starka kroppsliga reaktioner när hon kom i kontakt med obehagliga känslor (rädsla/dödsångest) som var kopplade till händelsen tre år tidigare. När Maja kom till den behandlande sjukgymnasten upplevde hon att kroppen började ta slut, hon orkade inte arbeta så hårt längre men klarade heller inte av att hantera sin ångest. Majas mål med behandlingen var att hon ville hitta tillbaka till sig själv igen, kunna slappna av, ha ett liv och att slippa oron.

Januari 2007

Den inledande behandlingen bestod av kroppsmedvetandeträning. Maja blev medveten om att hon inte var närvarande i sin kropp, hon upplevde en stark obalans mellan höger och vänster sida, och beskrev att hon ständigt snubblade och stötte emot möbler. I samband med kroppskännedomsrörelserna kom Maja också i kontakt med ett kroppsminne från händelsen där kroppen reagerade starkt och gick in i en försvarsposition, framför allt reagerade hennes ben. Den behandlande sjukgymnasten gick under utbildning till symboldramaterapeut och Maja kom att bli hennes första patient i symboldrama med stöd av en erfaren handledare. Syftet med symboldramabehandlingen var att ge Maja en möjlighet att på symbolisk nivå möta sin traumatiska upplevelse för att få möjlighet att bearbeta och integrera den och komma vidare med sitt liv. Det liv hon haft de senaste tre åren var inget liv sa hon.

Mars 2007

Maja har deltagit i två symboldramamotiv; Blomman och Ängen. Hon tycker att det känns rätt så bra och upplever att benen känns bättre, de är som hennes gamla ben. Den smärta som hon tidigare haft från knäna och neråt har hon inte känt av och hon har också sovit lite bättre. Nedan följer utdrag från anteckningarna till motiv tre, "Bäcken". Maja berättar;

Något står och siktar på mig. Men ingen oro, Det är en svart punkt, känslan är sådan, jag skulle vilja backa, men det är stabilt, jag befinner mig där. Det finns ett vapen någonstans. Gör ont i höger ben. Vapnet är på vänster sida, jag står på höger sida av bäcken. Mot horisonten över blommorna finns ett vapen, en svart punkt som en mynning. Den har ännu inte kommit mot mig, men den finns där. Blommorna finns fortfarande kvar men det är inte grönt runt omkring. Nu börjar känslan i höger ben som förut, stumhet, det gör ont upp mot knäet. Förändrat, i vänster ben, det är kortare mot höger, ner till knäet ungefär och där sitter foten. Det gör väldigt ont i höger ben, underben upp till knäet, stumhet.

-Vad vill du göra? undrar sjukgymnasten

Stå kvar, utmana mig själv. I grunden finns en rädsla, måste övervinna rädslan, står kvar, nyfikenhet. Bilden som spelas upp för mig nu är som den bilden då när jag letade efter bilen, nu är en mynning med, den svarta mynningen, borta i horisonten, jag backar inte.

(Maja syftar på den situation som hon tror sig varit med om efteråt, efter att skottet gått av och ingen jägare gav sig till känna och som hon tidigare berättat om. Hon var på vägen, gick ensam mot grannens lada, där står jägaren vid sidan av ladan och riktar vapnet mot henne. Det här har hon egentligen ingen minnesbild av men något år efter traumat kom det upp då hon försatt sig själv i ett avslappnat läge för att försöka komma ihåg vad som hände, eftersom hon hade så många "mörka fläckar", då kom den här bilden väldigt tydligt för henne.)

-Du backar inte? undrar sjukgymnasten

Jag står kvar, läget är låst, nyfiken, orolig, rädd, låst vid mynningen

Kommer ingenstans, är fixerad vid mynningen, färgen på blommorna finns kvar

Ont i höger ben, det här kommer nu (visar en knuten näve) kan krama vad som helst (drar armen med knuten näve mot sin kropp). Helst skull jag vilja göra så här, vrida upp benet, kan jag det?

-Gör vad du behöver säger sjukgymnasten

Jag vrider (hon böjer sitt hö ben utåt sidan)Nu mattas bilden av, bilden är inte lika stark, bilden förändras.

Jag lägger tillbaka benet (hon sträcker ut det). Då återkommer den, benet tar över, bilden är tillbaka, mynningen i horisonten. Bäckan fortsätter att rinna, fint och klart. Kallt vatten.

I ett telefonsamtal till sjukgymnasten två dagar efter dramat berättar Maja att hennes hand svullnat upp dagen efter hon gjort dramat. Hon berättar att hennes högra hand är så svullen att hon inte kan använda den, det är rött och svullet och gör ont om hon ska använda den, är den i stillhet går det bra. Så hon klyver ved med vänster hand! Hon säger att det känns som om det inte blev färdigt under dramat, och hon sätter själv den svullna handen i samband med dramat. Hon ville ringa och berätta detta. Sjukgymnasten förtydligar ”du vill dela detta med mig” samtidigt undrar hon om Maja målat bilden. Nej, hon har känt sådant motstånd mot att sätta sig att göra det, det var så jobbiga bilder som dök upp. Sjukgymnasten uppmuntrar henne att göra en bild. Maja kontrar med att hon inte kan hålla i en penna, hon kan inte ens ha en cigarett mellan fingrarna, så svullna och onda är de. Och så känner hon ett så starkt motstånd till att konfronteras med bilderna från dramat. Sjukgymnasten hänvisar då till den förra bilden, motivet Ängen, och hur Maja även då kände motstånd att göra en bild och hur det kändes efter att hon gjort den. Jo, hon kan nog kanske rita med vänster hand. Maja ritade bilden på kvällen, satte blyertspennan mellan sina stela och svullna fingrar, först blev det väldigt svaga streck men ju mer hon ritade så blev det mer tryck i pennan. Dagen därpå var svullnaden helt borta. Det hon noterade på sin hand var att det fanns ett rött märke vid tumgreppet ”Som om jag blivit träffad av något”.

Kommentar

I samband med motivet "Bäckan" kom Maja i kontakt med en djupare känsla av att ha varit hotad till livet, två gånger under en väldigt kort tid. ”Det var då jag lämnade kroppen” berättar Maja efteråt då hon och sjukgymnasten träffas för att bearbeta det som kommit fram under dramat med hjälp av bilden (bilaga 4) som Maja målat. Maja beskriver den känsla hon hade i samband med vådaskottet, upplevelsen av att ha lämnat sin kropp, som om innehållet i kroppen trycks ut men benen står kvar. Det hon minns är en som ”en grå tunnel” och att det var en härlig upplevelse som hon ville vara kvar i och hur smärtsamt det var när hon återigen tog plats i sin kropp. Kan det hon här beskriver vara en ”nära döden upplevelse” hon fick i samband med vådaskottet? Bilden visar hur hon står i skottgluggen och hur kulan är på väg mot henne, mynningen är de två hålen men jägaren syns inte till. I den första händelsen, vådaskottet, så var jägaren dold av träden i skogen och gav sig aldrig till känna. Från den andra händelsen då hon mötte jägaren har hon inga tydliga minnesbilder. Men kroppen minns det tydligt och det är kroppen som reagerar under dramat. Under dramat hade Maja knutit sin näve och fört den mot bröstet i samband med att hon befann sig i skottgluggen. Här kan hon ha kommit i kontakt med upplevelse av den första händelsen då jägaren sköt och att skottet då snuddade vid hennes hand, därav det röda märket på handen. Men den bild som kom för henne under dramat var från den andra händelsen när jägaren riktade sitt vapen mot henne. Upplevelsen under dramat var att läget var låst, hon kom ingenstans, hon ville fly men benen stod kvar. Under dramat rörde hon också på benen som om hon ville ta sig därifrån. Det blev en ”frusen bild” som sedan funnits kvar, att vara ett viltbråd och inte kunna skydda sig, det är förmodligen också en beskrivning av hur hon då dissocierade. Motivets "Bäckan" bidrog till att

Maja mycket påtagligt kom i kontakt med sitt trauma; att vara hotad till livet! Den tolkning som gjordes vid efterbearbetningen var att hon i dramat kom i kontakt med sin dödsångest, ”vad hade hänt om jag blivit träffad”. Maja berättade att hon under veckan tänkt mycket på vad som hade hänt om skottet nått fram till henne. Det hade funnits med en stark rädsla hos henne att möta den känslan hos sig själv, vad kunde hända då, om hon släppte fram den? ”Hon (sjukgymnasten) ser nog till att jag inte hamnar på mentalsjukhus” tänkte hon. I bilden hon gjort fanns även blommorna med, som var rosa lila till färgen, vad symboliserade de? Hon hade tänkt på det sa hon och trodde att de ville symbolisera livet, det fanns ingen direkt god känsla till dem sa hon men ändå var det något som var bra med att de fanns där. Reaktionen i hennes hand var en försvarsreaktion, ett motstånd mot att släppa fram de jobbiga bilderna och komma i kontakt med sina känslor. Det var viktigt för henne att få dela detta med sjukgymnasten medan det fortfarande pågick, hon kunde inte vänta till nästa tillfälle. I dramat och bilden (bilaga 4) hon gjorde fanns sjukgymnasten med på den symboliska nivån genom blommorna (sjukgymnasten bar ofta kläder i rosa och lila färger). I dramat stod blommorna vid bäcken, mellan henne och mynningen, som ett skydd. Hon hade ju också tänkt att sjukgymnasten skulle se till att hon inte hamnade på mentalsjukhus, om hon ”bröt samman” skulle sjukgymnasten finnas kvar och skydda henne.

Juni 2007

När Maja kommer till sjukgymnasten denna gång har hon det väldigt besvärligt med kroppen, hade det inte funnits hiss hade hon inte kommit säger hon. Det är framför allt de sista dagarna som varit besvärliga, som om hon går runt och släpar på sin kropp. Men hon känner sig inte stressad över det, sjukgymnasten får upplevelsen av att Maja mer vill få bekräftelse på att det är en del av processen. I motiv nummer fem, Huset, kommer Maja i kontakt med den andra händelsen, mötet med jägaren, som hon inte hade några direkta minnesbilder av mer än att något hände där. Något som känts hotfullt och den kroppsliga reaktionen hade tidigare funnits med som minnesfragment som hon inte hade kunnat sortera in var de hörde hemma. Den första händelsen hade hon tydliga minnesbilder av och den kunde hon beskriva utan att hennes kropp reagerade kraftigt och det var också den händelsen som polisanmälades. Men i detta drama kom hon i kontakt med en hotsituation som utspelade sig efter den första händelsen och som innehöll ett starkt dödshot. Det bidrog till att hon dissocierade, rullgardinen som drogs ner, samt att hon ”frös bilden”;

”Om jag står precis stel och stänger av. Då mår jag bra i kroppen. Dra ner rullgardinen för bilden, helt stel så går det bra.”

Kroppsmminnet gav uttryck för händelsen och på så sätt kom Maja också i kontakt med den känsla hon dissocierat. Då hon drog ner rullgardinen, dödshotet, att känna sig hotad till livet:

”Han siktade på mig som om han skulle skjuta mig”.

Det hade hon tidigare inte kunnat uttala men i efterbearbetningen när hon sa det blev det så uppenbart för henne. I den första händelsen var hotet och vapnet inte riktat mot henne, hon råkade komma i vägen då en jägare sköt mot ett rådjur. Men vid ladan, var det henne som skytten siktade mot;

”Oh, nu blir jag så där, sjunker ihop, sätter mig ner på huk”.

Kroppsmminnet var från den händelsen, då kroppen gick in i gick in i en kraftig stressreaktion, ett adaptivt svar på en hotsituation, för att klara sig ur faran och det kände Maja igen. Just den reaktionen i kroppen var något som hon återkom till vid flera tillfällen då hon kom i kontakt med något som kändes hotfullt, kroppen reagerade innan hon på en reflekterande medveten nivå kunde ta in känslan. Veckan efter det dramat var hennes ångest mer påtaglig med illamående, svårt att andas, yrsel, ont i bröstet, obehag och olust men också stunder av lugn då känslan av stress var mindre än tidigare.

Kommentar

I slutet på juni var sjukgymnasten hem till Maja och tillsammans gjorde de en efterhandskonstruktion av händelseförloppet. Från vådaskottet och Majas reaktion i samband med det till hotet vid ladan samt efteråt när polisen kom ut och tog upp anmälan. Genomgången av händelserna innebar en stark anspänning för Maja men samtidigt en lättnad och bekräftelse, som om sjukgymnasten blev ett vittne till det som hänt. Både före och under genomgången reagerade Majas kropp, framförallt i situationen vid ladan där hon hade träffat på jägaren och han siktade mot henne.

September 2007

Maja gjorde motivet Huset en gång till som blev ett väldigt starkt drama där Maja återigen kom i kontakt med det känslomässiga minnet av att jägaren siktat på henne med sitt vapen efter vådaskottet. I samband med det kunde Maja också beskriva, på en symbolisk nivå, hur hon dissocierade från det minnet för att inte tappa kontrollen och på så sätt klarade hon sig från att inte bli ”galen” som hon själv uttryckte det. Efter det kommer Maja på sin avtalade tid med sjukgymnasten och säger att hon hade svårt att ta sig dit den dagen. Hennes vänstra ben bar henne inte då hon skulle gå ur bilen, hela benet var stumt och det pirrade och värkte, knäet kändes svullet och hon hade även ont i ryggen. Hon kände sig väldigt irriterad också, hade vaknat med den känslan. Hon hade egentligen inte velat åka till sjukgymnasten, försökte hitta på ursäkter att slippa, hoppades på bensinstopp eller något på vägen dit. Vad handlade detta motstånd om undrade sjukgymnasten, hon hade även tidigare märkt av en viss irritation från Maja.

Under samtalets gång tydliggörs den sårbarhet som Maja känner och rädslan för att bli övergiven i den process som startats upp i och med att de började med symboldrama-behandlingen. Det Maja gått och funderat på var att det kunde ju faktiskt hända sjukgymnasten något, tänk om hon dör, vad gör Maja då? Hon var ju den enda som lyssnat och den enda trygghet Maja hade just då. För sjukgymnasten blev det då väldigt tydligt hur viktig deras allians var för Maja men också att det behövdes tydligare ramar för deras fortsatta arbete. Sjukgymnasten förtydligade sina avsikter med deras behandlingskontakt och de enades om att symboldrama behandlingen skulle avslutas i december 2008. När de avslutade sitt samtal var Maja nöjd och lugn, kände sig inte osäker längre över vad som gällde, symtomen i benen hade klingat av och hon kunde gå obehindrat därifrån.

Kommentar

Återigen fungerade de kroppsliga symtomen som en överföring i den terapeutiska kontakten som blottlägger Majas känsla av att vara sårbar och övergiven. I mötet med sjukgymnasten fick de ta plats och kunde också verbaliseras och inte enbart uttryckas på den kroppsliga nivån. När Maja kunde ge verbalt uttryck för sin rädsla var den inte längre lika hotfull.

November 2007

Maja upplever att det känns rätt så bra, hon är närmare sina känslor säger hon men det får också konsekvenser. Kroppen börjar återgå till hur den var före traumat, hon orkar inte lika mycket fysiskt som hon klarat av under de senaste åren, då hon varit mer avstängd mot både sin kropp och sina känslor. Hon känner igen sina gamla krämpor säger hon, så som det var innan traumat, får domningar och känner kraftlöshet, har inte samma uthållighet. Det är som om kroppen mer får vara som den är, en kropp. Den behöver inte bära på allt längre.

Kommentar

Symboldrama behandlingen fortsätter och Maja känner sig tryggare med metoden men tvivlar fortfarande på om det som hänt verkligen är sant. "Siktade jägaren verkligen på henne?" Det verkade så ofattbart, kunde det verkligen vara sant.

Juni 2008

När Maja kom till sjukgymnasten denna gång var hon riktigt förbannad, en ilska som var riktad mot jägaren, som hon ville träffa och ställa till svars. Valet av motiv denna gång kommer ur den reaktion som Maja fick då hon på en medveten nivå försökte beskriva sin upplevelse;

"Jag litar inte riktigt på vad jag kan ta mig, jag skulle vilja träffa honom, ställa honom till svars."

När hon då som förslag fick att göra ett drama av detta, att träffa jägaren, reagerade kroppen direkt. Maja fick en kraftfull reaktion i kroppen, framför allt i benen, samma symtom som hon tidigare fått några gånger. Det var som om något stryps åt, en fruktansvärd smärta, främst i vänster ben, hon kunde inte röra på det, än mindre stödja sig på det. Hon satt i stolen och formligen vred sig i plågor. Det var så här hennes kropp reagerade då skytten siktade på henne och hon fick kontakt med sin dödsångest. Något hade hon reagerat på som väckte upp kroppsminnet igen av att känna sig hotad. Hon var rädd för att inte ha någon kropp, inte kunna röra sig, försökte att vinkla upp vänster foten men det gick inte. Höger fot kände hon och kunde röra på men inte vänster, den var precis kall. "Helst skulle jag vilja dra upp benet under mig" och när hon ställde sig upp på huk, på vänster knä med höger fot i golvet lättade smärtan något i vänster ben, hon kunde känna foten igen. Samma ställning intog hon då hon mötte skytten vid ladan. Hon haltade fram till sängen för att göra motiv 17, "Möte med Jägaren". I dramat mötte hon återigen jägaren vid ladan (som i motivet Huset) och klarade av att stå kvar och möta både sin rädsla och ilska utan att kroppen fick en stressreaktion.. Hon avslutade dramat med att förvandla skytten först till en liten fågelunge (fågeln hade tidigare varit med i ett annat drama) som sedan blev en liten boll som rullade iväg, den rullade bara bort och försvann. "Han är borta....." Efter dramat ställde sig Maja upp;

"Åh vad skönt, kroppen är här, benen, knäna, armarna, jag kan stå,(ställde sig upp, gick med raska steg ut i hallen). Jävlar vad skönt, Tack så mycket!"

Med rak hållning och bestämda steg gick hon ut från mottagningen, den svåra smärta som hon tidigare visade upp verkade vara som bortblåst.

Kommentar

Maja var ännu inte färdig med sitt trauma, hon hade svårt att fullt ut acceptera, på en medveten nivå, att det hade hänt och att klara av att möta sin rädsla. Den ilska hon kände var även riktad mot sjukgymnasten som trodde på henne samtidigt som avslutet dem emellan närmade sig. Fortfarande fanns rädslan kvar i kroppen, hon kom inte riktigt förbi den, hade inte kontroll över den, rädslan styrde henne via kroppen. Hur skulle hon klara sig själv, "Jag litar inte riktigt på vad jag kan ta mig för"? Det var en oerhört stark fysisk smärta hon kände då hon satt där i stolen och vred sig i plågor. I efterbearbetningen av motivet "Mötet med jägaren" bekräftade Maja att hon inte längre upplevde honom som något hot, han var inget utan sitt vapen så hon och då återkom den sköna känslan i henne, befriande. Trots de minneslucker hon haft kring vad som skedde efter vådaskottet började hon nu få ihop en mer sammanhållen bild av händelseförloppet. Det var inte längre lösa fragment utan en mer sammanhållen historia och var då inte längre lika hotfull. Det var då, inte nu så hon:

"Det har hänt, något som jag får lära mig att leva med."

September - december 2008

Maja kände fortfarande av sitt vänstra ben, oftast vid oro eller obehag så reagerade benen. Bara genom att prata om det kunde hon förnimma pirringar i vänster ben, som ett kroppsminne där det hon varit med om fanns lagrat i kroppen. Men som hon nu lättare kunde möta och förhålla sig till på en mer medveten nivå. I de fyra återstående motiven under hösten 2008, "Gå in i en blomma", "Grottan", "Kärret" och "Titta ut genom ett fönster", förstärktes hennes självtillit och tillförsikten inför framtiden ökade. Inför det planerade avslutande tillfället hade stressnivån ökat något och hon hade huvudvärk innan hon kom, men benen fungerade som de skulle. Hon tolkade det själv som anspänning inför avslutet, när hon gick sa hon; "Nu ska jag gå ut i mitt liv".

Kommentar

De sista symboldramamotiven var mer integrerande och lugnande till sin karaktär. Fram för allt i motivet "Kärret" som hon beskriver som att; "vattnet är väldigt klart för att vara ett kärr, det är harmoniskt, här kan man glömma tiden, kan stå här länge och titta ut över kärret." I den efterföljande bilden hade hon avbildat sig själv, dels som en streck gubbe som stod stadig men också sittandes avslappnat på ett berg i närheten av kärret. Grodorna och näckrosorna fanns med och solen sken. Det fanns också med en positiv känsla då hon gjorde bilden, hon ville inte visa den för någon annan, som om hon ville skydda den. Enligt Biedermanns symbollexikon (Biedermann, 1995) kan grodan var en "symbol för den ständigt självförnyande livsprocessen" (Biedermann, 1995, s 147). I sagans värld kan grodan förvandlas till prins och på så sätt vinna anseende. För Majas del hade hon i dramat fått fatt i en känsla av mer regressiv karaktär där arkaiska behov tillfredställdes vilket kan inverka på det autonoma nervsystemet och skapa en intensiv upplevelse av säkerhet, trygghet och välbefinnande (Wilke, 1999). Bilden som sådan gav också uttryck för det och under dramat beskrev Maja också en känsla av harmoni. Kroppen hade först gjort motstånd och velat gå in i ett försvar men sedan gett med sig, och dramat kom att ge upphov till det som även kan kallas för en terapeutisk regression. Regressionen kan då upplevas som mycket angenäm och välgörande. Maja själv beskriver det som "att återgå till den jag var innan".

Januari 2009 – September 2010

Symboldramabehandlingen avslutades i december 2008 och Maja hade då genomfört 21 dramer. Därefter hade Maja och sjukgymnasten fortsatt kontakt men mer sporadiskt under våren 2009. De fortsatte att arbeta med kroppskännedom- och avslappningsövningar. Majas stresssystem var fortfarande sårbart och lättretat vilket störde henne. Under hösten 2009 och våren 2010 deltog Maja i gruppträning med inriktning på KMT och medicinsk Qi gong. Det fungerade bra även om det till en början var tufft för henne då hon fick koncentrera sig så mycket på att vara närvarande i sin kropp och träna på att inte gå över sina gränser. Men det gav resultat och sensommaren 2010 kände Maja att hon var mer i balans med sig själv, en ökad kroppsmedvetenhet och stresssystemet triggades inte i gång av vardagshändelser. Hon upplevde att hon fått med sig redskap inte minst då det gällde Qi gongövningarna som hon fortsatte att öva hemma regelbundet och som hjälpte henne att balansera stresssystemet.

Kommentar

Kontakten mellan sjukgymnasten och Maja avslutades inte i samband med att symboldramabehandlingen avslutades. Maja var fortfarande i behov av stöd, hennes stresssystem var sårbart även om hon känslomässigt och på en medveten nivå var mer i balans med sig själv. Sjukgymnasten tolkade det som att stresssystemet som varit belastat så länge behövde mer tid för att läka, Maja hade under så lång tid levt på en hög stressnivå. Behandlingen gick in i en ny

fas, att acceptera det som hänt, vara i sin kropp och möta sina känslor och kroppsliga reaktioner, att leva i en vardag. I denna fas hade Maja stor hjälp av KMT och Qi gongträningen, övningarna bidrog till fortsatt stabilisering och att lugna ner och reglera stressystemet.

Oktober 2010

I samband med att älgjakten ska starta hösten 2010 ringer Maja till sjukgymnasten då hon fått så kraftiga reaktioner i sin kropp, hon känner igen reaktionen från tidigare, den har reagerat som om den känner sig hotad men på en medveten nivå vet hon att hon inte behöver känna så. När Maja kommer till sjukgymnasten går hon mycket försiktigt, hon har svårt att stödja på benen, det är framför allt knäna som inte bär henne. Hon visar upp sina ben som är fulla av blåmärken på grund av att hon snubblat så mycket, då hon inte fullt ut haft rörelsekontroll. Det var svårt för henne att köra hit i bilen då ögonen också är påverkade, hon kisar och det känns som om det är en hinna som skymmer sikten. Maja beskriver det som att det är en konflikt mellan två känslor, på höger sida finns aggressiviteten och på vänster sida rädslan. Denna gång handlar det inte om sitt tidigare trauma säger hon utan det handlar om nu. ”Vad kan han ta sig till”? Hon menar jägaren som fortfarande deltar i jaktlaget som har marker som gränsar till Majas gård. Maja känner sig skyddslös och otrygg hemma och har inte tillgång till sin kropp. Hon säger att hon vill möta sig själv i ett drama. Det blir det sista motivet; "Ta emot den bild som kommer".

Jag har fruktansvärt ont här (hon gestikulerar mot höger sida av ansiktet), ögat trycker och höger ben är tjockt, från knät och neråt. Vänster ben är smalt och längre, det är två olika smärtor. Höger är svullet, en smärta som.. det känns som att den ska explodera. Vänster är tunt och väldigt ont, båda benen vill dra upp sig.....Det som kommer är...att han laddar...jag är så oskyddad, vet inte var han befinner sig, känslan är att han är borta, ser honom inte, han är i skogen. Jag kan inte gömma mig bakom något, är oskyddad. Det känns som om jag åker i högt gräs, så här liten (visar mellan fingertopparna)....åker. Han finns överallt, jag vet inte var han är, han kan inte sikta på mig, ser mig inte. Som en kurragömmalek, han är hotet för mig, ska jag låta honom skjuta mig, ska jag vara kvar, ska jag låta honom skjuta mig så att det är över. Ont i hela huvudet. Ska jag ge upp, ska han få syn på mig....Nu finns ingen ork, ingen skyddad plats. Har inget att fly till...

-Du har inget att fly till undrar sjukgymnasten

Näe, han har fortfarande makten, han styr mig med sitt vapen

-Då känner du dig skyddslös undrar sjukgymnasten

Har ingen ork att sätta emot.....Nu har det släppt, i benen, känner kontakten med sängen

-Du känner mer kontakt med underlaget, benen är jämnare? undrar sjukgymnasten

Smärtan börjar ge med sig....det släppte i ansiktet, ömt. Allt bara släppte, känns bra att benen är där, inte liten, har allt ett liv, går inte med på att han ska skjuta mig....Nu går du hem (som om hon talar till sig själv) Res dig upp det är över nu.

När dramat är slut reser sig Maja upp och benen bär, symtomen har släppt!

Kommentar

Den bild som Maja målade till det sist motivet "Ta emot den bild som kommer" påminner om den första, "Blomman" med ansiktena i skogen, bakom träden, som kurragömma. Skillnaden är att i första bilden visnade blommorna, "hon gick under jorden". I detta motiv ålade hon sig ut, kunde resa sig upp och gå därifrån, fri! Hon beskriver det som att hon lämnar jägaren bakom sig "han får ta hand om sig själv". I bilden (bilaga 5) har hon också ritat sig själv som att hon går ut ur bilden. Det finns en annan acceptans nu, när symboldramabehandlingen avslutades 2008 fanns det en osäkerhet hos henne om det verkligen var sant, hon undrade om jägaren verkligen hotat henne med geväret? I det här dramat kom hon i kontakt med sitt kroppsminne igen, denna gång blev det så tydligt för henne hur hon tog sig ur situationen, att

hon sjönk ner på marken och kröp därifrån, bort från jägaren och skottlinjen, ”jag kröp säkert 15 meter innan jag kunde ta mig upp”. Den återkommande upplevelsen under behandlingsperioden har ju varit att benen inte bär henne, att de var olika långa, stumhet och så vidare. Så var det även denna gång, benen bar henne inte, det svar som kroppen gav uttryck för var hur den reagerade i hotsituationen, då hon själv var måltavlan. Eftersom hon fortfarande befann sig i chock efter rickoshetten blev det förmodligen för mycket att ta hand om känslomässigt, hon dissocierade. Den känslan och kroppsmminnet gjorde sig återigen påmind när hon var ute vid sitt jaktorn med öppna fält innan älgjakten hade börjat. Känslan kom tillbaka, att vara ett villebråd, måltavla för jägaren och kroppen mindes hur den reagerade då det faktiskt hände. I detta sista drama kunde hon möta känslan av att vara skyddslös och hur kroppen då reagerade. Och hur hon tog sig därifrån, att hon faktiskt överlevde och att jägaren inte längre utgör ett hot mot henne.

Avslut

För Maja blev det sista motivet och dramat en bekräftelse, nu behövde hon inte längre tvivla, hon hade fått fatt i sitt minne av händelsen vid ladan, nu var det förankrat även på högre, mer medvetna nivåer, det var inte längre enbart ett kroppsmminne och behövde då heller inte uttryckas som "kroppsmening". Detta sista drama kom att bli ett naturligt avslut med den behandlande sjukgymnasten. De mål hon hade satt upp med behandlingen var uppnådda; hon hade hittat tillbaka till sig själv, hade ett liv och tillgång till sin kropp och avslappning. När hon skattade sin självbild hade även den förändrats från en starkt negativ självbild till en starkt positiv självbild. En tydlig konsekvens av behandlingen var även att hon inte längre hade några symtom på PTSD.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva och analysera den meningsskapande processen i ett behandlingsförlopp där symboldrama använts i kombination med kroppsmedvetandeträning och medicinsk Qi gong i den sjukgymnastiska behandlingen med en patient som utvecklat posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Resultatet visar att när de kroppsliga symtomen kunde sättas in i ett sammanhang och de isolerade delarna av kropp, tankar, känslor och mening kunde integreras så kom en meningsskapande process igång. Det bidrog till att de traumatiska minnesbilderna kunde integreras på en medveten nivå och då förändrades även symtombilden. Nedan följer en diskussion av den meningsskapande processen.

Det kroppen berättar

Utifrån McEwen (1997, 2008) kan aktiveringen av stressystemets höga nivå tolkas som utlöst av traumaupplevelserna. I resultatdelen beskrivs framför allt de kroppsliga reaktioner som Maja får då hon känslomässigt kommer i kontakt med sitt trauma och hur de symtomen kom att fungera som budbärare och bidra till den meningsskapande processen i behandlingen. Nijenhuis et al (2011) beskriver dissociativa symtom som fenomenologiska och för Majas del reagerade kroppen på samma sätt som då hon var i hotsituationen, som om kroppen fortfarande var kvar i upplevelsen och gav uttryck för det, men hon hade inte någon minnes-

bild att medvetet ta fram och koppla ihop med sin känsla. I stället blev det kroppsmindet som tydliggjorde vad hon varit med om och på så sätt fungerade det kroppsliga uttrycket, de fysiska rörelserna och den fysiska smärtan som meningsbärare, kroppen hade något att berätta. Då procedur minnet, som är involverat i motoriska färdigheter och kopplat till rörelser och erfarenheter av rörelser, är implicit, finns det som hänt lagrat men kan inte plockas fram på en medveten nivå (Solms & Turnbull, 2005). Mötet med jägaren och hans vapen var känslomässigt så svårt att ta om hand för Maja så det lagrades inte som ett episodiskt minne på en explicit nivå. Förmodligen är detta en adaptiv funktion, minnet kodas i hippocampus och det som för individen är känslomässigt svårt att ta hand om blir då inte lagrat som en minnesbild att medvetet kunna plocka fram, som en skyddsåtgärd. (Solms & Turnbull, 2005; Bremner, 2005). Men kroppen var där, då det hände, och händelsen lagrades i procedur minnet, oåtkomligt för tanken att plocka fram men fanns på en sensorisk och motorisk nivå och det bidrog till att kroppen reagerade och agerade som den gjorde i traumasituationen och efterföljande situationer då Maja kände sig hotad.

Redan under de inledande kroppskännedomsövningarna reagerade Majas kropp, som då tolkades som en försvarsposition av behandlande sjukgymnasten. Det skulle även kunna förstås som en exponering, att Maja via övningarna med kroppen kom i kontakt med sitt trauma känslomässigt och kroppen reagerade som om den var där, i situationen. Det var under arbetet med kroppskännedomsövningarna i början av behandlingen som Maja blev medveten om att hon inte varit närvarande i sin kropp sedan traumat. I KMT inkluderas upplevelse-dimensionen av kroppen och studier visar att kroppsmindet även är kopplad till förmågan att känna igen behov och känslor (Gyllensten et al , 2010). För Majas del bidrog KMT till en ökad kroppsmindet och via det kroppsliga uttrycket och kroppsmindet kom Maja i kontakt med sina känslor. Det som Downing (1996) beskriver som ett förkroppsligt medvetande där det kroppsliga perspektivet även speglar vad som sker på andra nivåer. Den kroppsliga nivån kan utgöra själva grunden för utveckling av identitet och upplevelsen av att vara levande, en förkroppsligad identitet "embodied identity" (Gyllensten et al, 2010, s 442, 444).

I ett fenomenologiskt perspektiv sker skapandet av mening redan på en förspråklig kroppslig nivå där kroppen kan ses som meningsbärare av en människas levda relationer med världen. Symtomen kan i detta förstås som budbärare, de hade något de ville berätta om. Även om det just då inte kunde uttryckas på någon annan nivå än den kroppsliga fick de finnas med som en upplevelse i sig och ett sätt att vara i världen. Maja beskrev sin upplevelse i motivet "Bäcken", drama nummer tre, som om läget var låst, hon vill fly, men benen stod kvar. Under dramat rörde hon även på benen som om hon ville ta sig därifrån. Nijenhuis et al beskriver detta fenomen som "frusen tid, där upplevelserna är frysta i ett evigt nu" (Nijenhuis & van der Hart, 2011, s 425). I Majas fall blev detta till en "frusen bild" som sedan funnits kvar som ett kroppsminne. I dramat kom hon i kontakt med den "frusna bilden" och sitt kroppsminne av att vara ett vilt djur. Under behandlingens gång fortsatte Majas kroppsminne att fungera som budbärare. Utifrån van der Hart et al (2006) kan detta förstås som dissociativa symtom. I motivet "Huset", drama nummer fem, blev det väldigt tydligt när hon dissocierade första gången; "Han siktade på mig som om han skulle skjuta mig". Genom sitt kroppsminne kom hon i kontakt med sin känsla och sitt minne av situationen och hur hon då "frös bilden"; "Om jag står precis stel och stänger av. Då mår jag bra i kroppen. Dra ner rullgardinen för bilden, helt stel så går det bra." Veckan efter det dramat fick hon mer ångest symtom med illamående, svårt att andas, yrsel, ont i bröstet, obehag och olust men också stunder av lugn.

Denna tolkning stöds av Rudstam (2010) som utifrån kliniska erfarenheter beskriver att PTSD symtomen kan bli mer tydliga när de dissociativa symtomen släpper. Hon förklarar det med att de traumatiska minnena då blir mer tillgängliga på en medveten nivå.

För Maja fungerade de kroppsliga symtomen som budbärare, från känslolägen som hon hade svårt att verbalisera, till den behandlande sjukgymnasten i terapirummet men även mellan behandlingstillfällena. När hon tillsammans med sjukgymnasten fick möjlighet att utforska symtomen närmare och sätta ord på sina känslor behövde de inte längre uttryckas på en kroppslig nivå. När kropp, tanke, känslor och mening tillsammans med de traumatiska minnesbilderna integrerades kunde Maja skapa ny mening och dialogen mellan henne och världen upprättades. Detta bekräftas av Rosberg (2000, s 247) som beskriver att "Mening kan utifrån kroppslig erfarenhet på så sätt skapas och omskapas i det sjukgymnastiska behandlingsrummet, genom att patienten får möjlighet att erfara sig själv på nya sätt i samhandling med sjukgymnasten".

Det gemensamma lärandet i behandlingsrelationen

I min funktion som behandlande sjukgymnast kom mötet med Maja att bli omvälvande, utmanande och oerhört lärorik. Jag hade tidigare inte kommit i kontakt med traumafokuserat behandlingsarbete och hade heller ingen erfarenhet av dissociativa symtom. Maja kom till mig på remiss från läkare för sin stress- och anspänningsproblematik som en konsekvens av traumaupplevelsen men hade inte diagnostiserats för PTSD eller dissociativa symtom. Samsjukligheten vid PTSD är hög (van der Kolk et al, 1996, 2005) vilket får till följd att många inte får adekvat behandling (Heim et al, 2010). Maja hade under tre år sökt upprepad hjälp hos olika sjukvårdsinstanser, första kontakten var redan veckan efter traumaupplevelsen och hon hade även haft kontakt med öppenvård psykiatrin. Enligt henne själv var det ingen som hon mötte under dessa tre år som fokuserade på det som hon upplevde var hennes egentliga trauma, upplevelsen vid ladan. När hon kom till mig i december 2006 var hon ganska slutkörd och upplevde det som att jag var hennes sista hopp om att få hjälp. Trots min ringa erfarenhet av traumafokuserat behandlingsarbete förlitade jag mig till mina kunskaper och erfarenhet av att arbeta med stressrelaterad problematik men även till min grundläggande kompetens i psykoterapeutiskt behandlingsarbete och jag var beredd att inleda en behandlingsrelation med Maja. Gerge (2010a) betonar vikten av handledning i arbetet med traumatiserade patienter inte minst för att stödja terapeutens hållbarhet så att "patienten kan erbjudas en tillräcklig trygg plats för att börja arbetet med att interera dissociativa tillstånd och minnen (s 248). Förmodligen hade jag inte tagit mig an Maja om jag inte hade haft tillgång till symboldrama som behandlingsmetod och stöd av en erfaren handledare. Då vi inledde behandlingssamarbetet förstod nog varken Maja, jag eller min handledare vidden av den problematik som Maja brottades med. Eftersom jag även var under utbildning i symboldrama var det under handledningen extra fokus på processen och terapeutrollen. Det var ett nödvändigt och ovärderligt stöd för mig i mötet och arbetet med Maja och vägde upp mot min då ringa erfarenhet av traumafokuserat behandlingsarbete.

Under behandlingens gång utvecklades en ömsesidig tillit mellan mig som terapeut och Maja, i hennes roll som patient. Majas kroppsliga reaktioner utmanade även mina biomedicinska kunskaper, där jag ofta fick sätta dem åt sidan, för att i stället tillsammans med Maja utforska dess budskap med fokus på den levda kroppen istället för den objektiva kroppen. Inte minst den gången då hennes hand svullnade upp efter motivet "Bäcken", då hon ringde mig dagen därpå och beskrev en reaktion i handen som utifrån min biomedicinska kunskap lät som en

inflammation. Men där jag på en annan nivå förstod att det handlade om något helt annat som kroppen ville förmedla med sin reaktion. Casement (1985/2001) beskriver detta väldigt bra "om terapeuten förlitar sig på den analytiska processen kommer han ofta att finna att patienten leder honom dit andra varit förut" (s 36). Vidare menar Casement att den terapeutiska öppenheten för det som ännu inte helt kan förstås eller förklaras skapar mer utrymme även för patienten i den terapeutiska processen. I behandlingsarbetet med Maja blev det väldigt tydligt att utforskandet i sig även blev till ett gemensamt lärande. Bullington et al (2003) beskriver att en aspekt av denna öppenhet kan vara attityden "letting-the-other-be" (s 330) och att mötet med den andre (patienten) då karakteriseras av en "jag-du" relation (Bullington et al s 330). I en jag-du relation avstår terapeuten från att objektifiera och klassificera (Bullington et al, 2003), i relationen finns en ömsesidighet (Buber, 1927/1997), det som Buber beskriver; "Och det är en verklig relation, i vilken jag står till den, den påverkar mig, alldeles som jag påverkar den" (Buber, 1927/1997, s 16).

Faser i behandlingen

Behandlingsarbetet med Maja har inte medvetet följt den fasorienterade behandlingsmodellen som rekommenderas vid traumafokuserat behandlingsarbete (Ford et al, 2005, van der Hart et al, 2005, Boon et al, 2011). När behandlingen med Maja inleddes 2007 hade jag som behandlande sjukgymnast ej tagit del av hur ett fasorienterat behandlingsarbete går till. Resultatet visar dock att Majas behandlingsprocess i stort följt de olika faserna som beskrivs av Ford et al (2005). Inledningsvis var fokus i behandlingen att stödja och stabilisera via kroppsmedvetandeövningar, något som Maja hade hjälp av under hela behandlingsprocessen, vilket motsvarar fas 1 i den av Ford beskrivna behandlingsmodellen (Ford et al, 2005). För kliniskt verksamma sjukgymnaster är den pedagogiska och utbildande funktionen en viktig och kontinuerlig del i behandlingsarbetet (Broberg & Tyni-Lenné, 2009, Hedlund red. 2004). Genom att hela tiden tydliggöra och försöka förstå vad som hände i kroppen då den reagerade som den gjorde och även använda symtomen som budbärare i den meningsskapande processen bidrog det till att skapa ett tryggt behandlingsklimat för Maja. Den levda kroppen fick vara med, även de förnimmelser som vi inte alltid förstod fick utrymme och blev även föremål för utforskande. Den utbildande funktionen, psykoedukation, betonas också under fas 1 enligt Ford för att skapa en trygg arbetsallians.

Först under fas 2 blir behandlingen mer traumafokuserad. I behandlingsarbetet med Maja klev vi direkt in i traumaupplevelsen i och med första motivet "Blomman" i symboldrama (SD), sedan fanns ingen återvändo. Utifrån den fasorienterade behandlingsmodellen hade kanske Maja behövt tillgång till fler stabiliserande och självreglerande redskap innan hon konfronterades med sitt trauma. Istället använde vi de aktiverade dissociativa symtomen som budbärare och i den fortsatta traumabearbetningen genom SD klingade de dissociativa symtomen av, hon kunde till exempel inte längre stänga av mot smärtan (algesi). Detta fick till konsekvens att den värk hon hade haft i ryggen före traumaupplevelsen kom tillbaka. Smärtan begränsade henne i vardagen, hon kunde inte längre arbeta hårt fysiskt för att hantera sin ångest. Kroppen fortsatte dock att i stresspåfrestande situationer gå in i samma rörelsemönster som vid traumaupplevelsen. I behandlingsarbetet använde vi detta för att utforska vad hon upplevde som hotfullt och när hon på en medveten nivå kunde möta sin rädsla förändrades eller släppte symtomen. Den kanske kraftfullaste kroppsliga reaktionen i traumabearbetningen var i juni 2008 då Maja kom till behandlingen och var riktigt förbannad, en ilska hon kände mot jägaren som hon ville ställa till svars. När vi skulle göra motivet, "Möte

med jägaren", kunde hon inte stödja på vänster ben. Hon fick fruktansvärda smärtor, kroppen reagerade på att i dramat möta jägaren. Detta kan liknas vid det som Nijenhuis & van der Hart (2011) beskriver som att en dissociativ del av personligheten speglar ett nu men som utspelas längre tillbaka. Det innebär, enligt författarna, att fenomenala nu som generellt omfattar några sekunder kan förskjutas tidsmässigt. I dramat möter Maja jägaren och klarar av att stanna kvar i situationen och möta sin rädsla och ilska utan att få dissociativa symtom.

Fas 3 innebär enligt Ford et al (2005) att återgå till eller utveckla en mer normaliserad livsrytm och hitta en balans mellan aktivitet och vila där kunskaperna från de övriga två faserna tillämpas och förfinas. I Majas fall hade symtombild hade förändrats det sista året, efter avslutad symboldramabehandling, hade PTSD symtomen försvagats och hon kunde inte längre dissociera. Detta stöds av Nilsson och Wadsby (2009) som i sin studie visar en signifikant reducering av symtomen hos traumatiserade ungdomar efter avslutad symboldramabehandling. För Majas del innebar det sista året behandlingen pågick att, med stöd av kroppsmedvetandeträning och medicinsk Qi gong, hitta en spänningsbalans, ökad kroppsmedvetenhet och ökad förmåga att vara medvetet närvarande. På så sätt fick hon tillgång till redskap för att lugna ner och självreglera sitt stresssystem som fortfarande var överaktivt och sårbart. Men i oktober 2010, strax innan älgjakten, hör Maja av sig då hon fått reaktioner i kroppen som hon känner igen och vill få hjälp med att lösa. Med hjälp av symboldrama möter Maja sig själv och sina känslor och återigen hade kroppsminnet fungerat som budbärare och visat på den sista pusselbiten. Tack vare dramat kunde Maja avsluta sin berättelse, hur hon tog sig ur hotsituationen och bort från jägaren. I bilden hon gjorde i anslutning till dramat ritade hon sig själv som på väg ut ur bilden (bilaga 4), hon var färdig med sitt trauma och med behandlingen hos mig. Resultatet stöds av Bullington et al (2003) som menar att när den terapeutiska processen leder till en integrering, uttrycker patienterna en önskan om att gå vidare och själva ta ansvar för sina liv. Behandlingsprocessen kan då beskrivas som en resa ut ur kaos till ett meningsskapande. Bullington et al (2003) menar också att det i icke-verbala terapier finns en större öppenhet för en jag-du relation i den terapeutiska alliansen och sammanfattar det som att en framgångsrik behandling präglas av; "integrering av skilda, isolerade delar av erfarenhet, en förstärkt upplevelse av självkänsla och gemenskap samt en ökad flexibilitet i fråga om eventuella mönster av tankar, känslor och beteende" (s 330). För Majas del innebar det att de mål hon hade satt upp med behandlingen var uppnådda; hon hade hittat tillbaka till sig själv, hade ett liv och kunde även slappna av då hennes oro och rädsla inte längre underhölls av "gömda" minnen. Skattningen av självbilden (SASB) speglar denna process hos Maja, från en starkt präglad negativ självbild till en starkt positiv självbild.

Metoddiskussion

Egen forskarposition och subjektivitet

Enligt Riessman är det kännetecknande för narrativa analyser att urvalet till analysen är ”starkt influerat av forskarens utvecklade förståelse, hans eller hennes ämnesmässiga tillhörighet till en akademisk disciplin, och forskningsfrågor” (Riessman, 2008 b, s 65). I enlighet med Hydén (2008) är det också forskarens analytiska röst som ska dominera den slutgiltiga berättelsen. Riessman (2008 b) tydliggör detta genom att beskriva att berättelseforskning är både beskrivning av forskning och kliniskt material men också det som sker i mötet mellan forskaren och informanten. Behandlare och forskare är i denna studien samma person men då det är en retrospektiv studie var behandlingen och kontakten med patienten (informanten) avslutad innan forskningsprojektet påbörjades varför en viss distans i analysarbetet underlättades.

De narrativa avsnitt som valts ut och analyserats i studien är med dess utgångspunkter präglade av forskarens egen förförståelse i ämnet då det gäller kunskap och erfarenhet inom området kroppskänedom, hur kroppen uttrycker känslor, kroppsmening och symboldrama som metod. Valet av patient till fallstudien, urvalet av de sekvenser som redovisats och de tolkningar som gjorts är således präglade av att forskaren analyserat material som hon själv deltagit i som behandlare samt den förförståelse hon har inom ämnesområdet. I ett narrativt forskningsområde behöver detta inte innebära att studien brister i sin trovärdighet. Den narrativa ansatsen förutsätter inte objektivitet utan trovärdigheten och tillförlitligheten handlar mer om att klargöra egen forskningsposition och subjektivitet (Riessman 2008 b, s 57).

Med stöd av Labovs analysmodell (Riessmann, 1993, 2008b) blev det rikliga materialet mer hanterligt men det har ändå varit svårt att avgränsa och välja bort. De vägledande frågorna bidrog till att avgränsa materialet i förhållande till syftet. Urvalet av de sekvenser som finns med i denna studie är gjorda för att läsaren ska få en uppfattning om de förkroppsligade upplevelserna, hur kroppen kom att uttrycka känslor i samband med KMT och symboldrama och på så sätt fungerade som budbärare i behandlingsarbetet och bidrog till den menings- skapande processen. Analysmodellen bidrog till att skapa en ram för berättelsen och för att underlätta för läsaren att följa med i händelseförloppet.

Trovärdighet, tillförlitlighet och meningsfullhet i narrativa studier

I denna studie har fokus varit på patientens upplevelser och kroppsliga uttryck utifrån det fenomenologiska perspektivet att det är upplevelsen av kroppen är centralt i den menings- skapande processen (Merleau-Ponty, 1999). Då behandlare och forskare varit samma person har forskaren besittit kunskaper som även berör behandlaren upplevelser och hur jag som behandlare under behandlingen påverkades och tog intryck av patientens upplevelser, kroppsliga uttryck och berättelser. Det här är berättelsen om Majas behandlingsprocess under de fyra år hon deltog i behandling hos sjukgymnast, så som jag som behandlande sjukgymnast valt att förmedla den och i min forskarroll analysera och ge den mening. I ett annat samman- hang där forskaren inte varit involverad i behandlingen kanske Majas berättelse fått ett annat perspektiv. Då det är en enkel fallstudie är perspektivet den individuella erfarenheten och en narrativ ansats möjliggör studiet av den subjektiva upplevelsen, där subjektet också är en aktiv aktör i sin livsvärld (Riessmann, 2008b, 1993)

”Narrative analysis allows for systematic study of personal experience and meaning: how events have been constructed by active subjects “ (s 70).

Hur trovärdig, tillförlitlig och meningsfull är då denna studie och vilka kriterier ska användas för att bedöma en fallstudies trovärdighet då en narrativ analys använts? Med Lieblich et al (2008) kriterier som utgångspunkt gällande alternativa tolkningar av resultatet kan även neurobiologiska förklaringar användas då det gäller stressreaktioner och minnesfunktionen vid PTSD och resultatet av behandlingen. Som behandlande sjukgymnast har detta perspektiv funnits med men i mötet med Maja har det fenomenologiskt perspektivet dominerat. När Maja i behandlingen beskrivit upplevelse av sin kropp har det varit Majas levda kropp som varit i fokus, inte den objektiva kroppen. Det är också ur ett fenomenologiskt perspektiv som syftet med studien formulerats. Med det som utgångspunkt har det varit en medveten strategi att inte ge mer utrymme för alternativa tolkningar i resultatdiskussionen. Med ett annat professionellt perspektiv än sjukgymnastens, kunde symtomen och processen beskrivits och tolkats annorlunda.

När det gäller tillförlitlighet och noggrannhet i forskningsprocessen så är merparten av det narrativa materialet hämtat från symboldramaberättelserna, vilka noggrant nedtecknades, där de utspelade sig. Utifrån syftet med studien valdes sedan sekvenser ut som illustrerade hur symtomen kom att fungera som budbärare och hur den meningsskapande processen utvecklades. Då det gäller att tydliggöra det sammanhang som kan ge mening åt berättelsen har jag försökt att ge en fullständig och meningsfull bild genom den inledande sekvensen samt i kommentarerna i anslutning till de olika sekvenserna i berättelsen. Resultatet innefattar också citat från symboldramerna som kan ge trovärdighet åt tolkningarna. I resultatdiskussionen har jag knutit an till teorier och tidigare forskning för att få stöd för mina resultat och sätta in dem i ett större sammanhang. Narrativt material kan som Lieblich et al (2008) uttrycker det "läsas, förstås och analyseras på många sätt" (s 196) och då även nå fram till olika resultat. Detta är mer ett uttryck för materialets rikedom och känsligheten hos olika läsare än ett uttryck för brister i forskningsprocessen. När det gäller hur meningsfull denna studie är så är det först i mötet med andra behandlares erfarenheter som det visar sig om resultaten kan kasta ljus även över deras behandlingsprocesser. Men också i förhållande till annan forskning och Lieblich et al (2008) förslår i detta sammanhang konsensusvalidiering, för det är när vi delar uppfattningar, slutsatser och begripliggörande med andra forskare som det kan vara möjligt att bedöma dess meningsfullhet.

Konklusion

Denna studie visar att fysioterapiprocessen följer den fasspecifika behandlingsmodellen som tidigare forskning förespråkar vid behandling av PTSD. Det studien vill visa på är att traumatiska upplevelser kan komma till uttryck via kroppen och hur det är möjligt att använda symtomen som budbärare i behandlingsarbetet. Fokus i denna studie har varit på den levda kroppen utifrån ett fenomenologiskt perspektiv där det är den egna upplevelsen av kroppen som är centralt i meningsskapandet. Genom att integrera kroppsmedvetande träning med symboldrama möjliggjordes en meningskapande process. Resultatet pekar mot att när symtomen kunde förstås som meningsbärande, att de hade något att förmedla, förändrades också symtombilden. Fallstudien som forskningsmetod skapade en möjlighet att beskriva, och med en narrativ ansats, analysera en enskild patients meningskapande process i ett behandlingsförlopp. Men det är först när detta resultat kan sättas in i ett större sammanhang som denna studies trovärdighet kan validieras. När praxis blir att den levda kroppen och den meningskapande processen får ett större utrymme i behandlingsarbetet med PTSD och vad det i sin tur bidrar till i utfall för ett större antal av patienter.

Därför behövs det fler och större studier som har fokus på den meningskapande processen, PTSD och integrativa behandlingsmetoder. En reflektion som kan göras i detta sammanhang är att olika terapimetoder kan ha gemensamma faktorer och verkningsmekanismer som har betydelse för utfallet i behandlingen. Ett exempel på detta kan vara begreppet exponering som är central inom den psykoterapeutiska behandlingsmetoden kognitiv beteendeterapi (KBT) och kan beskrivas som att patienten "får hjälp att stanna kvar i svåra känslor och upplevelser" (Philips & Holmqvist, 2008, s 262). Med den beskrivningen återfinns exponering också inom symboldramametoden och i kroppsmedvetandeträning även om det inom dessa metoder inte beskrivs som en exponeringsintervention. Det behövs fler studier som fokuserar på integrativa behandlingsmetoder i syfte att finna metoder som kan vara verksamma för patientgrupper som annars inte har möjlighet att få ta del av befintliga metoder eller som inte tillgodogör sig de metoder som finns.

Ett intressant forskningsområde i framtiden kan vara att utveckla modeller för hur det fenomenologiska perspektivet med den levda kroppen och meningsskapandet tydligare kan integreras i den kliniska verksamheten.

Omnämmande

Jag vill främst tacka Maja för det mod hon visade i behandlingsarbetet och för att hon bjöd in mig att få delta i sin resa från kaos till meningsskapande. Ett stort tack även till min handledare i symboldramametoden, Doris Nilsson, som bidrog till att jag var modig nog att stanna kvar i behandlingsprocessen. Dessutom vill jag tacka Susanne Rosberg som tålmodigt och professionellt handlett mig i forskningsprocessen. Utan er hade denna studie aldrig kommit till.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). Mini-D IV; Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press, ss. 160-162.
- Armelius, K. (2001). *Reliabilitet och validitet för den svenska versionen av SASB – självbildstest*. Institutionen för Psykologi, Umeå universitet. Umeå.
- Armelius, K. Armelius, B-Å. (2000). *Självbild, relationer och affekter. SASB modellen: en introduktion*. Umeå universitet.
- Asmundson, G.J., Coons, M.J., Taylor, S. & Katz, J. (2002). "PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models". *Can J Psychiatry*. 2002. Dec;47(10), ss. 930-937.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen-Hoeksema, S. (1996). Consciousness and its altered states. *Hilgard's introduction to psychology*. Orlando: Harcourt Brace College Publishers, ss. 187-223.
- Benjamin, L.S. (1996). Introduction to the special section on structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (6): ss1203-1212.
- Berg Johannesson, K., & Lundin, T. (2007). Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar. *Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri*. <http://katastrofpsykiatri.uu.se/> (2010-03-22)
- Berg Johannesson, K. (2007). Traumatiska minnen kan behandlas effektivt med EMDR. *Läkartidningen nr 10 2007*, volym 104, ss. 782-783.
- Biederman, H. (1995). Uppslagsdelen. *Symbollexikonet*. Borås: Forum, ss. 147-148.
- Boon, S., van der Hart, O., & Steel, K. (2011). *Coping with trauma-related dissociation*. New York. London: W.W. Norton & Company Ltd.
- Bremner, D.J (2005): Effects of Traumatic Stress on Brain Structure and Function: Relevance to Early Responses to Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6:2, ss. 51-68.
- Bremner, D.J., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S.M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L.V., Soufer, R., Garg, P.K., Ng, C. K., Staib, L.H., Duncan, J.S & Charney, D.S. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(5): ss. 924-32.
- Broberg, C., & Tyni-Lenné, R. (2009). Fysioterapiprocessen. *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. www.sjukgymnastforbundet.se. (2011-01-08), ss. 12-14.
- Bullington, J. (1999). Psychosomatics as frozen time. *The Mysterious Life of the body: A New Look at Psychosomatics*. Stockholm: Almqvist&Wiksell International, ss. 255-278.

Bullington, J., Nordemar, R., Nordemar, K., & Sjöström-Flanagan, C. (2003). Meaning out of Chaos: A Way to understand Chronic Pain. *Scand J Caring Sci*;2003;17, ss. 325-331.

Bullington, J., Sjöström-Flanagan, C. Nordemar, R., & Nordemar, K.. (2005). From pain through chaos towards new meaning; two case studies. *The Arts in Psychotherapy*, 32/14, ss. 261-274.

Bullington, J. (2007). Fenomenologi och den levda kroppen och En ny syn på psykosomatik: teori och praktik. *Psykosomatik, om kropp, själ och meningsskapande*. Lund: Studentlitteratur, ss. 109-140, ss. 165-182.

Casement, P. (1985/2001). Att lära av patienten - några inledande tankar. *Att lära av patienten. En granskning av interaktionen mellan terapeut och patient och dess betydelse för den psykoterapeutiska processen*. Göteborg; Göteborgs psykoterapeutiska institut, ss. 12-38.

Cooper, J. C. (1978/1990). Symboler. En uppslagsbok. Helsingborg;Forum, ss. 5-6.

Downing, G. (1996). Regressiva kroppstillstånd. *Kroppen och ordet*. Stockholm: Natur och Kultur. ss. 199-242.

Dalia Avrahami, M. A. (2006). Visual Art Therapy's Unique Contribution in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders, *Journal of Trauma & Dissociation*, 6:4, ss. 5-38.

Edwards, D. (2007). Restructring implicational meaing through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38 (2007) ss. 306-316.

Englund, B. (red) (2004) *Skapande och kroppsbaserade komplementära terapier*. Lund; Studentlitteratur.

Eriksson, E.M., Möller, I.E., Söderberg, R.H., Eriksson, H.T. & Kurlberget, G.K. (2007). Body awareness therapy: A new strategy for relief of symtoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology* 13(23): ss. 3206-3214.

Xiulan, F. (2000). Qi Gong enligt Biyun. Stockholm; Svenska förlaget.

Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (red) (2009) *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* New York; Guilford Press.

Ford, J.D., Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005, ss. 437-447.

Gerge, A. (2010 a) Konsekvenser för behandling och Fas II arbete - traumabearbetning. *Trauma. Psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Dualis. ss. 90-93, ss. 106 - 150.

Gerge, A. (red). (2010b) *Kreativt gestaltande psykoterapier*. Insidan.

- Gyllensten, A. L. (2001). Basic Body Awareness Therapy. Dissertation, Department of Physical Therapy, Lund University, Lund, Sweden.
- Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy* 11: ss. 2–12.
- Gyllensten, A. L., Gard, G. & Miller, M. (2010). Embodied identity—A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(7): 2010, ss. 439–446.
- Greenfield, B.H. & Jensen, G.M. (2010). Understanding the Lived Experiences of Patients: Application of a Phenomenological Approach to Ethics. *PHYS THER.* 2010; 90: ss. 1185-1197.
- Hedlund, L. (red.) (2004). Fysioterapiprocessen. *Sjukgymnastisk behandling inom psykiatrin Malmö*. s 6-7. www.sjukgymnasforbundet.se/sektioner. (2012-01-08).
- Heim, C., Shugart, M., Craighea, E. W. & Nemeroff, C.B. (2010). Neurobiological and Psychiatric Consequences of Child Abuse and Neglect. *Development Psychobiology* 52:2010, ss. 671–690.
- Herman, J. L. (1992). Stadier i tillfrisknandet. *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapeutiska Institut; 2007. ss. 195-343.
- Herman, J.L. (2008). Craft and Science in the Treatment of Traumatized People, *Journal of Trauma & Dissociation*, 9:3, ss. 293-300.
- Holmqvist, R. (2010). Specifika problem. *Relationell Psykoterapi*. Stocholm; Liber. ss. 254-295.
- Hydén, L –C (2008). Analys av berättelser i forskningsintervjuer. Larsson, S., Sjöblom, Y., & Lilja, L. (red) *Narrativa metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. ss. 111-132.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö., Soares, J., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., Hällström, T. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow up. *Psychiatric Research* 159;2008, ss. 101-108.
- Johansson, A. (2005). Sociolingvistisk berättelse forskning. *Narrativ teori och metod*. Lund; Studentlitteratur. ss. 187-212.
- Johansson, M., Hassme'n, P., & Jouper, J. (2008). Acute Effects of Qigong Exercise on Mood and Anxiety. *International Journal of Stress Management*. 2008, Vol. 15, No. 2, ss. 199–207
- Leuner, H. (1966/1969). Guided Affective Imagery. (GAI) A method of intensive Psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, vol XXIII, No. 1, January 1969, ss. 4-22,

- Leuner, H. (1984). *Symboldrama – psykoterapi med dagdrömsteknik. (Katathymes Bilderleben. Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik, 1982)* Stockholm: Natur och Kultur/Svenska Föreningen för Symboldrama, Stockholm.
- Leuner, H. (1985/2007) *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Huber; Bern/Stuttgart/Toronto, 1985. Sammanfattande svensk översättning av valda delar; Hagbarth, M. (2007). *Symboldrama Avancerad nivå: Del II Oberstufe och Dimensioner som utvidgar symboldrama*. Svenska Föreningen för symboldrama.
- Lieblich, A., Tuval-Mashcach, R., & Zilber, T. (2008). Om val och evaluering vid narrativ forskning. Larsson, S., Sjöblom, Y., & Lilja, L. (red). *Narrativa metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. ss. 187-190.
- Lindgren, Y. (2000). *Psykoterapi vid posttraumatiskt stressyndrom*. Stockholm: Svenska Föreningen för Symboldrama.
- Long, M E., Quevillon, R. (2009). Imagery Rescripting in Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* Vol 23, Number 1, 2009.
- Malmgren-Olsson, E-B. Armelius, B-Å. Armelius, K. (2001). A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice* 17: ss. 77-95.
- McEwen, B.S. (1997). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine* . Volume 338 Number 3. ss. 171-179.
- McEwen, B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology* 583 (2008) ss. 174–185.
- Martinez-Taboas, A. (2004). A case study illustrating the interplay between psychological and somatic dissociation. *Interamerican Journal of Psychology - 2004, Vol.38, Num. 1* ss. 115-120.
- Mattsson, M. (2004). Den levda kroppen. Englund, B. (red) (2004) *Skapande och kroppsbaserade komplementära terapier*. Lund; Studentlitteratur, ss. 26-38.
- Mischler, E. G. (1997). Modeller för berättelseanalys. I L-C Hydén & M Hydén (red) *Att studera berättelser. Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv..* Stockholm;Liber, ss. 63-86.
- Merleu-Ponty, M. (1999/1945). Kroppen som föremål och den mekanistiska fysiologin, Kroppsupplevelsen och den klassiska psykologin samt Den egna kroppens rumslighet och motoriken. *Kroppens fenomenologi*. Uddevalla; Daidalos, ss. 21-112.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2011). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2011, ss. 1-11.

Neigh, G. N., Gillespie, C. F. & Nemeroff, C. B. (2009). The Neurobiological Toll of Child Abuse and Neglect. *Trauma Violence Abuse Volume: 10, Issue: 4, Date: 2009 Oct* , ss. 389-410.

Nijenhuis, E. R. S. & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:2011, ss. 416-445.

Naparstek, B. (2004). Healing trauma. *Invisible Heroes. Survivors of trauma and how they heal*. Great Britain: Piaktus, 2006. ss. 149-179.

Nilsson, D., Wadsby, M. (2010). Symboldrama, a Psychotherapeutic Method for Adolescents with Dissociative and PTSD Symptoms: A Pilot Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11: 2010, ss. 308-321.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*. Volume VI Issue 3, Article 3, october 2000.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.

Philips, B., & Holmqvist, R. (red). (2008). Verksamhet mekanismer och evidensfrågan. *Vad är verksamhet i psykoterapi?* Stockholm; Liber. ss. 229-240.

Posadzki, P. (2009). Qi Gong and physiotherapy: A narrative review and conceptual synthesis. *European Journal of Integrative Medicine*. Volume 1, Issue 3, October 2009, ss. 139-144.

Ranch, M. (2010). Symboldrama i fasspecifikt behandlingsarbete. Gerge, A. (red) *Kreativt gestaltande psykoterapi*. Insidan, ss. 128-150.

Read Johnson, D., Lahad, M., Gray, A. (2009). *Creative Therapies for Adults*. In: Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (red). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press, ss. 479-490.

Ridel, I. (1993). Bilden som symbol. *Bildspråket- i terapi, konst och religion*. C J P Centrum för jungiansk Psykologi AB, ss. 7-12.

Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis. Qualitative research methods*. Volume 30. Newbury Park, CA: Sage Publications, ss. 58-70.

Riessman, C.K. & Quinney, L. (2005). Narrative in social work: A critical review. *Qualitative Social Work*, 4, 4: ss. 383-404.

- Riessman, C. K. (2008 a). What is Narrative analysis? och Truths and cautions. *Narrative methods for the human sciences*. USA; Sage Publications, ss. 11-16, 183-200.
- Riessman, C.K. (2008b). Analys av individuella berättelser. Larsson, S., Sjöblom, Y., & Lilja, L. (red). *Narrativa metoder i socialt arbete*. Studentlitteratur. ss 55-84.
- Rosberg, S. (2000). *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. Diss. Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Göteborg.
- Rosberg, S. & Jingrot, M. (2008). Gradual Loss of Homelikeness in Exhaustion Disorder *Qualitative Health Research* Volume 18 Number 11. November 2008, ss. 1511-1523.
- Roxendal, G., Winberg, A. (2002). Detta är en övningsbok och Kropp och medvetande. *Levande Människa. Basal kroppskännet för rörelse och vila*. Natur och Kultur, ss. 15-22, 40-58.
- Rudstam, G. (2010). Musikterapi i stabiliseringsgrupp med traumatiserade flyktingkvinnor. Gerge, A. (red) *Kreativt gestaltande psykoterapi*. Insidan, ss 125-136.
- Sachsse, U., Reddeman, L. (1997). *Imagination in der Psychotherapie*. Verlag Hans Huber, Bern. Översättning av Westrup von Hofsten, K. 2005. Symboldrama i behandlingen av traumatiserade patienter. Tidskriften Källan; www.symboldrama.se. 1-2005 (2011-05-16)
- Sharp, T J. (2004). "The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain patients". *Curr Pain Headache Rep*. 2004 Apr; 8 (2): ss. 111-115.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). Minne och fantasi. *Hjärnan och den inre världen. En introduktion till psykoanalysens neurovetenskapliga grunder*. Stockholm: Natur och Kultur, ss. 152-191.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., van der Kolk, B.A. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Treatment Outcome Research: The Study of Unrepresentative Samples? *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005, ss. 425-436.
- Svenska Symboldramaföreningen: <http://www.symboldrama.se> (2011-05-16).
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P. & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Volume 27, Issues 1-2, January-March 2003, ss. 33-44.
- Terjestam, Y., Jouper, J., & Johansson, C. (2010). Effects of Scheduled Qigong Exercise on Pupils' Well-Being, Self-Image, Distress, and Stress. *The Journal of alternative and complementary medicine*. Volume 16, Number 9, 2010, ss. 939-944.
- Theorell, T. (red). (1998). *När orden inte räcker*. Natur och Kultur.

Tomoda, A., Navalta, C. P., Polcari, A., Sadato, N. & Teicher, M.H. (2005). Abnormal visual cortical development in young women with a history of repeated sexual abuse: a voxel-based morphometric study. *Soc. Neurosci.* 35: ss. 334-19.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steel, K. (2006). Treatment of Chronically Traumatized Patients och Trauma-related symptoms in light of structural dissociation. *The hounded self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.*, New York. London: W.W. Norton & Company Ltd. ss 89-127, ss. 215-353.

van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J. L. (1996). *Am J Psychiatry.* 1996 Jul;153 (7 Suppl): ss. 83-93.

van der Kolk, B A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005, ss. 389–399.

Wilke, E. (1997). *Symbol drama.* Stockholm: Svenska föreningen för Symboldrama. Skriftserie nr 2, 1997.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods.* USA: Sage.

Öien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences: Therapy processes in Norwegian psychomotorphysical therapy. *Advances in Physiotherapy*, 9, ss. 31-39.

Diagnostiska kriterier för PTSD enligt DSM-IV

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
 - (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:
- (1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
 - (2) återkommande mardrömmar om händelsen. Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
 - (3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flash-backupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). Hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
 - (4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen
 - (5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:
- (1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
 - (2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
 - (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
 - (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
 - (5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
 - (6) begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek)
 - (7) känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)
- D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller flera av följande kriterier:
- (1) svårt att somna eller orolig sömn
 - (2) irritabilitet eller vredesutbrott
 - (3) koncentrationssvårigheter
 - (4) överdriven vaksamhet
 - (5) lättskrämthet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

(American Psychiatric Association, 2002, s 160-162)

Information och förfrågan om deltagande i en caserapport

En caserapport är en detaljerad beskrivning av ett behandlingsförlopp. Syftet är att beskriva och diskutera processen i behandlingen för att på så sätt ge en inblick i det praktiska behandlingsarbetet. Denna caserapport är retrospektiv vilket innebär att underlaget till rapporten består av insamlat material från den behandling du deltagit i under perioden december 2006 - oktober 2010. Det insamlade materialet utgörs av journalanteckningar, anteckningar gjorda under symboldramabehandlingen, de bilder som du gjort i anknytning till symboldramamotiven, mina egna reflektioner i anslutning till behandlingen samt de bedömning och utvärderingsformulär som gjordes före, under och efter avslutad behandling.

Allt insamlat material behandlas konfidentiellt vilket innebär att du bevarar full anonymitet och identifierbar data kommer att uteslutas eller skrivas om för att skydda din anonymitet. Det innebär att i den färdigskrivna caserapporten kommer du inte att kunna identifieras.

Resultatet av denna caserapport utgör underlaget till en magisteruppsats vid Hälsouniversitetet i Linköping och kommer då att granskas vid en examination som äger rum under 2011. Jag har också för avsikt att skriva en artikel utifrån caserapporten och få den publicerad i en vetenskaplig tidskrift. Efter publicerandet av caserapporten behandlas det insamlade materialet som journalanteckningar och sparas samt förvaras enligt gällande journalhanteringslag. Bilderna är din egen egendom som du själv förfogar över.

Deltagandet i denna caserapport är helt frivilligt och du har möjlighet att när som helst avbryta din medverkan eller avstå från att svara på eventuella frågor som kan dyka upp under skrivandet av rapporten. Jag vill understryka att detta inte på något vis påverkar vår behandlingskontakt, varken nu eller i framtiden. Detta gäller även om du har skrivit under bifogad försäkran om informerat samtycke. Var vänlig att noga läs igenom informationen och har du några frågor är du välkommen att höra av dig till mig. Om du är intresserad av att medverka i denna caserapport ber jag dig att skriva under bifogad försäkran om informerat samtycke.

Vänligen

Lotta Ring, leg sjukgymnast med utbildning i psykoterapeutiskt behandlingsarbete och diplomerad Symboldramaterapeut

0142-803 10, 0707-736788 eller lotta.ring@tele2.se

Informerat samtycke

Härmed bekräftar jag att jag, efter att tagit del av såväl muntlig som skriftlig information, samtycker till att delta i den beskrivna caserapporten.

Jag ger härmed min tillåtelse till att använda de bilder jag gjort i anslutning till symboldramamotiven och även de anteckningar som gjordes i samband med symboldramabehandlingen. Samt att förda journalanteckningar under behandlingstiden får användas utifrån studiens syfte.

Jag är informerad om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att det kommer att påverka nuvarande eller framtida behandling.

Datum: _____

Namn: _____

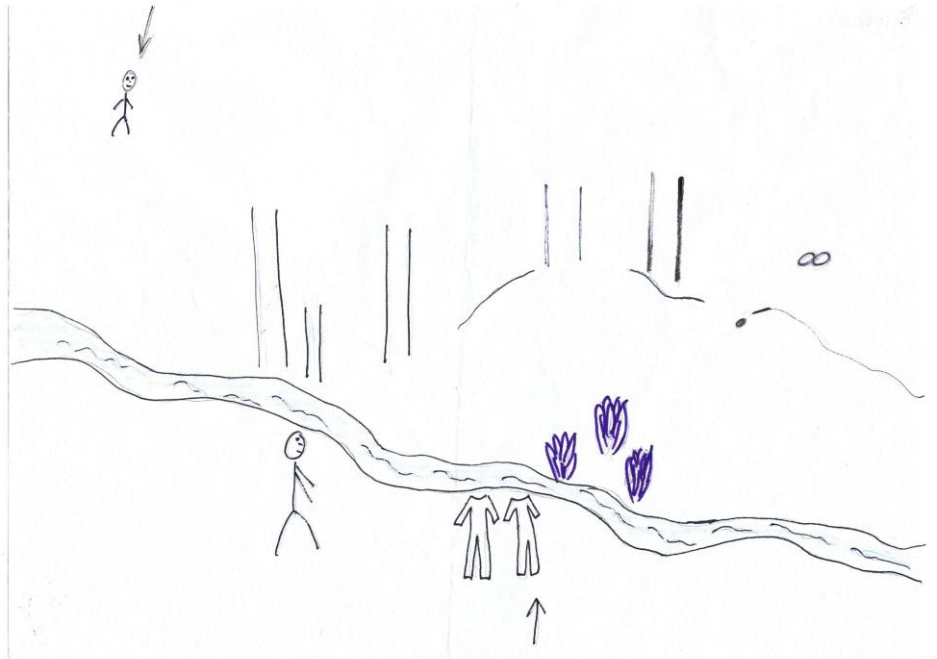
Underskrift: _____

Bilaga 3

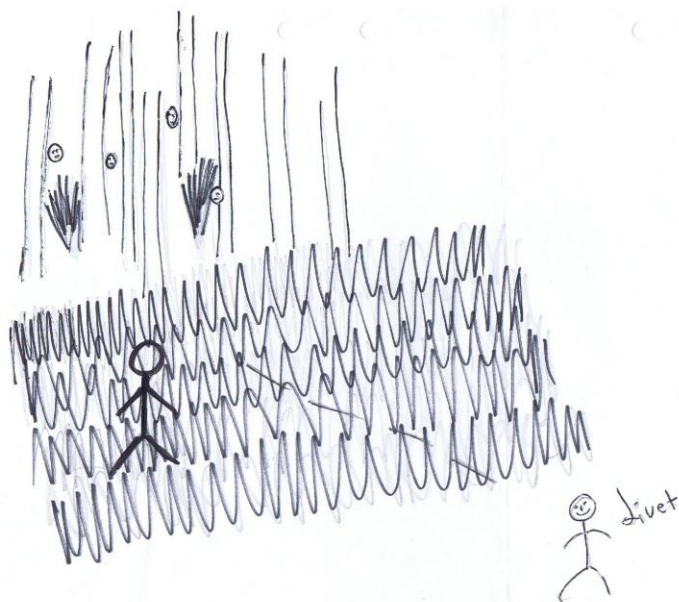
Samtliga symboldramamotiv

	Motiv	Tema
1	Blomman, två bilder	Egna resurser
2	Ängen, två bilder	Dödshotet
3	Bäcken	Dödshotet och övergivenhet
4	Ett skönt bad	Dödshotet
5	Huset 1	Dissociation
6	Berget	Utsatthet och ensamhet
7	Huset 2	Möter sin ångest
8	Skogsbrynet	Fortsatt arbete med traumat
9	Möte med varg eller lejon	Ondskan
10	Kvinnonamn	Jag identitet
11	Ett djur i en djurfamilj	Övergivenhet och samhörighet
12	Vara en delfin	Samhörighet
13	Möte med någon eller något	Övergivenhet och samhörighet
14	Ett hus med tecken på barn	Övergivenhet
15	Barnstolen	Övergivenhet
16	Tre saker	Jag identitet
17	Möte med jägaren	Konfrontation och separation
18	Gå in i en blomma	Autonomi
19	Grottan	Autonomi
20	Kärret	Autonomi
21	Titta ut genom ett fönster	Avslut
22	Ta emot den bild som komme	Integration

Motiv nr 3 ; "Bäcken"



Motiv nr 22; "Ta emot den bild som kommer"



Självbildstest

I den här studien används självbildstestet Strukturell Analys av Socialt Beteende (SASB) för att mäta självbilden. Testet är utvecklat av Benjamin (1996) och den svenska versionen har testats och visat på en god validitet och reliabilitet (Armeliuss, 2001). Testet består av 36 påståenden där personen får skatta hur väl påståendena stämmer in. Skalorna varierar från 0 "stämmer inte alls", till 100 "stämmer helt". Påståendena delas vid bearbetningen in i åtta kluster och medelvärdet ger en uppfattning om hur personens självbild ser ut. Kluster 1 skattar autonomi, kluster 2-4 beskriver en positiv själv bild, kluster 5 kontroll och kluster 6-8 beskriver en negativ självbild. Beräkning visar om det finns balans mellan autonomi och kontroll och om självbilden är positiv eller negativ. Referensvärden är framtagna (Armeliuss & Armeliuss, 2000; Armeliuss, 2001) och i föreliggande studie används dessa värden för jämförelse.

Kluster	2006	2008	2010	Kontroll**
1. Autonom	60*	60*	70*	40*
2. Acceptera sig själv	30	88	75	62
3. Tycker om sig själv	30	82	76	58
4. Tar hand om sig själv	53	65	60	57
5. Kontrollerar sig själv	46	76	44	54
6. Anklagar sig själv	80	13	18	26
7. Förstör för sig själv	82	16	16	16
8. Försummar sig själv	40	13	10	19

*Medelvärden för varje kluster. **n=52

Kommentar

När behandlingen startade 2006 hade Maja låga värden, < 50, i två av de tre positiva klustren och höga värden, > 30, i samtliga tre negativa kluster. Autonomi och kontroll var i hyfsad balans. Självbilden tolkas som starkt negativ främst då det gäller att anklaga och förstöra för sig själv. Men har en positiv del då det gäller klustret att ta hand om sig själv som har ett värde >50. Efter avslutad symboldramabehandlingen 2008 fick hon skatta SASB igen. Det visar då att självbilden har förändrats till det omvända, en starkt positiv självbild. Värdena i de positiva klustren har ökat betydligt, främst i kluster 2 och 3 som var låga, att acceptera och tycka om sig själv. Medan värdena i de negativa klustren sjunkit betydligt, fram för allt i kluster 6 och 7 som hade höga värden tidigare. Autonomi och kontroll är fortfarande hyfsat i balans men självkontrollen har nu ett högre värde än autonomi.

När behandlingen avslutades på hösten 2010 gjordes en ny skattning. Värdena visar fortfarande att det är en starkt positiv självbild men mer "normaliserad" i relation till kontrollgruppen. Balansen mellan autonomi och kontroll har förändrats något, värdena för självkontroll har minskat och autonomi ökat något. Autonomi är mer stabil över tiden medan självkontrollen verkar vara mer föränderlig.

