

Rapport KVAST

**Modified Lifespan Integration efter sexuellt trauma,
en kvalitativ studie om hur
patienten upplever behandlingen**

Emma Hanfot, ST-läkare, Gröndals vårdcentral

emma.hanfot@regionstockholm.se

Klinisk handledare: Gita Rajan, spec. i allmänmedicin, doktorand, verksamhetschef WONSA
Vetenskaplig handledare: Caroline Wachtler, spec. i allmänmedicin, post-doc, NVS, KI

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sexuellt våld och våldtäkt är vanligt förekommande. Posttraumatiskt stressyndrom/PTSD är en vanligt förekommande konsekvens som leder till lidande på individnivå och kostnader på en samhällsnivå. Nuvarande evidens för psykoterapeutiska behandling mot PTSD är låg. Förstahandsbehandlingarna som rekommenderas bygger på KBT med exponering. Ett stort problem är att patienter inte tolererar och avbryter behandlingarna. Modified Lifespan Integration/MLI bygger på modifierad exponering. Metoden är sparsamt studerad avseende effekt och aldrig avseende hur patienterna upplever behandlingen.

Syfte: Att förstå patientens upplevelse av MLI som behandling för PTSD efter sexuell trauma.

Material och metod: Sex patienter rekryterades genom konsekutivt urval från en pilotstudie som studerade effekt av en MLI-behandling mot PTSD efter sexuell singeltrauma. De genomgick semistrukturerade intervjuer som ordagrant transkriberades och analyserades kvalitativt genom konstruktivistiskt grundad teori med konstant jämförande metod och negativ fallanalys.

Resultat: Patienternas upplevelse och förståelse av MLI-behandlingen varierade över tid. MLI-behandlingen upplevdes som tolererbar men emotionellt utmanande och tung. Att prata om och få det sexuella traumat återberättat var svårt. Trygghet med terapeuten upplevdes som viktig. Patienterna upplevde varierande grad av subjektiv behandlingseffekt. De som upplevde positiv behandlingseffekt kopplade samman detta med tankar kring MLI-behandlingens verkningsmekanism, medan de som upplevde mindre positiv alternativt frånvaro av behandlingseffekt främst kopplade samman detta med kontextuella faktorer. En uppsjö kontextuella faktorer rapporterades varav de flesta var negativa kontextuella faktorer.

Slutsats: Patienterna upplevde MLI-behandlingen som tolererbar men emotionellt krävande. Många intressanta aspekter avseende upplevelse av behandlingen och kontext framkom och med denna information potential att förbättra patientens upplevelse av behandlingen och tolererbarheten. MLI-behandlingen är ett potentiellt kraftfullt verktyg för behandling av PTSD orsakat av sexuell våld och bör undersökas vidare.

MeSH: Posttraumatiskt stressyndrom, sexuell trauma, psykoterapi, kvalitativ forskning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	5
1.1 Syfte	8
2. FRÅGESTÄLLNINGAR	9
3. MATERIAL OCH METOD	10
3.1 Studiekontext	10
3.2 Studiepopulation och urval	11
3.3 Studiematerial och insamlingsprocess	12
3.4 Dataanalys	13
4. ETISKA ÖVERVÅGANDEN	15
5. RESULTAT	16
5.1 Översikt resultat	16
5.2 Utgångspunkten innan behandlingen	17
5.2.1 Innan behandlingen rapporterades hög symtombörda och kraftigt psykiskt illabefinnande	17
5.2.2 Man associerade starkt sitt psykiska illabefinnande med det sexuella övergreppet	17
5.3 Emotionellt utmanande behandling	18
5.3.1 Behandlingen upplevdes som tung, intensiv och tröttnande	18
5.3.2 Att själv beskriva det sexuella övergreppet upplevdes som jobbigt och känsligt	19
5.3.3 Återberättandet av minnet av sexuellt övergrepp skapade negativa känslor som succesivt avtog	20
5.3.4 Fiktiv del i behandlingen upplevdes olika	20
5.3.5 Trygghet med terapeuten var viktigt	21
5.4 Kognitiv förståelse av behandlingen och subjektiv behandlingseffekt	22
5.4.1 Få tankar och låg förståelse angående MLI-behandlingen innan den genomfördes	22
5.4.2 Inga tankar om MLI-behandlingen under behandlingen pga starka emotioner	22
5.4.3 Efter MLI-behandlingen mycket tankar kring metoden och man kopplade ihop det med subjektiv behandlingseffekt	23
5.4.4 Många upplevde en succesiv förbättring över flera månader upp till ett halvår	24
5.5 Kontextuella faktorer	25
5.5.1 Många varierande kontextuella faktorer påverkade patienten positivt och negativt	25
5.5.2 Alla hade prövat andra behandlingsformer innan och endast gruppterapi stack ut som positiv erfarenhet	26
6. DISKUSSION	27
6.1 Allmänt	27
6.1.1 Jämförelse med andra studier	27
6.1.2 MLI-behandlingen mer tolererbar än andra traumafokuserade terapier?	27
6.1.3 En MLI-behandling – inte rätt för alla	28
6.1.4 Förklaringsmodell för MLI-behandlingen återkom flera gånger	28
6.1.5 Succesiv förbättring över flera månader – intressant fynd	29
6.1.6 Fiktiv del i behandlingen verkar viktig	29
6.1.7 Kontextuella faktorer påverkade patienten starkt	29
6.1.8 Positiv upplevelse av gruppterapi	29
6.2 Styrkor och svagheter	30
6.3 Implikationer	31

<i>6.4 Framtida studier</i>	32
<i>6.5 Slutsats</i>	32
REFERENSLISTA	33
BILAGOR	35
<i>BILAGA 1</i>	36
<i>BILAGA 2</i>	38
<i>BILAGA 3</i>	40
<i>BILAGA 4</i>	41

1. BAKGRUND

Sexuellt våld är vanligt förekommande i Sverige och världen i övrigt. Under 2020 anmäldes omkring 25 000 sexualbrott i Sverige och av dessa kategoriseras 9580 som våldtäkt (1). Vid jämförelse av antal anmälda våldtäkter med antal personer som uppger att de blivit utsatta för våldtäkt i befolkningsundersökningar ter det sig som att mörkertalet gällande antal våldtäkter är stort (2, 3). Våldtäkt är definierat juridiskt (4) och innefattas i den bredare kategorin sexuellt våld som definierats av WHO (5). Sexuellt våld och våldtäkt är associerat med negativa medicinska och psykologiska konsekvenser direkt efter händelsen, men också långt senare i livet (6-8). Sexuellt våld har identifierats internationellt (8) och nationellt (9) som en viktig folkhälsofråga.

Det finns en stark koppling mellan sexuellt våld och posttraumatiskt stressyndrom/PTSD, som i sin tur leder till lidande på individnivå och kostnader på en samhälls nivå. Sexuellt våld och våldtäkt är den vanligaste bakomliggande orsaken till PTSD hos kvinnor (10, 11). En studie gjord på akutmottagningen för våldtagna på Södersjukhuset i Stockholm visade att 39% av patienterna hade utvecklat PTSD 6 månader efter den första kontakten med mottagningen (12). På individnivå leder PTSD till lidande i form av funktionsnedsättning, nedsatt livskvalitet, förlorade arbetsdagar, ökad risk för suicidalt beteende och är dessutom associerat med ökad komorbiditet avseende både andra psykiatriska åkommor och somatiska åkommor(13-15). Detta i sin tur leder till stora kostnader på samhällsnivå (16).

PTSD definieras av olika kriterier enligt DSM 5. I stora drag utlöses sjukdomen av en traumatisk händelse/händelser och är associerat med återupplevande (minnesbilder, flashbacks, mardrömmar, dissociation), undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning och markanta stimulusreaktioner till följd av händelsen (exempelvis hypervigilans, lättskrämdhet, sömnsvårigheter) (17).

Den nuvarande evidensnivån för olika psykoterapeutiska behandlingar av PTSD är låg. Det finns viss evidens för flera olika typer av psykoterapeutiska behandlingar, dock håller många av studierna låg kvalitet (18). Enligt Socialstyrelsen Nationella Riktlinjer rekommenderas patienter, vuxna och barn, med konstaterad PTSD i första hand traumafokuserad KBT med exponering (19). Traumafokuserad KBT med exponering går ut på att patienten på olika sätt

exponeras för det som väcker obehag eller ångest. För patienter med våldtäkt som utlösande trauma som orsakat PTSD, kan exponeringen innebära exempelvis återberättande av våldtäkten i terapin och hemläxa att lyssna på en ljudinspelning av patientens egna berättelse av minnet från våldtäkten upprepade gånger under en längre tid (19).

Ett problem är att patienter med PTSD i hög grad avbryter psykoterapeutiska behandlingar (20) och flera studier har undersökt predisponerande faktorer till avbrytande av behandlingar och olika sätt att förutspå avbrytande av behandling (21, 22). Det finns viss evidens för att patienter i högre utsträckning avbryter traumafokuserad psykoterapi jämfört med icke-traumafokuserad psykoterapi (18). Det finns inga studier som studerar patientens subjektiva uppfattning angående bevekelsegrunderna till att avbryta PTSD-behandlingar.

Lifespan Integration/LI är en psykoterapeutisk behandlingsmetod som utvecklades för patienter med PTSD 2002 (23). Metoden bygger också på exponering men patienten behöver själv berätta om traumat endast en gång och därefter exponerar terapeuten patienten genom återberättande genom så kallade nyckelminnen (memory cues). LI bygger på antagandet att PTSD-symtomen beror på att den traumatiska händelsen inte lyckats lagras som ett episodminne och därmed inte integrerats i patientens kronologiska minne. Genom LI-behandlingen integreras det traumatiska minnet till episodminnet och det limbiska systemet slutar att uppfatta det traumatiska minnet/händelsen som ett hot i nuet med efterföljande minskning av kardinalsymtom av PTSD som återupplevande, undvikande och överspändhet. Genom att under cirka 2 timmar följa ett repetitivt protokoll och en individuell tidslinje som går från det specifika traumat till nutid behandlas det specifika traumat. Patienten behöver endast vid ett tillfälle själv berätta om det sexuella traumat och därefter nyckelminnen fram tills nuet. Därefter repeterar terapeuten protokollet/minnesserien för patienten upprepade gånger. Exponeringen sker således alltid tillsammans med terapeuten och terapeuten kan justera återgivningens form för att göra det mer tolererbart för patienten genom att exempelvis modifiera takten för återberättandet av det traumatiska minnet utefter patientens känslomässiga reaktioner. Ibland används också en fiktiv del i behandlingen där patienten ombeds besöka sig själv i förfluten tid och får då möjlighet att kunna på ett fiktivt plan, göra eller säga saker till sig själv eller sin förövare i syfte att minska skam och inbringa känsla av agens kopplat till det traumatiska minnet (23). LI som behandlingsmetod är sparsamt studerad i vetenskapliga kontext. Studierna som är gjorda visar lovande resultat men är kohort- och fallstudier med små studiepopulationer (24-26). WONSA (World of no sexual abuse), en icke

vinstdrivande och politiskt obunden organisation i Stockholm med en specialiserad klinik som ger vård till patienter som blivit utsatta för sexuellt våld (27) har utvecklat ett modifierat LI-protokoll/MLI som är manualbaserat mer systematiserad variant av LI-metoden (28). En mindre pilotstudie, individuellt randomiserad väntelista – kontrollerad behandlingsstudie genomfördes och påvisade lovande resultat på minskad symtombörda avseende PTSD-symtom hos patienter med PTSD efter ett singel-trauma med sexuellt våld efter endast en behandling med MLI (28).

Teoretisk bör MLI som behandlingsmetod kunna upplevas av patienterna som skonsam, dock har inga studier gjorts avseende hur patienter upplever behandlingen.

1.1 Syfte

Syftet med studien är att förstå patientens upplevelse av Modified Lifespan Integration/MLI som behandling för PTSD efter sexuellt trauma.

2. FRÅGESTÄLLNINGAR

1. Hur upplevde och förstod patienterna MLI-behandlingen?
2. Hur påverkade kontexten upplevelsen av MLI-behandlingen?

3. MATERIAL OCH METOD

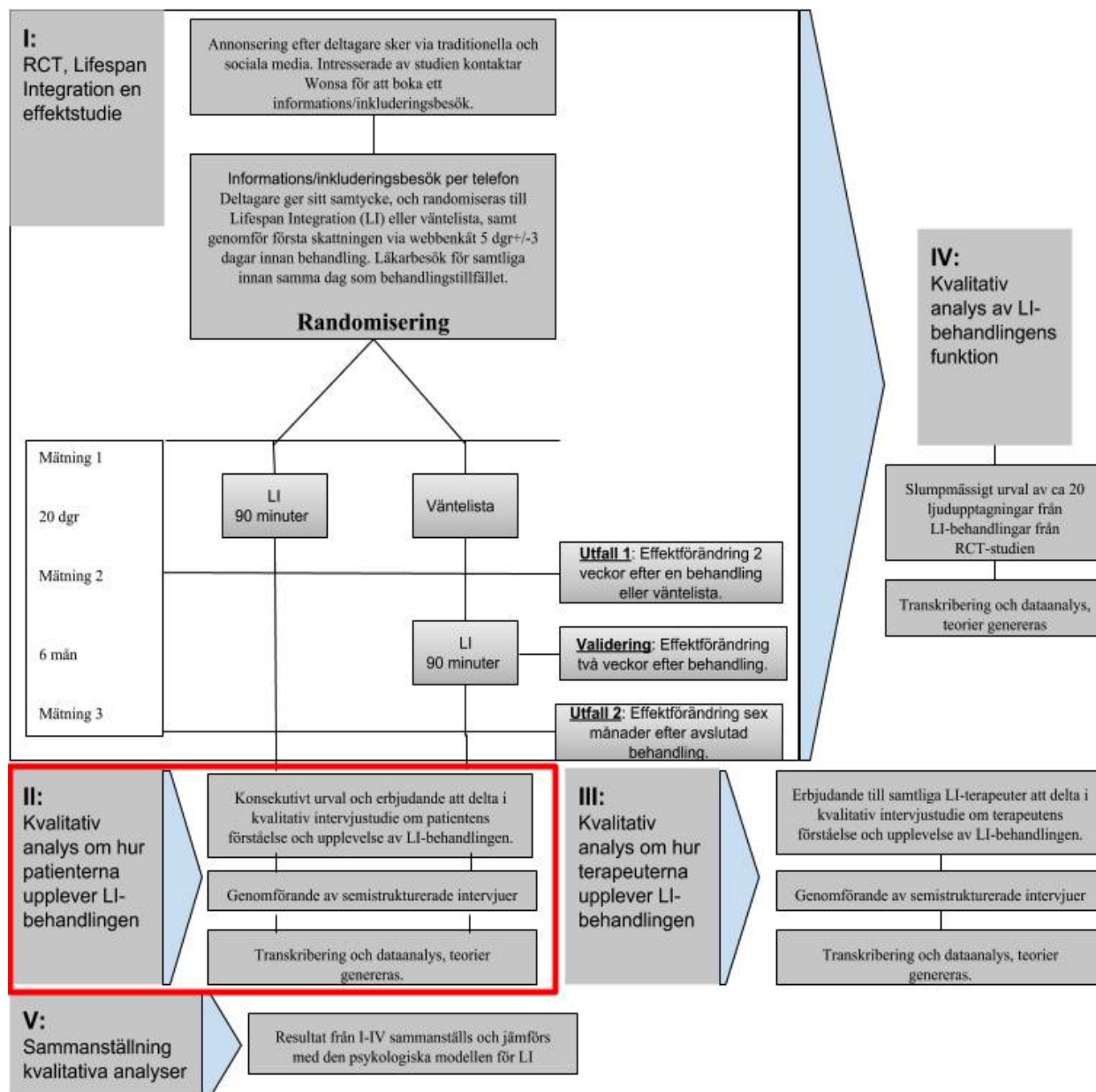
Studien var en kvalitativ analys av semi-strukturerade intervjuer. Det epistemologiska perspektivet är konstruktivistiskt och det teoretiska perspektivet baserat på konstruktivistisk grundad teori (29).

3.1 Studiekontext

Studien genomfördes som en del av en inbäddad kvalitativ processevaluering av en pilotstudie, individuellt randomiserad väntelista – kontrollerad behandlingsstudie som undersökte behandlingseffekt av **en** MLI-behandling hos patienter med PTSD utlöst av våldtäkt/sexuellt singeltrauma. Studien genomfördes på WONSA (27).

I pilotstudien erhöll interventionsgruppen en MLI-behandling och kontrollgruppen stod på väntelista för att senare erhålla behandling. Det primära utfallet är skillnad i förändring i skattningsskalorna Impact of Event Scale och självskattad hälsa för de två olika grupper vid olika tillfällen upp till sista mätningen efter 6 månader. För vidare detaljer angående pilotstudiens upplägg, var god se referens (28). För en schematisk illustration av den kvalitativa processevalueringen och dess integrering i pilotstudien och tydliggörande av ramen för detta vetenskapliga projekt, var god se **figur 1**.

Huvudsakligen var två forskare inblandade i studien. Emma Hanfot/EH var huvudansvarig för genomförandet av studien. EH är ST-läkare i allmänmedicin och genomförde forskningen som en del av sitt vetenskapliga arbete inom ramen för ST-utbildningen. Caroline Wachtler/CW agerade vetenskaplig handledare och översåg processen enligt nedan. CW är specialist i allmänmedicin, post-doc forskare och har god kunskap och erfarenhet avseende kvalitativ forskningsmetodik. Gita Rajan/GR agerade klinisk handledare och sakkunnig. GH är spec. i allmänmedicin, var doktorand under studiens genomförande och verksamhetschef på WONSA.



Figur 1: Flödesschema kvalitativ processevaluering och dess integrering i effektstudien/pilotstudien, ramen för detta vetenskapliga projekt är markerat med röd ruta.

3.2 Studiepopulation och urval

De patienter som inkluderats och slutfört pilotstudien angående behandlingseffekt, dvs efter att de har genomfört 6 månaders uppföljningen, kontaktades per telefon alternativt per epost och erbjöds deltagande i den kvalitativa studien. De kontaktades i den ordning som de slutfört studien av en forskare (EH) som inte har varit inblandat i deras behandling. Således inkluderas patienterna genom konsekutivt urval av patienterna inkluderade i pilotstudien, vars inklusions- och exklusionskriterier framgår av **tabell 1**.

Tabell 1: Inklusions- och exklusionskriterier för pilotstudiens patienter. Patienter inkluderades i den kvalitativa studien genom konsekutivt urval av de inkluderade patienterna i pilotstudien. *Självrapporterat eller bedömt av läkare på läkarbesöket inför inkludering.

INKLUSIONSKRITERIER	EXKLUSIONSKRITERIER
+ Person som är 15 år eller äldre vid studiens start, som har utsatts för ett sexuellt singeltrauma senast 5 år innan studiens start.	- Diagnoserna aktiv psykosjukdom, ADHD eller annan sjukdom inom autismspektrum.*
+ God förståelse av svenska.	- Multipla trauman*
+ Vill delta i studien.	- Pågående aktivt missbruk*

Deltagarna informerades om möjligheten att intervjuas om deras upplevelser av behandlingen. Vid intresse erhöll de skriftlig information via e-post samt gav skriftligt medgivande via webblänk alternativt skriftligt innan själva intervjun. En kopia på den skriftliga informationen om studien samt informerat samtycke finns på **bilaga 1**. Därefter inkluderades patienterna i studien och tid bokades för intervju.

En patient rekryterades för pilotintervju i syfte att justera den första versionen av intervjuguiden (**bilaga 2**). Patienten hade genomgått MLI-behandling på WONSA utanför ramen för studien. Patienten erhöll skriftlig information om studien och skrev på samtycke och medgivande (**bilaga 1**) men intervjun, transkriberades inte och användes inte i dataanalysen.

3.3 Studiematerial och insamlingsprocess

Studien bygger på ett dataset, 6 semistrukturerade intervjuer med patienter som genomgått MLI-behandling inom ramen för effektstudien/pilotstudien. Inför pilotstudien hade alla patienter fått den psykologiska modellen för MLI-behandlingen förklarad för sig skriftligt och muntligt på läkarbesöket inför behandlingen. Patienterna behöll samma kodnummer för avidentifiering av samtligt material som de hade i pilotstudien. EH genomförde alla intervjuer. Innan studiestart lyssnade EH på en inspelad MLI-behandling för att sätta sig in i kontexten. Pilotintervjun användes för att revidera intervjuguiden som användes som stöd i patientintervjuerna (vg se **bilaga 2** för första versionen innan pilotintervjun). Intervjuguiden

reviderades innan och efter pilotintervjun i enlighet och i samråd med GR med kunskap om MLI och CW med god erfarenhet av kvalitativa forskningsmetoder.

Deltagarna intervjuades under ca 1 timme om hur de upplevde MLI-behandlingen.

Ljudupptagning skedde via en "digital voice recorder" och sparades på en extern hårddisk med endast kodnumret som identifiering. Detta förvaras inlåst på WONSA liksom blanketterna för medgivande och samtycke. De sistnämnda scannades digitalt in i patientens studiejournal på WONSA.

Ett företag med sekretessavtal som Karolinska Institutet upphandlat tjänster av genomförde ordagrann transkribering. De transkriberade filerna sparades med samma kodnummer på den externa hårddisken som förvaras inlåst på WONSA. Efter studiens avslut kommer samtliga data flyttas till Karolinska Institutet och förvaras inlåst fram tills destruktion.

3.4 Dataanalys

Konstant jämförande metod användes som beskriven av Strauss, Corbin samt Charmaz (29, 30). Den transkriberade texten analyserades i följande steg:

- 1) Genomläsning av texten i sin helhet: För att få ett helhetsintryck
- 2) Kodning - rad för rad: Varje händelse eller fenomen ges en kod som klargör dess innebörd.
- 3) Konstruktion av koncept/subkategorier: Koder som har något gemensamt grupperas i koncept.
- 4) Kategorisering av koncept/kategorier: Koncepten relateras till varandra och kategoriseras.
- 5) Byggande av teorier/teman: När analysen leder fram till att alla kategorier av koncept kan integreras i en teori/ett tema analyseras själva temat.

Negativ fallanalys användes för att integrera, förfina och för att bygga teorier genom att aktivt leta efter fall som var oförenliga med den teoretiska modellen(29, 30). Dataprogrammet Dedoose version 8 användes för att underlätta dataanalysen. Både CW och EH deltog i steg 1. I steg 2 kodade EH alla intervjuer rad för rad. CW kodade en av intervjuerna för att kunna stödja handledningen av EH. Steg 3-5 leddes av EH. Efter initial konstruktion och kategorisering diskuterades subkategorier och kategorier i iterativ diskussion med CW.

Kategorier och subkategorier presenteras med illustrerande citat. Vissa citat har korrigerats grammatiskt och enstaka ljudord som "eh" har tagits bort för att öka den innehållsmässiga

förståelsen i citaten. Ibland har forskaren lagt till ord i versaler med parentes i citatet för att påpeka vad som avses i citatet. Exempelvis ” Ja, jag mår bra (EFTER BEHANDLINGEN).”

4. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, diarienummer 2018/296-32, var god se **bilaga 3**.

Patienterna i studien meddelades muntligen och skriftligen (information om studien och informerat samtycket, **bilaga 1**) att deras deltagande var frivilligt och att det när som helst kunde avbrytas utan att behöva förklara varför. Vidare säkerställdes patienternas anonymitet genom erhållande av kodnummer och att samtliga data utöver samtycket endast märktes med den givna koden enligt beskrivningen i material och metod. För hantering av insamlade data, ljudfiler, transkriberade intervjuer osv var god se studiematerial och insamlingsprocess.

Givet att intervjun, inom ramen för denna studie, inte hade som mål att gå in på det sexuella övergreppet/våldtäkten utan snarare fokuserade på hur patienterna upplevde MLI-behandlingen antogs det att intervjun inte skulle skapa obehag, det gick emellertid inte till fullo att utesluta. Deltagarna informerades därför om att de kunde välja att inte dela med sig av information som de var obekväma med. En strategi upprättades om obehag skulle ha uppstått hos deltagare under intervjun. De skulle då hänvisas direkt till läkarkontakt på WONSA för bedömning. En strategi upprättades också för om obehag skulle ha uppstått hos forskaren som genomförde intervjuerna/EH. Det fanns då möjlighet till handledning i anslutning till intervjutillfällena med en erfaren kvalitativ forskare som även är allmänläkare/CW.

De etiska riskerna bedömdes uppvägas av att omhändertagandet av patienter utsatta för sexuellt våld potentiellt kunde förbättras med hjälp av studieresultatet.

5. RESULTAT

5.1 Översikt resultat

Totalt rekryterades 6 patienter av 15 tillfrågade (40%). Samtliga patienter inkluderade i pilotstudien var kvinnor och därav dito i gruppen som rekryterades till intervjustudien. Medianåldern på studiedeltagarna var 24.5 år (medel var samma som medianen) och för hela gruppen av tillfrågade var median för ålder 25.5 år och medel 25.4 år. Avseende typ av sexuellt övergrepp var sexuellt övergrepp med penetrering av kroppsöppning/som vanligen brukar kallas våldtäkt, av partner eller person utanför familjen i vuxen ålder det vanligast förekommande. Enstaka patient hade flera sexuella övergrepp i historien (således felaktigt inkluderad i pilotstudien) och enstaka var utsatt för sexuellt övergrepp i barndomen (under 18 års ålder).

Materialet analyserades med utgångspunkten i patienternas upplevelse och förståelse av MLI-behandlingen samt hur kontextuella faktorer påverkade upplevelsen. Efter kvalitativ konstant jämförande analys framträdde det faktum att materialet ej uppnådde mättnad och att teman således var svåra att konstatera. Däremot framträdde tydliga kategorier av koncept/kategorier och subkategorier som framgår i **tabell 2**.

Tabell 2: Studiens kategorier och associerade subkategorier.

KATEGORI	SUBKATEGORI
5.2 Utgångspunkten innan behandlingen	5.2.1 Innan behandlingen rapporterades hög symtombörda och kraftigt psykiskt illabefinnande 5.2.2 Man associerade starkt sitt psykiska illabefinnande med det sexuella övergreppet
5.3 Emotionellt utmanande behandling	5.3.1 Behandlingen upplevdes som tung, intensiv och tröttande 5.3.2 Att själv beskriva det sexuella övergreppet upplevdes som jobbigt och känsligt 5.3.3 Återberättandet av minnet av sexuellt övergrepp skapade negativa känslor som succesivt avtog. 5.3.4 Fiktiv del i behandlingen upplevdes olika 5.3.5 Trygghet med terapeuten var viktigt
5.4 Kognitiv förståelse av behandlingen och subjektiv behandlingseffekt	5.4.1 Få tankar och låg förståelse angående MLI-behandlingen innan den genomfördes 5.4.2 Inga tankar om MLI-behandlingen under behandlingen pga starka emotioner 5.4.3 Efter MLI-behandlingen mycket tankar kring metoden och man kopplade ihop det med subjektiv behandlingseffekt 5.4.4 Många upplevde direkt en förbättring och vissa succesivt över flera månader upp till ett halvår.
5.5 Kontextuella faktorer	5.5.1 Många varierande kontextuella faktorer påverkade patienten positivt och negativt 5.5.2 Alla hade prövat andra behandlingsformer innan och endast gruppterapi stack ut som positiv erfarenhet.

5.2 Utgångspunkten innan behandlingen

Patienterna beskrev ett panorama av psykiskt illabefinnande som de associerade starkt med det sexuella övergreppet.

5.2.1 Innan behandlingen rapporterades hög symtombörda och kraftigt psykiskt illabefinnande

Patienterna uttryckte tydligt psykisk illabefinnande innan behandlingen. Symtom som framkom var tex nedstämdhet, ångest och oro, isolering, flashbacks och mardrömmar, nedsatt känslomässigt engagemang, koncentrationssvårigheter, likgiltighet, pessimism och nedsatt livslust samt självskadebeteende.

Kod 4: ” ... jag hade ju väldigt mycket mardrömmar och bilder och sådär i huvudet, framför allt att jag såg faror överallt. Att min hund skulle bli överkörd eller, att jag skulle tappa en kniv eller, alltså det var hela tiden såhär brutala bilder som, som jag fick va i, i vardagen, vilket var väldigt jobbigt för man gick ju runt och var väldigt rädd hela tiden.”

Kod 4: ” Mm, alltså jag var hemma väldigt mycket, isolerade mig, pluggade på distans. Beställde hem mat, gick inte ut, träffade inga kompisar. Jag umgicks bara med mina bröder och min mamma, och var hemma själv. Och så fort jag skulle gå ut så började jag gråta eller var tvungen att ringa någon liksom, för att orka åka tunnelbana och sådär. Så det var jobbigt bara att komma iväg på behandlingen liksom.”

Kod 7: ” Har ofta, fått såhär panikattacker. Och det har liksom... Ja. Gjort att jag inte kan koncentrera mig på studierna.”

Kod 8: ”Jag var jättenervös. Hade jättesvårt i sociala sammanhang, tunnelbanan var fruktansvärd. Hade jättesvårt att fokusera och jättesvårt att landa, liksom. Så jag var väldigt nerv-, otroligt nervös och paranoid.”

Kod 14: ” Ibland var jag ledsen, alltså grät typ varje dag, var... Alltså typ väldigt likgiltig. Jag var inte såhär, jag har aldrig haft självmordstankar, men jag var att... Ja, såhär, skulle jag bli påkörd skulle inte det göra nåt. Även om jag inte skulle göra nåt själv. Men jag var liksom bara, jag, jag brydde mig inte om nåt, eller någon.”

Kod 5: ” (JAG) mådde väldigt, väldigt dåligt. Över, alltså självskadebeteende och självmordstankar och sådär.”

5.2.2 Man associerade starkt sitt psykiska illabefinnande med det sexuella övergreppet

För en del av patienterna var det psykiska måendet som natt och dag efter det sexuella övergreppet. Medan för en del andra av patienterna hade psykisk ohälsa förelegat i bakgrunden innan det sexuella övergreppet, men även de associerade starkt försämrat psykiskt mående med det sexuella övergreppet.

Kod 1: ” *Det är efter det (DET SEXUELLA ÖVERGREPPET) som det här med ... självskadebeteende och självsvalt har kommit in. Det är på grund av övergreppen.* ”

Kod 4: ” *Jag var väldigt glad och mådde superbra innan den dagen (DAGEN INNAN DET SEXUELLA ÖVERGREPPET).* ”

Kod 4: ” *Som man inte riktigt har förstått själv innan, utan man försöker hela tiden rationalisera vad som har hänt (DET SEXUELLA ÖVERGREPPET), och tycker att nu är jag klar med det här. Och så är man inte det. För att kroppen vet, den är kvar i det på nåt sätt.* ”

Kod 5: Svarar på frågan om det fanns andra faktorer än det sexuella traumat som påverkade hennes psykiska mående: ” *..det var mycket andra grejer.... Jag hade väldigt svår uppväxt, så det är ju, ja...alltså, trauman från längre bak som...påverkade ungefär.* ”

5.3 Emotionellt utmanande behandling

Patienterna uttryckte generellt att MLI-behandlingen var tolererbar men emotionellt utmanande att genomgå men det utkristalliserades även flertalet specifika delar i behandlingen där man hade mer djupgående och specifika upplevelser. Dessa presenteras separat nedan.

5.3.1 Behandlingen upplevdes som tung, intensiv och tröttande

Genomgående uttryckte patienterna att det var en känslomässigt tung behandling, oavsett om de upplevde att den var hjälpsam eller ej. En majoritet beskrev också fysiska reaktioner kopplade till de emotionella reaktionerna. En del hade förväntat sig att behandlingen skulle vara jobbig, andra inte. Många uttryckte att de kände sig trötta efter behandlingen även om många samtidigt uttryckte en känsla av lättnad. En patient uttryckte det själv tydligt att hon dissocierade pga att det var för känslomässigt tungt och en annan uttryckte att hon var nära till dissociation.

Kod 4: ” *Jo men att, framför allt att gråta sådär mycket och, att man liksom kände sig helt urladdad efteråt och helt svag, och jag kände mig nästan yr. Jag kan tänka mig att det är massa, liksom, kunskap kring det där om hur kroppen fungerar och sådär att, det är verkligen en instinktiv reaktion. Det här traumat.* ”

Kod 5: ” *Jag stängde av under tiden, så jag vet inte riktigt... Jag är ganska bra på att dissociera om jag tycker att saker är jobbigt...* ”

Kod 1: ” *Sen skulle man liksom, nicka eller så, för att liksom, visa att man är med. Det var väl det (DÅ) jag kunde känna att jag svävade iväg ibland liksom.* ” och ” *Det som var lite läskigt med behandlingen... man skulle blunda liksom när hon berättade, men, man fick ju välja om man ville blunda eller titta. Det kändes jobbigare att blunda, än, när man liksom såg, allt framför sig.* ”

Kod 1: ” *Ja, jag mådde bra (EFTER BEHANDLINGEN). Alltså, trött, såklart, men...Rätt tom, liksom. Mentalt.* ”

Kod 7: ” Alltså, jag var helt såhär, jag behövde gå hem och sova (EFTER BEHANDLINGEN), och då hade jag inte, liksom avsatt tid för det för jag förstod inte att det skulle va såhär... ehm, ja, tröttande liksom.”

Kod 8: ”Eh, jätteintressant. Jättejobbigt såklart liksom. Och väldigt intensiv. Och man tänkte, tar det aldrig slut?”

Kod 14: ” Behandlingen var jobbig alltså just timmarna man satt där och fick behandlingen. Det var jobbigt att prata om det så många gånger osv.”

5.3.2 Att själv beskriva det sexuella övergreppet upplevdes som jobbigt och känsligt

De flesta patienterna upplevde att det var jobbigt och känsligt att själv beskriva minnet från det sexuella övergreppet. En del påpekade frustration över att behöva beskriva det sexuella övergreppet igen, då de behövt göra det i flera instanser tidigare (polis, andra delar av sjukvården osv). För andra var det första gången man beskrev övergreppet i detalj. Vissa beskrev att de drog sig för att berätta känsliga detaljer i händelseförloppet. Andra tyckte det var mindre jobbigt. Enstaka kopplade ihop sitt eget motstånd till att berätta med det faktum att terapeuten och patienten inte kände varandra väl. Enstaka uttryckte att det kändes lättare att berätta om övergreppet på WONSA eftersom det är en specialistmottagning för patienter utsatta för sexuellt våld.

Kod 7: ” Jobbigt, just för att jag har liksom fått återberätta det här till liksom alla instanser som jag har varit i kontakt med. Ehm, och det är ju såhär jobbigt i sig att berätta om, men så ska man ju, eller berätta det, flera gånger.” och ” Men sen så vet ju jag också att WONSA är specialister på det här ämnet, så det gjorde ju att det kändes bättre, för då kunde jag ändå tänka mig att de ändå fattar grejen.”

Kod 8: ” ... man är ju så ovan att prata om en sån sak så många gånger, liksom, för människor. Och då kan det kännas väldigt jobbigt att behöva prata om det liksom. Och, och så liksom i det skedet i livet ville jag heller inte kanske riktigt stå i fokus och så vidare, jag var ganska rädd för såna sociala kontexter. Och det där var ju som en mardröm, liksom. Att sitta och bara prata om liksom mig själv, och typ det värsta liksom man har varit med om. Så det var ju, det var ju jättejobbigt. Eh, och, men, jag förstår ju anledningen. Så det var bara att kämpa på.”

Kod 5: ” Det var väldigt konstigt när man inte träffat personen innan... Man skulle nog träffats kanske innan... Det blir väldigt såhär... Ja man ska berätta för en främling, typ... Då blir det ju också att man inte går in på detaljer, alltså, då, säger man mest övergripande liksom.”

Kod 1: ” Det är ju alltid jobbigt att prata om, såklart...”

Kod 4: ” Jag minns det inte som så jobbigt att berätta själv, jag hade redan berättat flera gånger för familjemedlemmar, polis och läkare, jag trodde att jag hade gråtit klart vid behandlingstillfället så jag berättade ganska sakligt. Däremot tror jag att jag drog mig för att berätta fysiska detaljer som jag tyckte varäckligt eller skämdes över, så jag nämnde dem bara lite snabbt eller en enstaka grej utan att gå in djupare på det fysiska.”

5.3.3 Återberättandet av minnet av sexuellt övergrepp skapade negativa känslor som succesivt avtog

Majoriteten av patienterna upplevde att återberättandet av minnet skapade negativt laddade emotionella reaktioner men att dessa avtog succesivt under repetitionerna. En mindre andel upplevde att de emotionella reaktionerna inte avtog och en person upplevde att de blev värre. Patienten som dissocierade under hela behandlingssessionen kunde inte redogöra i detalj för upplevelsen av att få minnet återberättat.

Kod 4: ”*Det hände ju massor. Alltså, ja, att man började gråta, eller man skrattar för man inser att det är helt sjukt, det som hände. Och sen så tror jag att, det var liksom omgångar tror jag, att jag bröt ihop, och sen så nån, några omgångar så kände jag ingenting, och sen så några omgångar senare så bröt jag ihop igen. Och grät jättemycket. Vilket var väldigt bra. För det är ju sällan man annars får såhär tid att bryta ihop, liksom. Det finns aldrig ett lämpligt tillfälle att göra det liksom. Och det gör man ju, eller jag gjorde det i panikattacker istället, för att jag fick aldrig utrymme att göra det. Så att det här blev ju verkligen koncentrerat till att få göra det. Och då hände det ju massa saker emotionellt.”*

och ”*Nu minns jag inte riktigt. Det var ju väldigt många gånger man läste upp de dära, men jag grät ju mer och mer tror jag, ju mer, ju fler gånger man läste det dära. Och sen nånstans i mitten så släppte det liksom, och sen... eh... Jag vet ju inte hur den här behandlingen går till så, men jag upplevde det som att när jag började lugna ner mig, så var det liksom klart.”*

Kod 1: ”*Ja, jag var ju skeptisk innan, det var jag, men jag märkte ju, efter varje gång, som det blev återberättat att, att det lättade liksom. Obehaget. Så det blev ju liksom att... Mm, det kanske funkar ändå.”*

Kod 8: ”*Det var absolut jobbigast första gången tror jag, att behöva yttra orden till en främling, liksom. Eh, sen blev det ju mindre och mindre jobbigt för varje gång (REPETITION).”*

Kod 14: ”*Lite, lite, lite lugnare kanske mot slutet för då var man såhär helt slut när man har gråtit. Alltså i typ så två timmar, då orkar man typ inte fysiskt sitta och gråta typ.”*

Kod 7: ”*Jag tyckte att det blev jobbigare och jobbigare efter varje repetition. Jag har för mig att behandlingen inte skulle ta mer än 2 h men min tog dubbelt så lång tid... I och med detta blev min tidslinje mycket längre än vad tanken förmodligen var och behandlingen tog väldigt lång tid. Jag upplevde den som tömmande på energi och att det blev värre ju längre jag satt där.”*

5.3.4 Fiktiv del i behandlingen upplevdes olika

Alla patienterna tillfrågades inte angående hur de upplevde den fiktiva delen i behandlingen, men två av deltagarna tog spontant upp deras upplevelser kring detta. Detta anses relevant då det verkar utgöra en viktig del i behandlingsstrategin. Den ena upplevde det som jobbigt men frigörande medan den andra inte kände sig bekväm.

Kod 4: ”*Det som var absolut jobbigast och mest frigörande var när terapeuten föreslog att jag i tanken skulle besöka mig själv i förfluten tid och få reagera på förövaren, göra något annorlunda och ta hand om mig själv. Då gjorde jag kopplingen att om det här hade hänt en anhörig till mig så hade*

jag reagerat mycket starkare, vilket tog fram en mer genuin reaktion hos mig själv där jag slutade försöka bygga upp försvar och erkände vad som hänt. Jag tror att en sund reaktion på händelsen förkroppsligades vid behandlingstillfället, för nu har jag mycket lättare till tårar som om min kropp vill säga mig hur jag verkligen känner.”

Kod 7: ” Ja, och sen så kände jag mig inte heller helt bekväm, i situationen (FIKTIV DEL I BEHANDLINGEN). Alltså jag kunde inte riktigt gå in för det så att jag kunde liksom säga det jag kanske ville säga. Utan att det, det blev såhär, att jag satt och tänkte på, att det fanns en såhär tredje part som tittade på oss. Och så blev jag såhär obekvämt.”

5.3.5 Trygghet med terapeuten var viktigt

De flesta patienterna upplevde att de kände sig trygga med terapeuten och att det var viktigt. De rapporterade även att de upplevde terapeuten som förstående, professionell, rar, ödmjuk och snäll samt att terapeuten ställde bra frågor. Två av patienterna upplevde sämre kontakt och mindre trygghet. Den ena patienten uttryckte ett samband mellan att känna sig otrygg med terapeuten och att hon endast träffade terapeuten en gång och även det faktum att hon dissocierade. Den andra upplevde terapeuten som kall och hård.

Kod 1: ” Jag kände mig liksom trygg... med terapeuten liksom, så det (ATT PRATA OM JOBBIGA SAKER) gick bra.”

*Kod 8: ”Ja alltså, verkligen professionell. Men då ska man också tänka, alltså, jag har träffat två tidigare och de har inte alls varit professionella liksom. Och liksom uttalat sig rasistiskt och allt möjligt. Jo, så det, det, men jag upplevde henne som jätteprofessionell.”
Och på frågan om hon kände sig trygg i behandlingssituationen: ”Absolut. Totalt trygg.”*

Kod 7: ”Jag har alltid tyckt om henne... Känns, väldigt rar... Och sen, jag tyckte ofta om vårt småprat innan behandlingarna, och ibland så ville jag att vi bara skulle sitta och småprata.”

*Kod 5: ” Det var väldigt konstigt när man inte träffat personen innan.”
Och ”Kanske också därför (PGA DISSOCIATION) som jag tyckte hon var lite konstig.”*

Kod 4: ” Men det var väldigt... skönt, det var väldigt fint att få känna saker också, liksom få ut alla känslor med en främling, och ändå känna sig trygg. Och omhändertagen... i ett främmande rum med en främling liksom. Det var jättefint.”

och ”Väldigt ödmjuk och snäll och lyssnar och ställde bra frågor och... Kände mig aldrig obekvämt eller, eller osäker eller nånting. Det var jättebra.”

och ”Att...vi ska liksom inte bygga nån relation, med den här terapeuten, utan det är bara min upplevelse nu som spelar roll, och det är bara det som händer inuti mig som spelar roll. Och det var väldigt bra, och bekvämt. ”

Kod 14:” Nej, jag tyckte hon... Jag förstår ju att det kanske är svårt från terapeutens håll, för man måste gå igenom det (ÅTERBERÄTTANDET/REPETITIONERNA) om och om igen. Eller liksom hon måste fråga frågor och liksom få det att gå vidare. Men jag tyckte det kunde kännas lite... Inte oförstående, men kanske lite kall. Fast ändå inte, alltså inte alls. Eh... Men liksom skulle jag gå på behandling liksom hos henne varje vecka så hade jag tyckte att hon hade varit lite för... Känts lite för kall och hård.”

5.4 Kognitiv förståelse av behandlingen och subjektiv behandlingseffekt

Det fanns en tydlig tidsaspekt avseende kognitiv förståelse av MLI-behandlingen. Från låg förståelse innan behandlingen, till att det var omöjligt att reflektera över behandlingen under behandlingen pga starka emotioner, till att reflektionen och den kognitiva förståelsen uppstod först efter behandlingen. Då kopplade man starkt samman resonemanget till subjektiv behandlingseffekt. Generellt verkar de med god behandlingseffekt reflektera mer över behandlingsmetoden och starkare associera metodens olika delar till deras förbättring. I motsats verkar de med mindre god eller frånvaro av behandlingseffekt associera det med mer kontextuella faktorer som inte har att göra med MLI-behandlingens metod.

5.4.1 Få tankar och låg förståelse angående MLI-behandlingen innan den genomfördes

Alla patienterna hade erhållit information om den psykologiska modellen för MLI i och med inkluderingen i pilotstudien. En del hade också själv läst på om metoden, andra inte. Vissa tyckte att metoden verkade lovande, andra var mer skeptiska, många hade svårt att förstå hur behandlingen var upplagd och de flesta hade svårt att förstå hur metoden skulle kunna fungera.

Kod 7: ” Jag vet inte om jag riktigt förstod vad det var för nånting, men jag blev bara så upprymd över att nån tog det här (SEXUELLT VÅLD) på allvar och liksom ville forska om det.”

Kod 4: ” Jag vet att jag läste om det, i samband med studien, alltså innan jag kontaktade WONSA. Och då kände jag lite sådär att jag inte riktigt förstod, liksom, hur det skulle fungera. Det lät också väldigt konstigt att man bara skulle ha ett till tre tillfällen och sådär. Hur ska nånting hinna ändras på den tiden liksom.”

Kod 1: ”Jag var ju lite skeptisk innan. Det lät underligt att man liksom skulle, kunna bearbeta ett trauma genom att bara lyssna på när nån annan berättar. Berättar om det. Upprepade gånger.”

Kod 5: ” Jo jag hade nog läst lite, men jag tror inte jag fattade riktigt hur det gick till typ.”

Kod 14: ” ...de gick igenom det (MLI-BEHANDLINGENS METOD) första gången jag var där, gick de ju igenom det jättetydligt hur det skulle gå till. Och då tyckte jag verkligen det lät... Alltså inte för att jag är jätteinsatt i hur hjärnan funkar, men det känns som att det absolut hade kunnat hjälpt. ”

5.4.2 Inga tankar om MLI-behandlingen under behandlingen pga starka emotioner

Under själva behandlingen reflekterade patienterna inte kring själva behandlingsmetoden. Då var de uppslukade av själva behandlingen och känslor kopplade till den.

Kod 14: ” Ja, jag vet inte om man tänkte lika klart då. Då tyckte jag mest bara det var jobbigt... Och liksom svårt att tänka på annat och så. Så jag kommer inte ihåg vad jag tänkte och kände.”

Kod 4: Svar på fråga angående tankar om MLI-metoden under själva behandlingen: ” Nej, inte alls, alltså jag, jag litade på liksom att, att terapeuten vet vad hon gör och, ja. Att jag är bara här och följer instruktioner.”

5.4.3 Efter MLI-behandlingen mycket tankar kring metoden och man kopplade ihop det med subjektiv behandlingseffekt

Tankarna om MLI-metoden efter behandlingen kretsade mycket kring varför metoden var effektiv eller inte. Patienterna kopplade samman detta med subjektiv behandlingseffekt.

Aspekter som patienterna tog upp gällande MLI-behandlingen som de associerade med en gynnsam behandlingseffekt var möjligheten att älja/repetera traumat om och om igen, att inte förtränga och acceptans för vad som hänt och förståelse för att det inte var ens eget fel att det hände, modifiering av minnet som mindre känslomässigt laddat och mindre närvarande i vardagen och en tidsförankring och förståelse för att traumat inte är pågående. Många återkom i deras resonemang till den bild de fått uppritad på läkarbesöket som förklaringsmodell till hur MLI-behandlingen var upplagd och fungerade.

Kod 1: ”Det är just det liksom, att man ska berätta som en tidslinje vad som händer innan och efter, att man liksom ser att man har varit med om andra, både positiva och negativa, saker, runt omkring händelsen, liksom att... Att inte fastna där.” och ” Att det liksom, även om det känns som att det hände igår så gjorde det inte det... Att man liksom visar hela livet inte har stannat upp”

Kod 4: ” Alltså jag är fascinerad bara överlag att det, bara en sån enkel sak egentligen som att älja den här upplevelsen, och att det verkligen, att man kunde, att jag hade liksom tänkt på den här upplevelsen i nästan ett års tid, dagligen, och jag fortfarande inte var färdig med det. Jag tänkte hela tiden att såhär, nu är det bra liksom, nu är jag över det här, och sen så när man var i det här rummet så märkte jag ju att, jag fick ju olika reaktioner varje gång. Så att då var man ju uppenbarligen inte färdig med att tänka på det här.”

Kod 4: ”Istället för att bara vara ledsen och känna sig som att nånting hände mig som jag liksom inte kunde rå för. Så blev det att såhär, okej men nu förstår jag ju dels hur jag kan reagera i stunden och att det inte var mitt fel, att det är en väldigt logisk och naturlig reaktion att bli passiv och frysa och allt det hära, som man, jag hade varit väldigt besviken på mig själv för att jag förväntade mig mer av mig själv. Och trodde att jag skulle reagera annorlunda i en sån situation. Och det gjorde jag ju inte alls. Eh, så att släppa den besvikelsen hjälpte väldigt mycket.”

Kod 7: ” Eh, och sen att gå igenom en livslinje. Och, få bara prata, på nåt vis, om det som har skett, och inte förtränga det.” och ” Alltså det finns nånting med den metoden, som är bra liksom, att arbeta med minne, minnesbilder och såhär, och med barnet i sig själv, typ och så.”

Kod 8: ”...det bästa är att liksom jag förstår ju hela det här konceptet nu, med att det är inte såhär när man läser om det, men vadå, att såhär, man ska typ få hjärnan att förstå att det är förbi. Men det är så coolt att det faktiskt funkar.”

Och: ” För förut var det (TRAUMAT) ju som en såhär skugga över allting. Såhär när man gick ut, bara på en pub, whatever, det var ju alltid där. Men nu är det aldrig där i princip, om inte jag aktivt tänker på det...Det är som att man ser det sammanhängande, att det börjar och att det typ tar slut. Medans man förut kunde såhär bara, mötas av en känsla eller en liten sekvens ur händelsen, men här

ser man hur den börjar och tar slut liksom. Och jag känner inte lika mycket inför det längre. Nu känner jag, ja men såklart jag känner ilska mot att det hände liksom, men, den här ångesten, den är inte lika närvarande. Över själva händelsen. På nåt sätt. Så det, det är såklart världens mörkaste händelse, men det är inte lika mycket känslor förknippat med det längre.”

Kod 14: *”Sättet liksom att gå igenom det och prata om det och förankra det i tiden tycker jag kändes väldigt... Ja men väldigt... Sant, eller väldigt liksom... Eh... Ja men som att det stämmer. Men sen nu tyckte jag i och för sig kanske inte att den (MLI-behandlingen) hjälpte, men det har ändå följt med mig. Den metoden liksom.”*

Aspekter som patienterna associerade med en ogynnsam behandlingseffekt av MLI-behandlingen var till stor del kontextuella. Exempelvis associerade man ogynnsam behandlingseffekt med att ha varit utsatt för flera trauman/multitrauma, det gått lång tid från händelsen och om patienten uppfattade sig själv som introvert. En aspekt som mer kan kopplas till själva MLI-behandlingen var om dissociation uppstod hos patienten.

Kod 14 svarar på frågan om varför hon tror att MLI-behandlingen inte fungerade: *”Det känns på nåt sätt som att det är så mycket mer. I mitt huvud, som... Ja, eller jag vet inte, det är som att, eftersom jag inte har bearbetat det nånting på fyra år så är det som att det är så... Jag vet inte, det känns som att det kanske hade hjälpt mer om jag hade gjort det närmare. Nu har det gått så lång tid att min hjärna liksom blivit knäpp. På nåt sätt.”*

Kod 7 svarar på frågan om vilka tankar hon har kring MLI-metoden: *”Men det kanske inte funkar för alla, alltså om man har, om man är såhär introvert. Eller om man har svårt för att såhär, gå in i situationen, då kanske”*

Kod 5 svarar på frågan om varför hon tror MLI-behandlingen inte fungerade: *”...det tänker jag är att, alltså, att jag dissocierade under tiden. Eller alltså att man... att det kanske inte var rätt för mig typ.” och ” Jag tänker att man nog inte ska göra det om man har andra trauman i bakgrunden, alltså jag... Eller jag vet inte men, det känns så... Det kanske är lättare,”*

5.4.4 Många upplevde en succesiv förbättring över flera månader upp till ett halvår

De patienter som upplevde en tydligt positiv behandlingseffekt beskrev ofta en succesiv förbättring efter behandlingen som varade under månader upp till ett halvår.

Kod 4: *” Alltså jag märkte ju en skillnad väldigt direkt efter behandlingen. Eh, men det var ju stegvis, kanske ett halvår efter som jag till och från fick panikattacker. Men inte alls lika ofta, och som stegvis blev liksom kortare och lättare. Så att, och nu mår jag jättebra.”*

Kod 8: *” Ja, första typ tre månaderna så var det som då att ingenting har ju hänt liksom. Men sen är det som att det har såhär successivt liksom blivit bättre ju längre tiden har gått. Och det är ju nu jag kan känna att det faktiskt har hänt nånting, ett år senare.”*

Kod 1: *” ...det blev liksom bättre och bättre, med tiden. När man liksom hunnit landa i vad det var som hände liksom. Med behandlingen.” och svar på frågan över hur lång tid förbättringen pågick: ”Eh, det var... tre månader kanske.”*

5.5 Kontextuella faktorer

Många varierande kontextuella faktorer framkom, såväl positiva som negativa och de påverkade patienternas mående. Samtliga patienter hade provat andra typer av behandlingar innan de provade MLI-behandlingen. Endast gruppterapi stack ut som en positiv erfarenhet.

5.5.1 Många varierande kontextuella faktorer påverkade patienten positivt och negativt

Både positiva och negativa kontextuella faktorer framkom. Exempel på negativa kontextuella faktorer var att man sökt hjälp och vård under lång tid utan framgång eller att man fått insatser men som inte hade någon eller otillräcklig effekt. Många upplevde dåligt bemötande inom vården. Andra exempel på kontextuellt negativa faktorer var livskris av andra skäl än det sexuella övergreppet, exempelvis pga allvarlig fysisk sjukdom hos patienten själv eller anhörig. Många upplevde att den rättsliga processen (om det startats en sådan) inverkar negativt på deras mående. Andra exempel är anhöriga som lade skulden på patienten för det sexuella övergreppet och att det sexuella traumat/övergreppet väckte upp andra trauman till liv (traumatisk uppväxt, alkoholiserad förälder). Det psykiska illabefinnandet till följd av det sexuella övergreppet hade negativ inverkan på arbets- och studieförmåga.

Kod 4: ” Ja alltså, det rev ju upp massa saker. Ehm, jag har en dålig relation med min pappa, han är alkoholist. Eh, så att det var väldigt mycket... liksom tankar kring honom och kring min uppväxt och så det rev upp liksom massa saker. Så att det var som att allting blev liksom dubbelt, för att det här triggade en massa andra grejer som jag mår dåligt över. Men det var ju bra också, för att då tog jag ju tag i det också. I samma veva liksom.”

Kod 4 ” ...jag inte fick hjälp i den vanliga vården. Ehm, jag var på flera läkarbesök, och jag fick massa telefonnummer till olika stödlinjer och kvinnolinjer och organisationer som aldrig ringde upp, och inte svarade i telefon. Så att jag kände mig väldigt såhär... Eh... Att jag liksom blev hänvisad till massa ställen som inte ens svarade liksom.”

Kod 7: Angående vården: ”...det var då som jag under den här tiden också hade kontakt med, eller försökte få kontakt med såhär vårdcentraler... Men de tyckte att jag var, alltså att mitt fall var för svårt. Och tyckte att psykiatrin skulle ha hand om det här. Men psykiatrin, menade på att, ja men du har ju inte försökt ta livet av dig, så vi kan inte hjälpa dig heller.” och ”... ett enormt svek från typ, hela samhället”

Kod 1 beskriver relationen som patienten hade innan och under MLI-behandlingen: ”På alla sätt var relationen destruktiv. Ja det förekom våld i den relationen. Psykiskt, mycket press och kontrollerade. Han ringde en gång i kvarten och fråga vad jag gjorde. Fysiskt, knuffar, krokben, han fällde mig osv..”

Kod 14 angående studier och arbete: ” Ja. Alltså jobb, jag vet inte, skolan ligger jag jättemycket efter i, efter, ett tag fick jag inte CSN, för jag inte klarade studierna. Men jobb har alltid... Jag vet inte, då är det som att jag kan stänga av allt annat. För att jobba.”

Exempel på positiva kontextuella faktorer var exempelvis att man fick gott stöd från familjen, ett engagemang i en förening och att man träffade ny trygg partner. Generellt rapporterade patienterna betydligt mindre kontextuellt positiva faktorer jämfört med negativa faktorer.

Kod 4: *"Jag har fått massa stöd av min familj."*

Kod 7: *"Jag var väldigt engagerad i den här föreningen, och föreningen var som ett sätt för mig att bearbeta mina trauman... För jag uttryckte att jag förut kände sån otrolig stress kring engagemanget i föreningen, men att jag nu känner mig mer trygg i den rollen. Eh, och att det har då, förbättrar ju självkänslan och självförtroendet också."*

Och kod 7 svarar på frågan om det fanns något positivt i livssituationen efter behandlingen som kan ha påverkan måendet positivt: *"Ja, det finns det. Eftersom jag har träffat nån."*

5.5.2 Alla hade provat andra behandlingsformer innan och endast gruppterapi stack ut som positiv erfarenhet

I princip alla patienter hade provat andra former av behandling innan MLI-behandlingen. Allt ifrån exempelvis kurator via sjukhusets försorg, till samtalsterapeut via UMO eller brottsofferjouren, psykologsamtal och KBT "in vivo" via psykiatrin till gruppterapi anordnat av ideella föreningar. Endast gruppterapin stack ut som en terapiform med subjektivt positiv behandlingseffekt.

Kod 14: *"Testat så många psykologer, tera-, jag har testat så mycket och inget hjälper, från första början trodde jag att tiden ändå skulle hjälpa till och läka, men det har det inte heller gjort."*

Kod 1: *"Jag har ju... KBT har jag ändå hållit på med i tre år och liksom inte känt så stor förbättring av det. Och Lifespan gjorde jag ju bara en gång, och det, kände mig bät-, mycket bättre på en gång."*

Kod 7: *"Att det finns sån power... (ATT) gå i stödgrupp och träffa andra i, som är så här samma, bakgrund och historia."*

Kod 5: *"I stödgruppen har man fler att diskutera med. Man hinner ju liksom... De jobbigaste delarna kom liksom, senare i, så man hinner ju lära känna folk innan man börjar... Det är ju stor skillnad."*

6. DISKUSSION

6.1 Allmänt

Studien visar att patienternas upplevelse och förståelse av MLI-behandlingen varierade över tid. Patienterna upplevde starkt psykiskt illabefinnande innan behandlingen som man associerade starkt med det sexuella traumat. MLI-behandlingen upplevdes som emotionellt utmanande och tung. Att prata om och få det sexuella traumat återberättat var svårt. Trygghet med terapeuten upplevdes som viktig. Patienterna upplevde varierande grad av subjektiv behandlingseffekt. De som upplevde positiv behandlingseffekt kopplade samman detta med MLI-behandlingens verkningsmekanism och här lade man stor vikt kring: Älta/repetera traumat, inte förtränga traumat, förankra traumat i en tidslinje och att det ledde till förbättring genom acceptans, mindre känslomässig laddning kring traumat och en tidsförankring och förståelse kring att traumat är över. De patienter som upplevde mindre positivt alternativt frånvaro av behandlingseffekt främst kopplade samman detta med kontextuella faktorer, såsom att ha varit utsatt för flera trauman/multitrauma, det förflutit lång tid från det sexuella traumat och om patienten var introvert eller dissocierade under MLI-behandlingen. En uppsjö kontextuella faktorer rapporterades varav de flesta var negativa kontextuella faktorer varav de flesta var ytterligare faktorer som bidrog negativt till patientens mående.

6.1.1 Jämförelse med andra studier

Det finns tyvärr inga andra publicerade kvalitativa studier som undersöker patientens upplevelse av MLI-behandlingen att jämföra med. Det finns studier som kvalitativt undersökt ungdomars upplevelse av traumafokuserad KBT som också pekar på att behandlingen upplevs som emotionellt utmanande, att prata om det sexuella traumat upplevdes som svårt, att kontakten med terapeuten är viktigt. Man fann även att det var viktigt för patienterna att bibehålla autonomi och kontroll (31).

6.1.2 MLI-behandlingen mer tolererbar än andra traumafokuserade terapier?

Upplevelsen bland terapeuterna och läkarna på WONSA är att patienterna tolererar MLI-behandlingen bättre än andra traumafokuserade behandlingsmetoder såsom exempelvis traumafokuserad KBT. Resultatet från den här studien visar dock att MLI-behandlingen är en emotionellt krävande behandlingsform. Ingen patient i studien avbröt MLI-behandlingen, således upplevde patienterna att behandlingen var tolererbar trots att behandlingen var emotionellt krävande. Viktigt dock att poängtera att det endast var en behandlingssession de

genomgick inom ramen för pilotstudien, vilket ju minskar risken/chansen att avbryta behandlingen. Två känslomässiga mönster under behandlingen framkom och kopplades ihop med att det blev för emotionellt jobbigt och patienterna kopplade samman detta med frånvaro av behandlingseffekt. De känslomässiga mönstren var dissociation som gjorde att patienten inte kunde tillgodogöra sig resterande del av behandlingen då terapeuten inte uppmärksammade att dissociation uppstått och det andra känslomässiga mönstret var när styrkan i de känslomässiga reaktionerna inte avtog under repetitionerna.

6.1.3 En MLI-behandling – inte rätt för alla

Patienterna som intervjuades inom ramen för den här studien rekryterades från de patienterna som ingick i pilotstudien avseende behandlingseffekt. De hade endast erhållit en MLI-behandling och pilotstudien avsåg att endast inkludera patienter med sexuellt singeltrauma. Tanken bakom detta var att patienter med sexuellt multitrauma sannolikt kräver annan behandling (längre och/eller annan typ av behandling). I studien var majoriteten av patienterna rätt inkluderade (sexuellt singeltrauma) och de flesta upplevde positiv subjektiv behandlingseffekt av MLI-behandlingen. Det framkom i studien vissa kontextuella faktorer som patienterna upplevde bidrog till minskad behandlingseffekt.

Några patienter som var felaktigt inkluderade pga exempelvis multitrauma kopplade själva ihop detta med att det faktum att de upplevde mindre subjektiv behandlingseffekt. Detta talar för att teorin att dessa patienter behöver annan form av behandling också stämmer överens med deras egen upplevelse. Andra kontextuella faktorer som patienterna rapporterade och kopplade ihop negativ behandlingseffekt var om patienten upplevde sig själva som introvert och om det gått lång tid från traumat.

6.1.4 Förklaringsmodell för MLI-behandlingen återkom flera gånger

Det var slående att många patienter som upplevde positiv behandlingseffekt uttryckte att de efter MLI-behandlingen fått en bättre kognitiv förståelse för vad som hänt dem/det sexuella traumat och de kopplade samman den med förklaringsmodellen av MLI-behandlingen som de fått beskrivet för sig på läkarbesöket innan behandlingen. Hade upplevelsen varit detsamma om de inte hade fått förklaringsmodellen presenterad innan behandlingen? Eller var det själva behandlingen som gjorde att deras förståelse av behandlingseffekten reflekterade essensen av MLI-behandlingens metod? Det vet vi inte, men det vi vet är att många patienter uttrycker en liknande bild som i stort liknar förklaringsmodellen för MLI-behandlingen.

6.1.5 Succesiv förbättring över flera månader – intressant fynd

Det är intressant att merparten av de patienter som upplevde subjektiv behandlingseffekt efter endast en MI-behandling, rapporterade om en succesiv förbättring över flera månader.

Särskilt eftersom kvantitativ data från skattningarna i pilotstudien avseende behandlingseffekt gav en liknande bild som patienterna själva rapporterar i denna studie (28).

6.1.6 Fiktiv del i behandlingen verkar viktig

I intervjuprotokollet fanns inga frågor specifikt riktade mot fiktiv del i behandlingen. I efterhand framkom det att detta är en central del av MLI-behandlingen. Två patienter rapporterade spontant deras upplevelse angående denna del av behandlingen. Det upplevdes som starkt positivt av den ena och negativt av den andra. Skulle studien upprepas kunde det vara av värde att närmare undersöka patienternas upplevelse av den fiktiva delen i behandlingen.

6.1.7 Kontextuella faktorer påverkade patienten starkt

Studien visade att patientens mående påverkades av många kontextuella faktorer och omständigheter som inte hade med det sexuella traumat. I en behandlingssituation kan det vara av värde att undersöka och belysa sådana och ge patienten hjälp och stöd inom eller utanför ramen för den egna verksamheten. Exempelvis stöd i rättsprocessen och kontakt med rehabkoordinator vid nedsatt arbets- och studieförmåga. Avseende dåligt bemötande i vården belyses det faktum att hälso- och sjukvårdspersonal behöver bättre kunskap angående hur man bemöter patienter utsatta för sexuellt våld samt resurser måste fördelas så att tillgången till vård förbättras. SKR har identifierat detta i deras rapport ”Vården vid sexuellt våld: Nuläge och vägar framåt” från 2020 (32).

6.1.8 Positiv upplevelse av gruppterapi

Samtliga deltagare rapporterade att de genomgått andra typer av behandlingar eller samtalsinterventioner tidigare. Endast gruppterapi stack ut som genomgående positiv behandlingsupplevelse och effekt. I litteraturen finns studier som tittat på behandlingseffekt gällande gruppterapi och gett lovande resultat, men innehållet och upplägget avseende gruppterapi verkar variera (33). Patienterna i den här studien hade erhållit gruppterapi genom frivillighetsorganisationer. Det vore intressant att studera behandlingseffekt och patienternas upplevelse av denna typ av behandling.

6.2 Styrkor och svagheter

Gruppen som studerades var representativa avseende ålder, kön och typ av sexuellt trauma om man jämförde med hela gruppen inkluderade patienter i pilotstudien. Av antalet tillfrågade så en relativt stor andel ja (40%) till att delta i den kvalitativa studien. Urvalet var konsekutivt och baserat på ja-sägarurval. Det finns en risk att patienter som upplevt positiv behandlingseffekt svarade ja i högre utsträckning än de patienter som upplevt frånvaro av behandlingseffekt. Syftet var att förstå patienternas upplevelse av MLI-behandlingen och om endast de med positiv upplevelse tackade ja skulle vi potentiellt missa en konträr upplevelse av behandlingen. Det faktum att gruppen dock var blandad avseende subjektiv behandlingseffekt och upplevelse av behandlingen talar dock emot detta. Patienterna rekryterades efter deras delaktighet i pilotstudien var avslutad (6 mån) för att inte interferera med resultatet på pilotstudien. Det skulle kunna ge så kallad "recall bias"/minnesfel/svårigheter att komma ihåg deras upplevelse av MLI-behandlingen pga att det förflutit lång tid. Eftersom fokus för den här studien inriktade sig på deras upplevelse av helheten i ett längre perspektiv och inte detaljerna anses detta ej ha varit en störande faktor. Det uppdagades att två patienter som rekryterades till den här studien uppfyllde exklusionskriteriet multipla trauman (dvs var felaktigt rekryterade i pilotstudien). För den kvalitativa studiens resultat fick vi även deras perspektiv på deras upplevelse av MLI-behandlingen, vilket ansågs vara positivt med tanke på att mycket intressant information framkom från just dessa patienter då deras upplevelse skiljde sig till del.

Den kvalitativa analysmetoden som användes grundades på konstruktivistiskt grundad teori med konstant jämförande metod, negativ fallanalys och baserades på semistrukturerade intervjuer. Metoden lämpade sig väl i ett explorativt syfte för att få fram rik information, variation och för att klargöra hur olika betingelser hänger ihop/var sammanlänkade. Patienternas upplevelse av MLI-behandlingen har aldrig studerats tidigare. Ingen publicerad kvalitativ studie har tidigare genomförts tidigare avseende någon aspekt av MLI-behandlingen. Denna studie bidrar till förståelsen för patienternas upplevelse av MLI-behandlingen. Sannolikt pga få inkluderade intervjuer blev det tydligt under dataanalysen att ny information och en del negativa fall framkom. Det indikerar att det skulle vara av värde att fortsätta samla information/inkludera fler intervjuer för att kunna säkerställa att bredden av upplevelser med eventuella likheter och diskrepanser fångas in. Samtidigt fanns en hel del återkommande och intressanta kategorier och koncept som rapporteras ovan.

Personen/EH som utförde intervjuerna och datanalen var inte involverad i patienternas behandling. Detta minskade risken för förutfattade meningar, partiskhet och ökade sannolikheten för neutral inställning, öppna och icke-ledande frågor samt neutralitet i dataanalysen.

Validering av kodning/datanalysen av senior forskare resulterade i bättre och mer rigorös kodning och slutresultat.

Inom ramen för den här studien kontrollerades inte relevansen. Detta kunde ha övervägts som en möjlighet, exempelvis genom att patienterna tillfrågades om åsikt och uppfattning av slutresultatet.

6.3 Implikationer

- Patienter med PTSD pga sexuellt våld upplever MLI-behandlingen som emotionellt utmanande men majoriteten upplever den som effektiv. Man bör beakta att även en engångsbehandling med MLI upplevs emotionellt utmanande och bör ha beredskap för detta med tex uppföljning och eventuellt förvarna patienterna om detta.
- Patienter med multitrauma, patienter som uppfattar sig själv som introvert och patienter där det förflutit lång tid sedan det sexuella traumat inträffade, verkade uppleva att detta försvårade MLI-behandlingen, detta bör beaktas vid val av behandling.
- Patienterna som upplevde dissociation eller att de emotionella reaktionerna inte avtog under behandlingen associerade detta med frånvaro av behandlingseffekt. Det kan vara viktigt för terapeuten att särskilt uppmärksamma dessa fenomen
- Man kan överväga att inkludera förklaringsmodellen för MLI-behandlingen som en del i behandlingsstrategin eftersom en kognitiv förståelse av det som har hänt och av MLI-behandlingen var associerat med positiv subjektiv behandlingseffekt.
- Man kan överväga att inkludera information till patienten innan behandlingsstart att succesiv förbättring över flera månader är vanligt.
- Det är viktigt att beakta och belysa kontextuellt negativa aspekter/faktorer och vid behov ge patienten hjälp med detta inom ramen för verksamheten eller via externa aktörer.

6.4 Framtida studier

- En fortsättning på denna studie med utökat antal intervjuer med syfte att uppnå mättnad. Man kan överväga att lägga mer fokus på hur de upplevde att de förbättrades efter MLI-behandlingen. Man kan även överväga att undersöka deras upplevelse av autonomi och kontroll, samt upplevelsen av den fiktiva delen i behandlingen.
- En jämförande analys av upplevelsen hos patienter som genomgått MLI-behandlingen respektive andra traumafokuserade terapier (traumafokuserad KBT-terapi, EMDR och gruppterapi) med fokus på tolererbarhet.
- Utveckla enkät (utifrån studieresultaten från denna studie) som screenar patienterna efter MLI-behandlingen för att fånga upp patienter som upplevt dålig kontakt med terapeuten, upplevt att emotionella reaktionerna inte avtar och upplevt dissociativa symtom.

6.5 Slutsats

Patienterna upplevde och förstod Modified Lifespan Integration som behandling varierade över tid. De upplevde starkt psykiskt illabefinnande som de associerade med det sexuella övergreppet. De upplevde generellt att MLI-behandlingen var en emotionellt utmanande men tolererbar behandling. Efter MLI-behandlingen hade patienterna mycket tankar kring metoden och man kopplade ihop det med subjektiv behandlingseffekt. Många intressanta aspekter avseende upplevelse av behandlingen och kontext framkom och med denna information potential att förbättra patientens upplevelse av behandlingen och tolererbarheten. Då mättnad inte uppnåddes bör fler intervjuer genomföras för att säkerställa generaliserbarhet. MLI-behandlingen är ett potentiellt kraftfullt verktyg för behandling av PTSD orsakat av sexuellt våld och bör undersökas vidare.

REFERENSLISTA

1. Brottsförebyggande rådet. Våldtäkt och sexualbrott (internet) Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2020 [updated 2022-01-25. Available from: <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/valdtakt-och-sexualbrott.html>.
2. Söderström M, Ahlin S. Nationella trygghetsundersökningen 2017. Stockholm; 2018.
3. Nationellt centrum för kvinnofrid N. Våld och hälsa, en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala; 2014.
4. Brottsbalken (SFS 1962:700). Sect. Kapitel 6.
5. World Health Organisation. Understanding and addressing violence against women, sexual violence. Geneva; 2012.
6. Sadler AG, Booth BM, Nielson D, Doebbeling BN. Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. *Obstet Gynecol.* 2000;96(3):473-80.
7. Carlson BE, McNutt LA, Choi DY. Childhood and adult abuse among women in primary health care: effects on mental health. *J Interpers Violence.* 2003;18(8):924-41.
8. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva; 2010.
9. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018 [updated 180109. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>.
10. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60.
11. Yaeger D, Himmelfarb N, Cammack A, Mintz J. DSM-IV diagnosed posttraumatic stress disorder in women veterans with and without military sexual trauma. *J Gen Intern Med.* 2006;21 Suppl 3:S65-9.
12. Tiihonen Moller A, Backstrom T, Sondergaard HP, Helstrom L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One.* 2014;9(10):e111136.
13. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* 2007;69(3):242-8.
14. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):38-46.
15. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H, Carragher N, Sunderland M. Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(5):512-21.
16. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 3-4.
17. Herlofson J. Mini-D 5 : diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Stockholm: Pilgrim Press; 2014.
18. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(12):Cd003388.
19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm; 2021.
20. Imel ZE, Laska K, Jakupcak M, Simpson TL. Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2013;81(3):394-404.
21. Keefe JR, Wiltsey Stirman S, Cohen ZD, DeRubeis RJ, Smith BN, Resick PA. In rape trauma PTSD, patient characteristics indicate which trauma-focused treatment they are most likely to complete. *Depress Anxiety.* 2018;35(4):330-8.
22. Rizvi SL, Vogt DS, Resick PA. Cognitive and affective predictors of treatment outcome in Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2009;47(9):737-43.
23. Pace P. Lifespan Integration: Connecting ego states through time. 5 ed ed. Snoqualmie: Eirene Imprint; 2009.
24. Balkus B. Lifespan integration effectiveness in traumatized women (unpublished doctoral dissertation). Kirkland: Northwest University; 2012 [Available from:

https://archives.northwestu.edu/bitstream/handle/nu/25053/balkus_bethany_psyd_2012.pdf?sequence=1.

25. Wall JM, Kwee JL, Hu M, McDonald MJ. Enhancing the hermeneutic single-case efficacy design: Bridging the research-practice gap. *Psychother Res.* 2017;27(5):539-48.
26. Lewis C. Integrating attachment processes in an adopted child with Lifespan Integration therapy, a hermeneutic single case efficacy design. . Langley Canada: Trinity western university; 2017.
27. Wonsa. Wonsa, om oss Stockholm: Wonsa; Date unknown [Available from: <http://www.wonsa.se/sv/om-wonsa/>].
28. Rajan G, Wachtler C, Lee S, Wändell P, Philips B, Wahlström L, et al. A One-Session Treatment of PTSD After Single Sexual Assault Trauma. A Pilot Study of the WONSA MLI Project: A Randomized Controlled Trial. *J Interpers Violence.* 2020:886260520965973.
29. Charmaz K. *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis.* London: SAGE; 2006.
30. Flick U. *The SAGE handbook of qualitative data analysis.* Los Angeles: SAGE; 2014.
31. Eastwood O, Peters W, Cohen J, Murray L, Rice S, Alvarez-Jimenez M, et al. "Like a huge weight lifted off my shoulders": Exploring young peoples' experiences of treatment in a pilot trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychother Res.* 2020:1-15.
32. Sveriges kommuner och Regioner S, Gyllner Bergmark C, Olgun F, Estling E. *Vården vid sexuellt våld, nuläge och vägar framåt.* Linköping; 2020.
33. Schwartze D, Barkowski S, Strauss B, Knaevelsrud C, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res.* 2019;29(4):415-31.

BILAGOR

- **Bilaga 1:** Patientinformation om studien och informerat samtycke
- **Bilaga 2:** Intervjuguide första versionen
- **Bilaga 3:** Etikansökan och godkännande
- **Bilaga 4:** Uppdrag från verksamhetschef till ST-läkare att genomföra VESTA – projekt eller annat projektarbete

BILAGA 1:

"Lifespan Integration efter sexuellt trauma, en intervjustudie"

Kodnummer:

Datum:

Forskningsassistentens signatur:

Du tillfrågas om deltagande i studien

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

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

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

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

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

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

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

Ingen ersättning utgår för deltagande. Deltagande är förstås helt frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför. Om du önskar ytterligare information om studien så svarar Emma Hanfot på telefonnummer 070 317 55 93.

Med vänlig hälsning,

Axel C Carlsson, Forskningsansvarig, KI

”Lifespan Integration efter sexuellt trauma, en intervjustudie”

Kodnummer:

Datum:

Forskningsassistentens signatur:

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag accepterar

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

Jag godkänner

att ljudinspelningarna från intervjun som jag deltagit i kommer förvaras inlåsta på Wonsa och senare på Karolinska Institutet.

att ljudinspelningarna kommer att användas på det sätt som beskrivits i patientinformationen.

Datum: _____

Underskrift: _____

Personnummer: _____

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

Datum: _____

Underskrift forskningsassistent: _____

Namnförtydligande: _____

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

BILAGA 2:

Intervjuguide version 3 korrigerad efter pilotintervju:

Introduktion + samtycke innan intervjun:

- Gå kortfattat igenom syftet med studien
- Hur materialet kommer att användas och förvaras
- Anonymitet och rätt till att avbryta
- Både positiv och negativa upplevelser uppmuntras att man delger.

Kongruens med protokollet:

- Hur fick du veta om studien?
- Blev du uppringd per telefon eller mail och fick information om studien?
- Skrev du på samtycke eller gjorde ett muntligt samtycke?
- Fyllde du i en webbskattning ca 1 vecka innan LI-behandlingen (5 dagar +/-3 dagar)?
- Träffade du läkare innan LI-behandlingen?
- Hur många LI-behandlingar genomgick du?
- Fick du fylla i ytterligare webbskattning 2 veckor efter LI-behandlingen?
- Fick du fylla i ytterligare webbskattning 6 månader efter LI-behandlingen?

Kontextuella faktorer som kan ha påverkat utfallet positivt alt negativt:

- Jag kommer snart att ställa dig frågor angående din livssituation innan, under och efter LI-behandlingen. För att kunna förstå tidsramen skulle jag behöva veta ungefär när sexuella traumat skedde tidsmässigt?
- Hur såg din livssituation ut innan LI-behandlingen?
- Hur såg din livssituation ut under LI-behandlingen?
- Hur ser din livssituation ut nu efter LI-behandlingen?
- Finns det något i din livssituation (som inte har med det sexuella traumat att göra) som kan ha påverkat ditt mående positivt eller negativt innan/under/efter LI-behandlingen?

Upplevelse och förståelse av LI:

- Hur upplevde du LI-behandlingen?
- Upplevde du något positivt med LI-behandlingen, i så fall vad?
Följdfråga: varför tror du att du upplevde "det pat uppgivit" som positivt?
Följdfråga: Upplever du att "det pat uppgivit" förändrat sig över tid?
- Upplevde du något negativt med LI-behandlingen, i så fall vad?
Följdfråga: varför tror du att du upplevde "det pat uppgivit" som negativt?
Följdfråga: Upplever du att "det pat uppgivit" förändrat sig över tid?
- Hur upplevde den delen av LI-behandlingen som gick ut på att beskriva det sexuella traumat?
- Vad hade du för tankar angående LI-metoden innan du själv upplevde den/genomgick behandlingen?
- Vad hade du för tankar angående LI-metoden under själva behandlingen?
- Vad har du för tankar angående LI-metoden nu efter behandlingen?
- För patienter som självupplevt effekt: Har du några tankar kring hur LI-metoden verkar?
- För pat utan självupplevd effekt: Har du några tankar kring varför LI-metoden inte fungerade för dig?
- Har du lärt dig något från LI-behandlingen?

- Hur upplevde du terapeuten i LI-behandlingen? Självfallet framförs varken positiv eller negativ feedback till terapeuten på individnivå.
- Har du försökt något annat för att bearbeta det sexuella traumat?
Om ja: Upplevde du att LI skiljde sig på något sätt från de andra terapimetoderna/de andra sätten du försökt?
På vilket sätt? Upplevde du att det fanns någon skillnad i behandlingseffekt mellan de olika metoderna?

Avslutande frågor:

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

Intervjuteknik:

- Sammanfatta
- Eko
- Känslomässiga affirmationer/kvitton
- Berätta mer: Du säger... kan du förklara mer om det/vad du menar med det.

BILAGA 3:

Godkännande av tilläggsansökan etiknämnden, diarienummer 2018/296-32:

2015/1868-31/2: Axel Carlssons tilläggsansökan till etikansökan

Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm
Inkom: 2018 -02- 12
Dnr: 2018/296-32

Bakgrund till tilläggsansökan:

Denna tilläggsansökan till tidigare godkänd etikansökan görs för att stärka nuvarande studie med en kvalitativ processevaluering. Syftet är att undersöka den underliggande mekanismen bakom behandlingseffekten av Lifespan Integration (LI) genom att förstå patientens och terapeutens upplevelse av LI-behandling samt att undersöka behandlingssessionernas funktion genom narrativ analys. I övrigt fortlöper studien enligt tidigare godkänd projektplan. Data kommer att samlas i form av semi-strukturerade intervjuer med deltagare och terapeuter efter genomfört deltagande i RCT studien.

Förändrade förutsättningar:

- A. **Rekrytering:** Alla deltagare på LI-behandlingsstudien kommer att kontaktas efter genomgången behandling och 6 månaders uppföljning via telefon av en person som inte har varit inblandat i deras behandling. Deltagarna kommer att informeras om möjligheten att intervjuas om deras upplevelser av behandlingen, utifrån **bilaga 4**. Vid intresse kommer de att erhålla skriftlig information via internet samt ge skriftligt medgivande via webblänk. Skriftlig information om samtycke och medgivande finns på **bilaga 4**. Därefter bokas tid för intervjun. Vi kommer även att tillfråga alla deltagande terapeuter i RCT studien att delta i en fokusgruppstudie efter det att RCT studien är avslutad.
- B. **Intervjuer:** Vi önskar tillstånd att utföra intervjuer enligt ovan jämfört med tidigare projektplan. Efter att deltagarna har lämnat informerat samtycke kommer de att intervjuas under ca 1 timme av en forskare om hur de upplevde LI-behandling. Deltagarna kommer att informeras om att de kan välja att inte dela med sig information som de är obekväma med. Vi kommer att skriva protokoll för hur man ska gå tillväga vid om eventuellt obehag eller risk för obehag uppstår hos forskaren eller deltagaren under intervjun. Vi väljer också att de som utför intervjuerna kommer att utföras av en forskare med god kunskap inom medicin.
- C. **Material:** Intervjuerna kommer att spelas in på band för att sedan transkriberas ordagrant för analys. Intervjuerna kommer att avidentifieras och materialet kommer att förvaras låst enligt Kis riktlinjer.

Bilaga 1: Tidigare godkänd tillägg till etikansökan

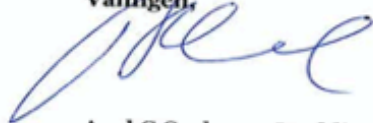
Bilaga 2: Tidigare godkänd etikansökan

Bilaga 3: Tidigare godkänd forskningsplan med ändringar markerade

Bilaga 4: Samtyckesinformation

Bilaga 5: CV för forskare

Vänligen,



Axel C Carlsson, Huddinge 20180127

GODKÄNNS 2018-02-14

Pär Sparen
Vetenskaplig sekreterare
Regionala etikprövningsnämnden
i Stockholm

BILAGA 4:

Uppdrag från verksamhetschef till ST-läkare att genomföra VESTA - projekt eller annat projektarbete

Projektuppdrag till ST-läkare

Uppdrag från verksamhetschef på WONSA till ST-läkaren

Emma Hanfot, 831212-0028

.....

att som vetenskapligt projektarbete, inom ramen för sin ST tjänstgöring, genomföra nedanstående verksamhetsutvecklingsarbete och/eller kvalitetsuppföljning inom resultatenheten. Projektarbetet får enbart omfatta dokumenterade patientdata/patientinformation från patienter som är eller har varit patienter inom resultatenheten. Om patienten själv aktivt ska medverka i projektet, t.ex. genomgå intervju, besvara enkät eller genomgå klinisk undersökning, förutsätter det att patienten är en aktuell patient inom resultatenheten och patientens skriftliga samtycke till medverkan. Verksamhetschefen ansvarar för att projektarbete genomförs i enlighet med SLSO:s riktlinje för kvalitetsuppföljning via patient-/journaluppgifter.

Beskrivning av projektet och tidsperiod:

Det pågår en större randomiserad kontrollerad öppen behandlingsstudie med blindad utvärderare på Wonsas klinik för sexuellt traumatiserade patienter som undersöker om Lifespan Integration (LI) är en lämplig behandlingsmetod efter sexuellt trauma. I syfte att stärka denna studie planeras ett tillägg med en kvalitativ processevaluering.

Syftet är att undersöka den underliggande mekanismen bakom behandlingseffekten av LI genom att förstå patientens och terapeutens upplevelse av LI-behandling samt att undersöka behandlingssessionernas funktion genom narrativ analys. Data kommer att samlas i form av semi-strukturerade intervjuer med deltagare och terapeuter efter genomförd deltagande i RCT studien.

Inom ramen för det vetenskapliga projektet kommer endast analys av patientintervjuerna att inkluderas.

Tidsperiod 180319-180513.

Vetenskaplig handledare: *Caroline Wachtler*

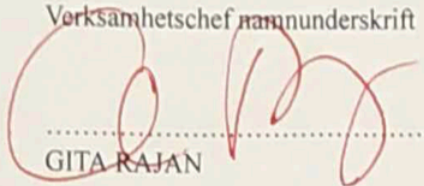
Klinisk handledare: *Gita Rajan*

Löpande avrapportering och uppföljning till verksamhetsledning: Gita Rajan

Rapportering av slutfört projektarbetet till verksamhetsledning: Gita Rajan

Datum och ort: 180321, Stockholm

Verksamhetschef namnunderskrift



.....

GITA RAJAN

ST läkare namnunderskrift



.....

EMMA HANFOT