

Examensarbete 15 hp

Högskolan SAPU Psykoterapeutprogrammet 90 hp

Vårterminen 2026

**Deep Brain Reorienting, framtidens traumapsykoterapi? Legitimerade psykoterapeuters
upplevelser av metoden**

Författare: Åsa Gunnarsdotter

Handledare: Lillian Döllinger

Examinator: Jennifer Strand

SAMMANFATTNING

Studiens syfte var att undersöka psykoterapeuters upplevelser av Deep Brain Reorienting (DBR) som traumapsykoterapimetod. Studien genomfördes med en kvalitativ, fenomenologisk ansats och tematisk analys. Nio legitimerade psykoterapeuter intervjuades med semistrukturerade intervjuer. Materialet transkriberades, kodades, sorterades i teman och analyserades med tematisk analys.

Två huvudteman utkristalliserades. Det första, **DBR som en unik metod**, beskrev hur DBR uppfattades som ett nytt synsätt på trauma, särskilt genom fokus på chockreaktioner i hjärnstammen och dess kroppsliga implikationer. Metoden beskrevs vidare som trygg, mild och samtidigt kraftfull. Det andra huvudtemat, **Psykoterapeutens kliniska vardag med DBR**, belyste både utmaningar, såsom den komplexa neurobiologiska teorin och arbetet med dissociativa patienter, och betydelsen av handledning samt egen DBR-erfarenhet.

I diskussionen konstateras att resultat av hittills publicerade studier går i linje med det informanternas delger i intervjuerna.

Nyckelord: Deep Brain Reorienting (DBR), trauma, psykoterapi, chock, hjärnstam

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate psychotherapists' experiences of Deep Brain Reorienting (DBR) as a trauma psychotherapy method. The study was conducted using a qualitative, phenomenological approach and thematic analysis. Nine licensed psychotherapists were interviewed through semi-structured interviews. The material was transcribed, coded, organized into themes and analyzed with thematic analysis.

Two main themes were revealed. The first, **DBR as a unique method**, described how DBR was perceived as a new perspective on trauma, particularly through its focus on brainstem shock reactions and their bodily implications. The method was further described as safe, gentle, and at the same time powerful. The second main theme, **The psychotherapist's clinical everyday practice with DBR**, highlighted both challenges, such as the complex neurobiological theory and working with dissociative patients, and the importance of supervision as well as personal experience with DBR.

In the discussion, it is noted that the findings of previously published studies were consistent with what the informants stated in the interviews.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	3
INLEDNING	5
Processen vid en DBR-behandling.....	5
Presentation av tidigare forskning och litteratur	7
Syfte och forskningsfråga	8
METOD	8
Beskrivning av metod och metodval.....	8
Urval.....	9
Deltagare.....	9
Datainsamling.....	10
Analys.....	10
Etiska perspektiv.....	11
Förförståelse	11
RESULTAT	12
Huvudtema: DBR som en unik metod.....	13
<i>Subtema: DBR erbjuder ett nytt synsätt på trauma</i>	13
<i>Subtema: DBR som trygg och mild metod</i>	14
<i>Subtema: DBR sätter kroppen i fokus</i>	14
<i>Subtema: DBR och hjärnstammen</i>	15
<i>Subtema: DBR är en kraftfull metod</i>	15
Huvudtema: Psykoterapeutens kliniska vardag med DBR.....	15
<i>Subtema: Utmaningar med DBR</i>	16
<i>Subtema: Terapeuters praktik med DBR</i>	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	18
Studiens användbarhet och framtida forskning.....	20
REFERENSER	21
BILAGA 1 - Intervjuguide	23
BILAGA 2 - Informationsbrev	24

INLEDNING

Beprövade behandlingsmetoder för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) såsom *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) och *Prolonged Exposure* (PE) har evidens, men hjälper långt ifrån alla drabbade. Kearney et al. (2023) menar att med dagens "gold-standard treatments"¹ upplever mer än 50 % ingen effekt av behandlingen och mer än 18 % hoppar av behandlingen. Behovet av fler verksamma behandlingsmetoder är således ständigt motiverat. Hos personer med tidiga långvariga anknytningsrelaterade barndomstrauman, vilket kan leda till komplext posttraumatiskt stressyndrom (C-PTSD), och vid PTSD är lidandet stort och ofta livslångt utan adekvat hjälp och behandling. I metoden Deep Brain Reorienting (DBR) fokuseras på att försiktigt spåra och läka den kroppsliga chocken som utlöstes av traumatiska upplevelser, vilket kan leda till en minskning av kvarvarande stress och traumatisering. Kearney et al. (2023) kopplar denna chockreaktion till skeenden i de djupt liggande delarna i hjärnan, det vill säga i hjärnstammen och mitthjärnan. De menar vidare att DBR erbjuder ett helt nytt synsätt på var traumatiska chockminnen lagras och hur de fortsätter återaktiveras i aktuella kontexter.

Lanius (2025) beskriver hjärnan som ett hus där *cortex* (vår tänkande del) är taket. Det limbiska systemet (våra känslor) är stommen och hjärnstammen (vår överlevnadshjärna) är grunden. Att reparera husets grund först ökar chansen till framgång när man senare reparerar taket (som vid KBT).

DBR som traumapsykoterapi introducerades 2020 av den skotske psykiatern Frank M. Corrigan. Metoden utvecklades primärt för behandling av komplex trauma (C-PTSD) såsom långvariga relationella barndomstrauman och anknytningstrauman. Metoden är neuroaffektiv med fokus på reaktioner som sker djupt ner i hjärnstammen och mitthjärnan vid återkommande chockerande händelser. Vid C-PTSD som utvecklats under barndom har individen vid dessa chockhändelser kontinuerligt lämnats ensam med överväldigande känslor utan hjälp med reglering, spegling och trygghet.

Processen vid en DBR-behandling

Corrigan et al. (2024) beskriver processen enligt nedan.

Vid behandling med DBR utgår man ifrån att det centrala för läkning är att spåra den initiala utgångspunkten för kroppens svar på ett hot (chockreaktion) och transformera den kroppsliga preaffektiva chocken som därav följer. Hjärnstammen är den del av hjärnan som först läser av och reagerar på stimuli, inklusive hotfulla och skrämmande sådana. Detta kallas i DBR för en

¹ Med "gold-standard treatments" menas EMDR, PE och *Cognitive Processing Therapy* (CPT).

chockreaktion. Den första reaktionen vid upplevd fara sker i *superior colliculus* (SC) som aktiverar muskelanspänning i nacke och/eller ansikte, vilket styr huvudet mot eller från det potentiellt hotfulla. Denna aktivering kan kännas i området runt panna och ögon eller vid skullbasen. Den kan upplevas som ett tryck, vibration/darrning eller spändhet. Reaktionen kallas i DBR för en orienteringsanspänning (ofta benämnd ankare i terapin). Den är en sensomotorisk aktiveringsrespons som används som startpunkt för en behandling och som även fungerar som en hållpunkt. Till den kan man, vid behov, återgå för att lugna systemet vid eventuella överväldigande känslor och försvarsreaktioner såsom dissociation under processen. I behandlingen återger patienten en aktuell situation (under de senaste två veckorna) där hen noterat en chockreaktion (det aktiverande stimuli). Det är av vikt att noggrant säkerställa den exakta millisekunden när hjärnstammen noterar detta. Chockreaktionen sker innan känslor, tankar och försvarsorienterat beteende aktiveras. Det kan exempelvis handla om att patienten varseblir hur en kollega vänder ryggen mot hen under ett samtal eller i en argumentation med ens barn. Beroende på tidigare erfarenheter triggas människor av olika skeenden.

Vid starten för en behandling läggs det aktiverande stimuli för en stund åt sidan och terapeuten gör tillsammans med patienten en så kallad *where self*-övning med syfte att orientera sig här och nu genom att patienten guidas till att grunda sig med kropp och sinne i rummet/omgivningen. Efter det återgår man till det aktiverande stimuli, söker efter en orienteringsanspänning i nacke eller ansikte, dyker ner i den och låter de preaffektiva chockreaktionerna som följer ta sin plats och utrymme genom transformering. Detta görs genom att låta kroppens reaktioner (exempelvis vibrationer, temperaturförändring, pirningar) som ofta uppkommer ha sin process. De preaffektiva chockreaktionerna aktiveras i *locus coeruleus* (LC) i hjärnstammen.

Processen bör gå långsamt, så att de preaffektiva chockreaktionerna ges fullt utrymme. Därefter kommer ofta känsloreaktioner vilka aktiveras i området *periaqueductal gray* (PAG) i mitthjärnan.

När chockresponser klingat av och/eller sessionen närmar sig sitt slut efterfrågas patienten om ett nytt perspektiv, dvs hur det känns att vara hen just nu. Man betonar värdet av att några timmar efter sessionen ge plats åt sitt nya perspektiv för att underlätta för det att ersätta det gamla. Man vill möjliggöra s.k. minneskonsolidering vilket enligt Gerge (2025a) sker när ett minne återkallas och sedan lagras in igen. Detta gör det mer motståndskraftigt mot störningar och det integreras bättre i befintliga minnesnätverk.

Frank Corrigan (refererad av Gerge, 2024) menar att DBR-behandling inte utsätter patienter för de överväldigande upplevelser som ofta äger rum vid annan traumabehandling, som *prolonged exposure* (PE). Han tror också att metoden hjälper patienter att processa trauman på en djupare nivå

i hjärnan än andra metoder. Patienter vittnar ofta om en minskning av chock och oro parat med emotionell, psykisk och fysisk lättnad.

Presentation av tidigare forskning och litteratur

Då metoden är relativt ny så pågår forskning på dess inverkan på hjärnan och dess kliniska effekter. Hittills är ett fåtal studier publicerade vilka presenteras nedan.

Kearney et al. (2023) genomförde en randomiserad kontrollerad studie där 54 patienter med PTSD deltog. De slumpades och delades upp i två grupper där 29 patienter erbjöds 8 sessioner DBR och övriga 25 sattes på väntelista. De genomgick DBR-terapi och symptomen på gruppnivå, enligt ifylld skattningsskala CAPS-5 (*Clinician Administered PTSD Scale*), förbättrades med 36,6 % efter 8 sessioner och fortsatte förbättras upp till 48,6 % vid en 3-månadersuppföljning. Efter de första 8 sessionerna uppfyllde 48 % av patienterna inte längre kriterierna för PTSD. Vid tremånadersuppföljningen var det 52 % av patienterna som inte längre uppfyllde kriterierna för PTSD. I studien poängteras fördelen med att behandlingen gavs digitalt vilket ökar tillgängligheten.

I en artikel av Gerge et al. (2025) presenterades en patient diagnostiserad med *Dissociative Identity Disorder* (DID). Patienten erhöll både bildterapi² och DBR. Författarna genomförde en tematisk analys av dennes upplevelse och erfarenhet av att vara i terapi. Efter genomförd DBR-behandling beskrev patienten själv sina förändringar i följande ordalag "Skammen har minskat. Jag känner mig inte ensam i universum. Jag kan tycka om och acceptera mig själv. Ibland svävar jag iväg, men DBR håller mig förankrad".

Gerge (2025b) presenterade i ytterligare en fallstudie, men denna gång med två patienter, resultaten från skattningsskalor före och efter behandling. Båda patienterna var diagnostiserade med DID. Den ena genomgick 30 DBR-sessioner och den andra 70. Skattningsskalorna bestod av PCL-5 (*Posttraumatic Checklist*), ITQ (*International Trauma Questionnaire*), SDQ-5 (*Somatoform Dissociation Questionnaire*), DES-II (*Dissociative Experiences Scale II*), DES-T (*DES-taxon*) och SCL-90-R (*Symptom Checklist-90 revised*). Dessa fylldes i vid start och avslut av behandling. Resultaten visade att för patient 1 var skattningarna signifikant lägre efter genomförd behandling ($p=0,02$) på samtliga skalor med undantag för SDQ-5. För patient 2 visade sig skattningarna vara signifikant lägre på PCL-5 ($p=0,0027$), SDQ-5 ($p=0,0366$) and SCL-90-R ($p=0,0004$). Resultaten bör tolkas med försiktighet då båda hade långa terapier bakom sig och om effekten var kopplad till den processen eller DBR-terapin går inte att säkerställa. Författaren skriver även att ytterligare forskning på större populationer är nödvändig.

² Vid bildterapi använder deltagaren konstnärliga material för att skapa bilder som underlag för reflektion och bearbetning genom samtal individuellt eller i grupp (Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter, 2026).

Det finns ytterligare en fallstudie av Frau och Corrigan (2025) med en patient diagnostiserad med *Depersonalisation-Derealization Disorder* (DDD) och social ångest. Aktuell patient hade sedan tidigare 10 års erfarenhet av olika psykoterapimetoder. I studien genomgick patienten 43 DBR-behandlingar under 18 månaders tid. Patienten fyllde i skattningsskalor innan terapistart och efter 6, 12 respektive 18 månader. Skattningsskalorna bestod av DES-II, CDS (*Cambridge Depersonalisation Scale*), LSAS (*Liebowitz Social Anxiety Scale*) och WHOQOL-BREF (*World Health Organisation Quality of Life Abbreviated version*). Vid granskning av före- och eftermätning framkom påtagliga förändringar, på DES-II från 52,8 till 12,8 poäng och på CDS från 198 till 50 poäng, vilket visar att patienten inte längre kan klassas som att lida av DDD. Även symptomen på social ångest minskade och skattningen på psykisk hälsa och sociala relationer ökade efter uppföljning vid 6, 12 och 18 månader. Frau och Corrigan (2025) betonar vidare att en fallstudie på bara en patient har sina begränsningar avseende resultatens generaliserbarhet. Med endast en person i studien kan man inte bevisa att förändringarna i symptom beror på DBR-behandlingen. För att tydligt visa att förbättringarna beror på DBR behövs mer omfattande randomiserade kontrollerade studier, idealiskt sett även kopplade till hjärnabbildning och där man jämför mot annan behandling med god evidens.

Syfte och forskningsfråga

Ingen studie tycks hittills ha undersökt legitimerade psykoterapeuters kliniska erfarenheter och upplevelser av att arbeta med DBR som behandlingsmetod. Därmed saknas en studerad inblick i hur metoden uppfattas i den kliniska kontexten. Genom aktuell studie önskar författaren bidra med ökad kunskap från den kliniska vardagen för aktiva DBR-terapeuter om en relativt ny metod för traumabehandling.

Syftet med denna studie var att undersöka psykoterapeuters upplevelse av att arbeta med DBR som terapi för C-PTSD/PTSD. Frågeställningen löd: Vad är psykoterapeuters upplevelser av att arbeta med DBR och hur uppfattar de att patienterna upplever metoden?

METOD

Beskrivning av metod och metodval

För att studera psykoterapeuters upplevelse av att arbeta med DBR som terapi för C-PTSD/PTSD så valdes en kvalitativ analys. Studiens ansats var fenomenologisk vilket innebär att systematiskt studera människors erfarenheter och upplevelser av världen (Barker, 2015). Av kvalitativa metoder så föll valet på tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Informanterna intervjuades via Teams (vilket är en videotjänst för möten), utifrån en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Intervjuguiden

skapades med syfte att ta del av informanternas syn på för- respektive nackdelar med metoden samt hur det är att använda metoden kliniskt och dess implikationer för patienter. Intervjuguiden, med huvudfrågor och följdfrågor, fungerade som ett ramverk, men genom det semistrukturerade upplägget möjliggjordes en så bred och mångfacetterad inhämtning av data som möjligt.

Informanterna samtalande fritt kring egenvalda teman som de spontant önskade dela.

Tematisk analys tillåter materialet att ta plats och växa fram utan att styras av en specifik vetenskapsteoretisk inriktning (Braun & Clarke, 2006). En induktiv ansats valdes för att förutsättningslöst, utifrån data, söka efter mönster och samband. Metodens ansats är att vara öppen för nya, kanske oväntade insikter och resultat.

Urval

Informanterna kontaktades via en ledande utbildare i metoden som sammanställt aktiva DBR-behandlare på sin hemsida. 37 psykoterapeuter mailades varav cirka 10-15 personer snabbt visade intresse av att delta. Av dem valde författaren ut elva av dem som hade tid och möjlighet att medverka under sommarperioden 2025 för att vara klar med intervjuerna i augusti. Informanterna tillskickades ett informationsbrev där studien presenterades och där de fick ta slutlig ställning till om de fortsatt ville delta (se bilaga 2). Även en blankett för informerat samtycke skickades och medgivande inväntades innan intervjuerna påbörjades.

Deltagare

Samtliga deltagare var kvinnor och legitimerade psykoterapeuter med varierande grundutbildningar såsom socialpedagog, sjuksköterska, psykolog, socionom och läkare. Samtliga använder sig på veckobasis av DBR som behandlingsmetod. Alla har även utbildningar i andra traumametoder såsom EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), *Neurofeedback*, *Life Span Integration* och klinisk hypnos med mera. Informanterna har arbetat med DBR från cirka sex månader upp till cirka fyra år. Informanterna jobbar olika mycket med DBR. En del har en session per vecka medan andra kan ha upp till femton sessioner. Informanternas grunddata sammanställs i Tabell 1 nedan.

Tabell 1. Sammanställning av informanternas grunddata.

	Antal månader med DBR	DBR-behandlingar/vecka
Medelvärde	26	8
Standardavvikelse	12	5
Range	15-43	1-15

Datainsamling

Elva legitimerade psykoterapeuter som alla arbetar med traumabehandlingar intervjuades digitalt via Teams med informantens kamera avstängd för att skydda deras anonymitet. Intervjuerna varade mellan 45 och 55 minuter. Inspelning av ljud skedde och transkriberades direkt i Teams. Textfilerna kopierades och sparades i Word. Intervjuerna ägde rum under en sexveckorsperiod. Ljudmaterialet raderades efter utskrivna transkriberingar och textmaterialet har under arbetets gång sparats på dator med skyddat lösenord.

Av elva intervjuer var den första en pilotintervju för att pröva intervjuguiden. Intervjuguiden bedömdes i samband med pilotstudien inte behöva korrigeras utan behölls i sin helhet. Pilotintervjun ingick inte i studieanalysen. En annan intervju gjordes på engelska med en informant verksam i ett annat europeiskt land och utslöts då studiens syfte var att undersöka svenska förhållanden. Intervjun gjordes primärt för författarens egna intresse av att än mer ta del av psykoterapeuters erfarenheter av DBR. Resterande nio personer ingick därmed i studien.

Analys

Faserna i tematisk analys enligt Braun och Clark (2006) beskrivs i följande steg.

1. Genomgång av insamlade data: Alla intervjuer gjordes under en sexveckorsperiod digitalt via Teams och transkriberades automatiskt parallellt med genomförda intervjuer. Författaren läste därefter inom några veckor igenom insamlat material tre gånger. Vid första tillfället korrigerades ett flertal felskrivna transkriberingar då Teams inte fungerade optimalt som verktyg för just det. Ljudinspelningarna lyssnades igenom för att säkerställa att textmaterialet var korrekt överensstämmande med ljudfilerna. Vid ytterligare två noggranna genomläsningar har materialet gjorts än mer bekant och samtidigt har anteckningar av intressant innehåll gjorts.

2. Generera initiala koder: Allt intervjumaterial överfördes till MaxQDA (2026). I programmet arbetades texterna igenom och meningsbärande enheter markerades. Sammanlagt markerades initialt cirka 600 meningsbärande enheter. Några exempel var: "hjärnans nätverk förändras", "ingen quick fix" och "behöver inte upprepa tidigare trauman".

3. Söka efter teman: De meningsbärande enheterna sorterades och indelades i tematiska kategorier med likheter inom respektive kategori. Detta gjordes med papper och penna där de meningsbärande enheterna klipptes ut vardera och flyttades runt och strukturerades. Ett antal huvudteman och subteman började ansas och ta form, totalt identifierades i det här skedet 14 kategorier. Exempel på kategorier: "trygg och mild", "utmaningar" och "nytt synsätt".

4. Granska teman: Alla meningsbärande enheter lästes igenom ytterligare två gånger för att säkerställa att de hamnat i lämplig kategori. Några kategorier försvann och några slogs ihop då meningsbärande enheter flyttades till mer lämpliga kategorier. Målet var att materialet skulle hålla en verklighetsnära stringent röd tråd och vara begripligt och meningsskapande i sin helhet. Två huvudteman och sju subteman utvecklades.

5. Definiera och namnge teman: Namn på teman skapades med forskningsfrågan och intervjumaterialet integrerat i arbetsprocessen.

6. Skriva rapporten: Temana presenterades med två huvudteman och sju subteman samt tillhörande belysande citat.

Etiska perspektiv

Etikprövning har ej krävts då deltagande informanter tillhör kategorin hälso- och sjukvårdspersonal. Informanterna har erhållit ett informantbrev (se bilaga 2) med information om att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas. I blanketten informerades samtycke delgavs att all data kommer förvaras skyddat från utomstående och destrueras vid slutprodukternas färdigställande. All persondata avidentifieras och omöjliggör spårning till person.

Slutprodukten kommer att skickas till medverkande informanter enligt överenskommelse. När forskning avser människor, konkretiseras individskyddet genom Vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Dessa är följande: Informationskravet (forskare måste informera deltagare om studiens syfte, metoder och potentiella risker), Samtyckeskravet (deltagare måste frivilligt ge sitt samtycke till att delta i forskningen), Konfidentialitetskravet (skydd av deltagares personuppgifter och information, vilket innebär att hålla dem anonyma och konfidentiella) samt Nyttjandekravet (personuppgifter och biologiska prover ska endast användas för det specifika forskningsändamål de samlats in för).

Samtliga kriterier anses uppfylla i aktuell studie.

Förförståelse

Författaren har ett intresse för traumaproblematik och traumabehandling, särskilt för tidiga långvariga relationella trauman såsom anknytningstrauman och andra barndomstrauman.

Det behövs fler och bättre behandlingsmetoder för att hjälpa människor med dessa långvariga och svåra lidanden. Efter kunskapsinhämtning om trauma och dess behandlingsformer så tycks det centralt att sätta kroppen i fokus, inklusive nervsystemets reglering och reaktioner. Här är DBR ett spännande bidrag genom dess fokus på de tidigare ouppmärksammade djupare delarna av hjärnan.

Författaren önskade ta del av psykoterapeuters kunskaper för eget lärande, men även bidra med vetenskap om att metoden finns då den än så länge är relativt okänd för allmänheten.

Författaren har under 2025 genomgått DBR-utbildning nivå 1 och nivå 2, av totalt 3 nivåer.

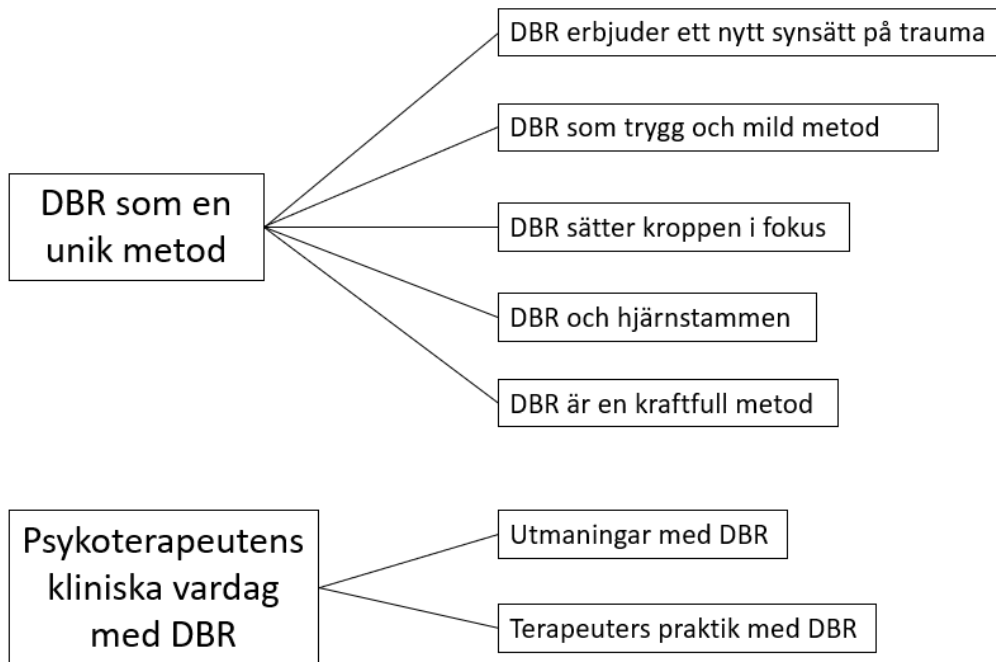
Författaren går själv i DBR-behandling vilket är, om man vill arbeta med metoden, en rekommendation att göra för en egenupplevd erfarenhet. Synsättet som DBR erbjuder intresserar mig genom fokuset på de djupare delarna av hjärnan vilka tidigare inte nämnvärt beaktats i modern psykologi, men kan ha en väsentlig roll för våra traumareaktioner.

Målet under bearbetningsprocessen av materialet har varit att trots förförståelse och positiva egenupplevda erfarenheter av DBR ta del av det insamlade materialet med så öppna och neutrala ögon som möjligt. Ansatsen var att låta materialet tala för sig själv. Det induktiva förhållningssättet blir därav rastret i tematiseringsarbetet.

RESULTAT

Vid sammanställningen av intervjuvaren framkommer en relativt enhetlig uppfattning av Deep Brain Reorienting (DBR) som metod. De flesta informanter delger liknande teman och delar i stort bilden av hur de upplever att det är att arbeta med DBR. Vid ett fåtal subteman skiljer sig några åsikter åt. Överlag är bilden som ges positiv. Ingen anser metoden vara överksam eller ineffektiv, men vissa delar av metoden lyfts som utvecklingsmöjligheter.

Med vald metod har två huvudteman med fem respektive två subteman tagits fram. Under huvudtemat **DBR som en unik metod** framkom subtemana **DBR erbjuder ett nytt synsätt på trauma**, **DBR som trygg och mild metod**, **DBR sätter kroppen i fokus**, **DBR och hjärnstammen** samt **DBR är en kraftfull metod**. Under huvudtemat **Psykoterapeutens kliniska vardag med DBR** framkom subtemana **Utmaningar med DBR** och **Terapeuters praktik med DBR**. Se även Figur 1.



Figur 1. Huvudtema och subtema.

Huvudtema: DBR som en unik metod

Merparten av informanterna beskriver DBR som en unik metod utifrån tidigare erfarenheter av traumapsykoterapi. De lyfter att det är ett nytt synsätt på traumabehandling, att den är trygg och mild, den har ett kroppsligt fokus, att den är djupgående och att den är effektiv. Informanterna anser att det som beskrivs inom dessa subtema är vad som utmärker DBR som en unik metod.

Subtema: DBR erbjuder ett nytt synsätt på trauma

Flera informanter beskriver metoden som ett paradigmskifte inom traumabehandling. Med nytt synsätt refererar informanterna till hittills inhämtad kunskap samt den pågående forskningen om hur trauma eventuellt lagras och vidmakthålls på hjärnstamsnivå, vilket tidigare inte varit ett hjärnområde i fokus. De lyfter att det är ett nytt sätt att lokalisera grunden till varför trauman fortlever och inte går över av sig själv, t ex säger en informant att "man kommer åt chocken i kroppen som annars överväldigar känslsystemet". Man lyfter fram att metoden "berikar verksamheten genom förståelsen för nervsystemet och begreppet chockenergi." Flera påpekar att DBR gör att man kommer åt chocken i hjärnstammen på ett sätt som ingen annan metod gör. Någon menar att t o m svårt dissociativa patienter kan bli hjälpta när inget annat fungerar.

Teorin bakom metoden beskrivs som genomarbetad och att den tydliggör vikten av att förstå samspelet mellan de djupare delarna av hjärnan och kroppen vid tidiga traumaerfarenheter, då

trauman sätter sig på en kroppslig nivå och inte är något man kan lösa enbart kognitivt. Ett par informanter säger också att de inte kan se att det finns andra traumametoder som är bättre lämpade än DBR. En person reflekterar över att "även om EMDR och *Neurofeedback* är bra metoder, så skulle jag rekommendera en som ny att lära sig DBR för att det är viktigt att komma åt chocken"

Subtema: DBR som trygg och mild metod

Informanternas beskrivning av DBR som trygg och mild utmärker sig. Med mild menar man att risken för återtraumatisering för patienten minskar då det inte är nödvändigt att åter berätta om de tidiga traumana eftersom man i DBR utgår från aktuella triggande händelser i behandlingen. "DBR ger mindre stress för patienten och mer vila i kroppen för att de inte behöver verbalisera sin smärta så mycket" tycker en informant. En annan säger att:

"patienter får mer tillgång till sina berättelser, som innan DBR kanske har äcklat dem och varit svåra att sätta ord på. Med DBR behöver de inte sätta ord på sina trauman. Det blir enklare att komma åt äckliga upplevelser såsom sexuella övergrepp som man helst bara vill duscha bort. Man måste inte prata för att läka, men det kan möjliggöra att man kan prata till slut på ett lättare sätt".

Informanterna delger att eftersom patienten under behandling har sin orienteringsanspanning som hen alltid kan återvända till, så minskar risken för överväldigande känslor vilket är extra värdefullt för svårt dissociativa patienter. Då man arbetar i ett långsamt tempo hjälps patienten att separera mellan chock och känslor vilket ger en upplevelse av bibehållen kontroll av sitt inre. Det leder även till att känsloupplevelser blir mindre smärtsamma. Patienten lär sig att chocken är uthärdlig och inget man behöver vara rädd för. "Man kan känna känslor utan att de blir väldigt starka och därmed istället mer hanterbara. DBR hjälper med att känslorna blir mer tydligt separerade och därmed inte lika överväldigande" säger en informant.

Subtema: DBR sätter kroppen i fokus

Metoden hjälper patienterna att få kontakt med kroppens signaler och reaktioner på trauma säger flera informanter. Patienter upplevs efter behandling få en fysisk lättnad och ett lugn i kroppen. I metoden behövs inte mycket prat eller kognitiv aktivering. Det är kroppen som är i fokus. "Man måste komma bortom orden i traumabehandling" hävdar en informant. En annan informant beskriver att de som inte jobbar med DBR går miste om en direktkanal in i kroppen. Ytterligare en informant uttrycker följande "Jag hade saknat den här djupgående förnämliga bearbetningen av hur

kroppen reagerar på trauma. De utan DBR missar detta". En annan säger att "genom fokuset på kroppen når patienter sitt själv".

Subtema: DBR och hjärnstammen

DBR beskrivs som neuroaffektiv och att den kommer åt grunden till symptomen genom att den påverkar djupare liggande delar i hjärnan. Terapeuten beskrivs av en informant som en "facilitator eller guide in i patientens nervssystem". En annan informant anser att "metoden ger en djupare bearbetning (djupare än EMDR)". "Man kommer åt symptomen hela vägen" säger en annan. Några andra informanter uttrycker att de som inte använder DBR missar en förståelse för hur trauma påverkar de djupt liggande delarna av hjärnan (hjärnstammen och mitthjärnan). En säger att "det som länge varit inlåst nu blir uppmärksammat". Ytterligare en informant anser att "man förstår människan på ett djupare sätt och att det inte alltid är att prata om trauman som behövs".

Subtema: DBR är en kraftfull metod

Att metoden är effektiv lyfts mycket tydligt fram av samtliga informanter. Man poängterar att metoden är potent och kraftfull, att resultaten kommer snabbare än vid samtalsterapi, att behandlingstiderna är kortare och att metoden är enkel. De tydliga förändringar som sker beskrivs också. Informanterna ser att patienter får bättre sömn och mindre ångest, att deras självmedkänsla ökar och att de ändrar beteenden (bl a ingår nya relationer och inte reagerar som tidigare, t ex känslomässigt på tidigare triggande situationer). "Efter en DBR-session försvann chocken av att höra steg som patienten hört i samband med en våldtäkt. Patienten hade ej mer behov av att arbeta med denna trigger efter detta" berättar en informant. En annan berättar om en patient som "har kunnat börja härbärgera sina inre skeenden mer själv från att tidigare behövt berätta allt för sin partner".

Man beskriver också att det bearbetade tappar laddning och att patienten inte längre tänker på det som inträffat. I ett fall redovisas hur patienten inte längre minns vad man jobbade med förra gången, det har lagt sig utanför uppmärksamhetsfönstret. Informanterna säger att patienterna hittar en ny känsla och ett nytt perspektiv på sig själva. Flera anger också att de upplever att DBR både öppnar upp och stabiliserar samt att även svåra dissociativa tillstånd kan bli hjälpta av metoden.

Huvudtema: Psykoterapeutens kliniska vardag med DBR

Informanterna beskriver också ett antal utmaningar med metoden och exempel på hur de arbetar med DBR i praktiken. I detta huvudtema reflekterar informanterna spontant kring sina upplevelser av att arbeta med DBR som metod. De lyfter bl a vikten av handledning och några anser att det är av värde att ha provat DBR själv. Vissa problematiserar också kring relationens plats i DBR

och hur det är att arbeta med dissociativa patienter samt patienter med starka intellektuella försvar då metoden är kroppsbaserad.

Subtema: Utmaningar med DBR

Många anger som en utmaning att teorin är komplicerad och att neurobiologin kan vara otillgänglig och svår att förstå. I och med att metoden har ett starkt kroppsligt fokus och det är viktigt att kunna vara i *where-self*-tillståndet beskrivs också utmaningar med de patienter som kan ha svårt att känna/vara i kroppen, t ex dissociativa patienter och personer med starka intellektuella försvar. Som en informant beskriver det, "det är en utmaning att dissociativa patienter har svårt att vara i sin kropp och kan därmed har svårt att notera kroppssensationer". En informant påtalar att "det är viktigt att som behandlare också vara i *where-self*-tillståndet och inte så mycket i sin tankeverksamhet". Med patienter med mycket hypervigilans behövs ett relationellt trygghet arbete göras innan DBR kan påbörjas hävdar några informanter. Några uttrycker också att den obligatoriska frågan i slutet av behandlingen om nytt perspektiv kan bli stolpig och kognitiv. Patienten riskerar att flyttas från kroppslig förankring till att kognitivt processera frågan.

Subtema: Terapeuters praktik med DBR

Det beskrivs att egen handledning är viktig för DBR-terapeuten. Flertalet av informanterna berättar att de integrerar DBR i sin behandling och att de olika traumaterapierna fyller olika funktioner och kompletterar varandra. Några beskriver att de har en öppenhet inför patienters behov av att ibland växla mellan DBR och samtalsterapi. Det framkommer också en lyhördhet inför patienters egna önskemål kring vilken traumametod som passar dem bäst. Det påpekas att även om metoden är effektiv så är den ingen *quick-fix*. Allians behövs byggas innan DBR-behandlingen och ju mer stabiliserad patienten är, desto bättre är effekten av DBR. En informant beskriver att:

"det är viktigt att patienter är trygga i terapeutrelationen innan DBR-behandling startar. Det är viktigt att också arbeta relationellt och anknytningsbaserat. Man behöver bygga allians och kunna reparera brott. När jag har börjat med DBR direkt så har patienten varit tryggare i sig själv initialt".

Informanterna lyfter också vikten av att som terapeut ha egen erfarenhet av DBR-terapi – det ger en egen förståelse och trygghet i behandlingen. En informant beskriver att "det är viktigt med egen DBR-terapi för att förstå hur kroppen kan reagera. Det kan också bidra till att det då blir lättare att läsa av patienten". För terapeuten medför metoden en mildhet, då risken för sekundär

traumatisering avsevärt minskar rapporterar flera informanter. Traumaterapeuter behöver lyssna på många svåra berättelser vilket också blir slitsamt. ”Som terapeut skyddar man också sin egen hälsa genom metodens fungerande” säger en informant.

DISKUSSION

Genom studien framkom sammanfattningsvis en övergripande positiv bild av DBR som metod. Informanterna var tydliga med metodens effektivitet och milda tillvägagångssätt. Mildheten framhölls vara till gagn både för patienter med traumaerfarenheter, men även för terapeuten som ofta i samband med andra behandlingsmetoder får ta del av svåra berättelser om och om igen. Vidare framhöll de metoden som unik med dess fokus på hjärnstammens chockreaktion kopplat till kropp. Informanterna delgav aspekter i den kliniska vardagen såsom vikten av att ha handledning och även egen erfarenhet av DBR. Många framhöll utmaningen med att förstå den komplexa neurobiologin bakom metoden.

Resultatdiskussion

Enligt Corrigan et al (2024) framkommer hos patienter efter DBR-behandling signifikanta förändringar inom följande områden. Dessa är: ökad upplevelse av trygghet, ökad upplevelse av samhörighet, minskad emotionell reaktivitet, ökning av positiva emotioner, lättare till socialt engagemang, förbättrad sömn och aptit, ökad positiv känsla av självet och dess plats i världen, minskad frekvens och intensitet av dissociation samt minskad fysisk uppvarvning. Genom intervjumaterialet framkommer erfarenheter hos informanterna som i stort överensstämmer med det Corrigan et al (2024) menar. Informanterna beskriver förändringar hos patienterna såsom ökad tolerans för känslor. Någon beskriver t ex hur en patient med lättväckt skam inte längre triggas till det vid en liknande situation. Den ökade känslan av trygghet kan förstås genom berättelser om mindre emotionella återupplevanden och därmed avtagande rädsla. När rädslan minskar och människor inte längre känner att de behöver vara på sin vakt mot andra ökar upplevelsen av social samhörighet. Bättre sömn framkommer i intervjuvaran. I och med att patienter berättar om minskad ångest kan man ana att även aptiten möjligen ökar eftersom aptitförlust är vanligt vid mycket ångest. Informanterna berättar även om ett ökat kroppsligt lugn.

Vid traumaerfarenheter är dissociation vanligt förekommande. Några informanter påtalar att trots dissociativa patienters svårigheter att vara i sin kropp kan DBR ändå fungera. Dock kan det vara nödvändigt att innan start med DBR jobba både stabiliserande och relationellt. Enligt Hermans (1994)

trestegsmodell för traumabehandling innebär den initiala fasen att utveckla copingstrategier för att bland annat kunna hantera starka känslor och att öka upplevd trygghet i vardagen. Här ingår andningstekniker och grundningsövningar för att hjälpa patienten att vara i kroppen. I en artikel av Gerge et al. (2025) och i en fallstudie av Gerge (2025b) har dissociativa patienter behandlats med DBR. I båda fallen kunde en tydlig positiv effekt konstateras. I båda dessa fallstudier har det handlat om fleråriga terapier där DBR lyfts in under senare del av behandling. Det kan då anas att ett stabiliseringsarbete därav inkluderats. Av egen utbildningserfarenhet i DBR samt i inläsning av teorin ingår inte stabiliseringsarbete som en reell del i behandlingen. Detta väcker frågor hos författaren. Dissociation som överlevnadsstrategi är vanligt hos traumatiserade personer. Att det reella faktumet med dessa patienters svårigheter att vara i kroppen inte uppmärksammas som ett specifikt fokusområde i DBR-behandlingen anser författaren vara en brist. När förloppet i en DBR-behandling beskrivs så framstår det vanligtvis som att det bara är att sätta igång. Det är i realiteten tveksamt om alla patienter har förmågan att ha kontakt med sin kropp och är redo att fokusera på dess sensationer. Författarens kliniska erfarenhet är att det är mer regel än undantag att människor har svårigheter att vara i kontakt med och lyssna in sin kropps signaler.

I intervjuerna lyfter man fram det unika i att man kommer åt den lagrade chocken i hjärnstammen och att man därigenom kan komma åt trauman som satt sig på en kroppslig nivå. I studien av Kearney et al. (2023) konstaterades att hälften av patienterna som deltog inte längre uppfyllde kriterierna för PTSD efter DBR-behandling. Vad i DBR som kan bidra till dessa resultat är inte säkerställt. Forskning pågår kring hjärnstammens inblandning i traumasymptom med bland annat hjärnabbildningar före och efter DBR-behandling.

I fallstudien av Frau och Corrigan (2025) med en patient diagnostiserad med DDD och social ångest kan artikelförfattarna konstatera att symptomen på social ångest minskade och skattningen på psykisk hälsa och sociala relationer ökade efter behandling med DBR, även om de inte säkert kan bekräfta att det enbart beror på DBR-behandlingen. En informant berättar om hur en patient efter endast en DBR-behandling upplevde minskad social ångest. Av denna enskilda utsaga kan man inte dra några slutsatser, men det förefaller finnas överensstämmelser med fallstudiens resultat.

Metoddiskussion

Valet av metod föll på tematisk analys. Författarens mål var att ta del av ett flertal individuella psykoterapeuters upplevelser för att sammanställa dessa till en större, mer sammanhållen, förståelseram. Genom det blev informationen rikare och både samsyn och olik tänkande kunde urskiljas. Författaren fann inte någon annan metod mer lämplig än just tematisk analys med dess fokus på studiet av upplevelser av fenomen. Med en kvantitativ metod hade inte bredden och djupet

i resultaten kunnat fångas. Valet av fokusgrupper uteslöts främst på praktiska skäl, då det är svårt att finna passande gemensamma tider för grupper att träffas och det också hade behövts fler deltagare än vad som ryms inom ramen för ett sådant här arbete.

Vid dags dato finns ännu inte så många DBR-utbildade psykoterapeuter. Antal intresserade informanter översteg dock ändå författarens behov och utav de intresserade valdes av praktiska skäl dem ut som hade möjlighet att intervjuas under sommaren 2025. Urvalet är troligen relativt representativt då informanterna utgör en bred repertoar av grundutbildningar och den kliniska erfarenheten av DBR varierar mellan några månader upp till flera år.

Frågan om huruvida ett annat urval av deltagare i studien hade kunnat ge andra resultat är mycket spekulativ. Populationen gav ett relativt brett urval av olika yrkeskategorier och representerade olika lång tid av erfarenhet av DBR. Om mäns deltagande i studien skulle påverkat utfallet är svårt att bedöma. Hypotesen är att det sannolikt inte skulle göra någon skillnad då metoden av samtliga deltagare uppfattas relativt likartat.

Resultaten upplevs som trovärdiga och tillförlitliga då samstämmigheten mellan informanternas upplevelse är stor. Man kan alltid fundera över om författarens förförståelse och intresse för DBR bidrar till den tolkningen. Det kan spekuleras i varför det i princip saknas kritik av metoden. En anledning till en positiv bias kan vara att man är mer benägen att tacka ja till en intervju om man tycker om ämnet man ska prata om. Är man mer kritisk kanske man t o m väljer att tacka nej. Det kan också bero på att när något är nytt så tenderar vi att bara se dess förtjänster, men att synen ofta nyanseras över tid. Eller är DBR ett bidrag som kan förändra synen på traumabehandling framgent? Många av informanterna har gedigen erfarenhet av att arbeta med traumaproblematik. De har med sig erfarenhet av att använda olika metoder, men det tycks enligt studiens resultat att DBR gör något med patienterna som de inte tidigare upplevt. Flera vittnar om att DBR utmärker sig till patienternas fördel jämfört de behandlingsmetoder de tidigare kunnat erbjuda. De sammanvägda resultaten bekräftar författarens förförståelse om metoden. Författaren har inte något personligt intresse av att med studien nå ett visst resultat utan det centrala var att få en bild på gott och ont, oavsett vad informanterna hade berättat om sina upplevelser av metoden.

Ett problem vid användandet av tematisk analys skulle kunna uppkomma på att forskaren aldrig kan inta en helt neutral position till det hen studerar. Då forskaren ofta väljer att studera ett för denne intressant ämne uppstår en risk för bias. Vid upprättandet av teman finns vanligtvis en förförståelse som påverkar tolkningen, trots intention att ta sig an materialet så öppet och neutralt som möjligt. Därav är det av vikt att läsa igenom materialet upprepade gånger. Eventuellt kunde det vara fördelaktigt att vid användning av tematisk analys vara minst två forskare. Detta för att öka

sannolikheten att materialet har uppfattats på rätt sätt. Sedan kan man alltid fråga sig om den tolkning forskaren gör är det som informanten egentligen menade.

Studiens användbarhet och framtida forskning

I föreliggande studie sammanställs för första gången legitimerade psykoterapeuters upplevelser av att arbeta med DBR. Studien visar en sammanhållen bild av metodens förtjänster och utmaningar. Den kliniska upplevelsen tycks i många avseenden överensstämma med de hittills presenterade studierna avseende effekterna av DBR hos patienter. Då flera informanter lyfter svårigheter att förstå den komplicerade teorin bakom DBR, kan studien inspirera till ytterligare pedagogiskt fokus vid utveckling av upplägg vid DBR-utbildningar.

Som samtliga artikelförfattare påpekar krävs mer forskning och även hjärnabbildningar för att påvisa effekterna DBR-behandlingen har. Studier med resultat från detta är på gång (Lanius 2025) och indikationen är att effekterna kan ses även i hjärnan.

REFERENSER

- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2015). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (3 uppl.). Wiley-Blackwell.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Corrigan, F. M., Young, H., Christie-Sands, J. (2024). *Deep brain reorienting*. Taylor & Francis Ltd.
- Frau, C. & Corrigan, F. M. (2025). Verbal Abuse, Depersonalization, and the Innate Alarm and Defensive Systems: A Single Case Illustration of Treatment with Deep Brain Reorienting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 18:11–21. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00672-z>
- Gerge, A. (2024). In-depth consultation: Deep brain reorienting (DBR) as a potential tool for transforming countertransference reactions in trauma therapists. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100442>
- Gerge, A., Rudstam, G., Söndergaard, H. P. (2025). Neuroscience-based relational art therapy and deep brain reorienting in the treatment of dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*. Vol. 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1454483>
- Gerge, A. (2025a). *Deep Brain Reorienting. Psykoterapin som läker på djupet. DBR för anknytningsskador och trauma*. Insidan Förlag.
- Gerge, A. (2025b). The utilisation of deep brain reorienting (DBR) in the treatment of two clients with dissociative identity disorder (DID). *European Journal of Trauma & Dissociation*, Volume 9, Issue 3. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100579>
- Herman, J. L. (1994). *Trauma and Recovery*. Rivers Oram Press.
- Kearney, B. E., Corrigan, F. M., Frewen, P. A., Nevill, S., Harricharan, S., Andrews, K., Jetly, R., McKinnon, M. C., Lanius, R. A. (2023). A randomized controlled trial of deep brain reorienting: a neuroscientifically guided treatment for post traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology* 2023, Vol 14 No 2. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2240691>
- Lanius, R. (2025-10-13). *Targeting Traumatic Shock with Deep Brain Reorienting (DBR). The promising trial of an emerging trauma therapy that targets the brainstem*. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/healing-from-trauma/202508/targeting-traumatic-shock-with-deep-brain-reorienting-dbr>.

MaxQDA (2026-02-06). *MaxQDA*. <https://www.maxqda.com/se>.

Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter (2026-02-0). *Bildterapi*. <https://www.bildterapi.se/vad-ar-bildterapi>.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf.

BILAGA 1 - Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Yrke? Legitimation?

Hur länge har du arbetat med DBR?

Hur många DBR-behandlingar utför du i snitt per vecka?

Har många sessioner är en behandling i snitt?

FRÅGOR:

1 Hur kom du i kontakt med DBR och vad är dina erfarenheter av att arbeta med metoden?

2 Vad ser du som fördelarna med metoden?

3 Vad ser du som nackdelarna med metoden?

4 Hur märker du och patienten om behandlingen har effekt?

5 Hur märker du om behandlingen inte har effekt?

Följdfrågor:

- Kan du ge något exempel på när DBR har haft god effekt?
- Kan du ge något exempel på när DBR har haft ingen eller negativ effekt?

6 Om du jämför DBR med andra traumabehandlingsmetoder, vad utmärker denna metoden?

Följdfrågor (vid behov kan dessa följdfrågor ställas):

- Finns det andra metoder som du tycker är bättre lämpade som traumabehandlingsmetod än DBR?
- Vad hade du saknat i din verktygslåda om du inte hade tillgång till DBR som metod?
- Tror du att andra traumabehandlare som inte använder sig av DBR går miste om något Om så, vad isåfall?

BILAGA 2 - Informationsbrev

Hej!

Mitt namn är Åsa Gunnarsdotter och jag skriver till dig i egenskap av att du arbetar med metoden DBR (Deep Brain Reorienting). För närvarande studerar jag på psykoterapeutprogrammet vid SAPU i Göteborg och står inför mitt sista år på utbildningen i färd med att skriva examensarbete till hösten. Jag har ett särskilt intresse för trauma och dess behandlingsmetoder. Särskilt spännande tycker jag att den relativt nya metoden DBR är. **Som syfte med mitt examensarbete skulle jag vilja intervjua terapeuter som arbetar med DBR-metoden i Sverige.**

Hur går det till?

Jag kommer att genomföra semistrukturerade intervjuer via Zoom eller Teams utifrån en initial bred frågeställning om vad terapeuter anser om metoden. Varje intervju beräknas ta max 45 minuter och sker digitalt. Intervjuerna görs via video och spelas in endast för ljudupptagningens skull. Din medverkan sker med din kamera avstängd för mesta möjliga sekretess. Resultaten presenteras helt anonymiserat. Min plan är att genomföra intervjuerna under maj och augusti 2025.

Självklart är deltagandet helt anonymt, frivilligt och du kan när som helst avsäga dig din medverkan.

Det skulle vara mycket spännande att få ta del av dina tankar och reflektioner kring metoden. Det är också av stor vikt att bidra till forskning om DBR. Skulle du kunna tänka dig att delta så vore jag mycket tacksam.

Hoppas på att få ta del av dina tankar och erfarenheter!

Med vänlig hälsning

Åsa Gunnarsdotter

Leg. psykolog

Tel: 0735-893590

Uppsatshandledare:

Lillian Döllinger

Doktor i psykologi, leg. psykolog, leg. psykoterapeut

lillian.dollinger@psychology.su.se