

Omsorgens omkostninger – og gleder

En kvalitativ studie om å arbeide med traumatiserte barn i
Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Birgitte Gjestvang



Masteroppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2018

Omsorgens omkostninger – og gleder

Om å arbeide med traumatiserte barn i BUP

Birgitte Gjestvang

Masteroppgave ved Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Oktober 2018

© Birgitte Gjestvang

2018

Omsorgens omkostninger – og gleder: *En kvalitativ studie om å arbeide med traumatiserte barn i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.*

Birgitte Gjestvang

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Birgitte Gjestvang

Tittel: Omsorgens omkostninger – og gleder: *En kvalitativ studie om å arbeide med traumatiserte barn i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).*

Hovedveileder: Ane-Marthe Solheim Skar

Biveileder: Tine Jensen

Målet med denne masteroppgaven er å få mer kunnskap om hvordan terapeuter opplever å arbeide med traumatiserte barn i psykisk helsevern for barn og unge. Studien er knyttet opp til et større forskningsprosjekt i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Temaet ble undersøkt gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer med seks terapeuter som alle arbeider med traumatiserte barn i BUP. Intervjuene ble analysert ved bruk av fortolkende fenomenologisk analyse – *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*. Terapeutene ble spurt om hvordan de opplever selve terapimøtene med pasientene, og om hvordan arbeidet med traumatiserte barn eventuelt påvirker dem både faglig, personlig og privat. Videre handlet intervjuene om hvilke forhold ved jobben og privatlivet de opplever som støttende eller hemmende, i jobben som traumeterapeuter.

Analysen resulterte i de tre overordnede temaene: «Møte med barna – fantastisk og grusomt», «Ringvirkninger – maktesløshet overfor en ond verden», og «Beskyttelsesfaktorer – å kle av seg jobben». Terapeutene gir uttrykk for et dyptfølt engasjement overfor pasientene, og opplever det å jobbe med traumatiserte barn som viktig og meningsfullt. Imidlertid opplever flere at arbeidspress kan gå utover kvaliteten på terapien. Alle opplever at traumepasientene påvirker dem på en annen måte enn pasienter med annen type problematikk. Det dreier seg om tilbakevendende bekymringer, tanker og bilder vedrørende barnas volds- og traumeopplevelser. For å hente seg inn og skaffe påfyll beskriver alle at kollegastøtte og partneren hjemme er viktige beskyttelsesfaktorer. Også det å benytte seg av en traumemetode kontra ikke å ha en metode, ser ut til å være en buffer mot belastninger.

Ved å se resultatene i lys av fagtermene utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet fant jeg at mange av terapeutenes opplevelser kan samsvare med rådende forståelse av særlig utbrenthet og sekundærtraumatisering. Flere beskriver hvordan tanker om traumepasientene medfører unngåelsesatferd, «flashbacks», søvnproblemer, mareritt og endret

verdensbilde. Andre opplever også at bekymringer for traumepasientene kan medføre unødige bekymringer for egne barn, samt bidra til humørsvingninger som går utover familieliv og forholdet til partner. Noen beskriver også hvordan det å jobbe med barn utsatt for seksuelle overgrep, kan påvirke eget seksualliv. Terapeutene etterlyser mer veiledning, og særlig veiledning knyttet til emosjonelle reaksjoner.

Studien reiser spørsmål om det er traumatiserte pasienter i seg selv som skaper overbelastning, eller om det må ses i sammenheng med andre faktorer ved arbeidsplassen. Ved å se funnene i sammenheng med Deci og Ryans (2000) selvdetermineringsteori, som vektlegger viktigheten av autonomi, kompetanse og tilhørighet på en arbeidsplass, tyder resultatene på at det er rammebetingelser ved arbeidsplassen som gjør terapeutene mer eller mindre sårbare for belastningene nevnt ovenfor. Særlig tyder studien på at arbeidspress og manglende opplevelse av autonomi på jobben, kombinert med manglende formell støtte og veiledning, kan påvirke graden av belastninger.

Nøkkelord: barn; traumer; utbrenthet, sekundærtraumatisering; vikarierende traumatisering; omsorgstretthet; selvdetermineringsteorien.

Forord

Jeg har mange jeg ønsker å takke. Først og fremst, tusen takk til de seks terapeutene som lot meg spørre og grave. Takk for deres åpenhet og tillit! Uten dere hadde det vært umulig å skrive denne oppgaven. Jeg bøyer meg i støvet for den viktige jobben dere gjør for så utsatte barn.

Takk til hovedveileder Ane-Marthe Solheim Skar og biveileder Tine Jensen som har bidratt med så verdifulle tilbakemeldinger. Uten deres viktige, og til tider utfordrende innspill, hadde denne oppgaven sett rimelig annerledes ut. Tusen takk for all kunnskapen og grundigheten! Takk også til konsulentene ved NKVTS som satte meg i kontakt med flere av terapeutene. I tillegg vil jeg takke Erik Carlquist, Vibeke Lohne og Sverre Varvin for oppløftende innspill. Takk til lærerne ved psykologisk institutt, det har jammen vært lærerikt å være student hos dere.

Jeg vil også rette en stor takk til mine medstudenter, venner og min familie som har bidratt og støttet på så mange vis. Dere vet hvem dere er. Særlig håper jeg at du vet det kjære Mads – tusen takk!

Birgitte Gjestvang
Oslo, oktober 2018

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Introduksjon | 1 |
| | Studiens formål | 3 |
| 2 | Begrepsavklaring og teoretiske perspektiver | 4 |
| | Teoretisk rammeverk | 6 |
| 3 | Studier av traumeterapeuter og helsearbeideres belastninger | 9 |
| | Voksne pasienter | 9 |
| | Ulik forskning ulike resultater | 11 |
| | Arbeid med barn | 12 |
| 4 | Forskningsspørsmål | 13 |
| 5 | Metode | 14 |
| | Utvalg | 15 |
| | Traumefokusert kognitiv atferdsterapi | 16 |
| | Prosedyre | 16 |
| | Rekruttering | 17 |
| | Intervjuer og intervjukontekst | 17 |
| 6 | Etiske betraktninger | 18 |
| 7 | Analyseprosessen | 19 |
| 8 | Resultater | 21 |
| | Møte med barna – <i>fantastisk og grusomt!</i> | 22 |
| | Ringvirkninger – <i>maktesløshet overfor en ond verden</i> | 26 |
| | Beskyttelsesfaktorer – <i>å kle av seg jobben</i> | 30 |
| 9 | Diskusjon | 34 |
| | Autonomi | 35 |
| | Kompetanse | 37 |
| | Tilhørighet | 39 |
| | Autonomi, kompetanse, tilhørighet – gjensidig påvirkning | 41 |
| | Begrepenes styrker og svakheter | 43 |
| 10 | Studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet | 45 |
| 11 | Videre forskning | 47 |
| 12 | Konklusjon og implikasjoner | 49 |
| | Litteraturliste | 51 |
| | Vedlegg 1 | 59 |
| | Vedlegg 2 | 60 |

1 Introduksjon

There is a cost to caring. Professionals who listen to clients' stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care. Sometimes we feel we are losing our own sense of self to the clients we serve. (Figley, 1995, s.1)

Sitatet over er hentet fra psykologen og forskeren Charles Figley som utviklet begrepet *compassion fatigue*, eller på norsk omsorgstretthet. Figley arbeidet i mange år med ofre for traumer, og ble etter hvert oppmerksom på at mange av hjelpearbeiderne rundt ofrene kunne utvikle en form for omsorgstretthet. Det vil si at de over tid ble utmattede og syke av å hjelpe og støtte mennesker i nød. Omsorgstretthet kan ramme alle type hjelpearbeidere enten de blir *direkte* eller *indirekte* rammet (Mathieu, 2012). De som blir *direkte* rammet arbeider i yrker hvor de selv er vitne til- eller opplever, ulykker, død, trusler, krenkelser og vold. Det dreier seg blant annet om leger, sykepleiere, ambulansesjåfører, eller brann og politifolk som på ulike måter hjelper ofrene direkte på for eksempel krigsområder eller ulykkessteder. Det finnes mange studier som omhandler det å bli direkte rammet, og flere studier viser hvordan denne type opplevelser kan medføre sterke plager (Brady, Guy, Poelstra, Brokaw & Deleon, 1999; Dyregrov & Mitchell, 1992; Perrin, DiGrande, Wheeler, Thorpe, Farfel, & Brackbill, 2007). For noen vedvarer disse plagene slik at det kan medføre traumatisering og diagnosen posttraumatisk stresslidelse, PTSD (American Psychological Association, APA, 2018).

Det finnes imidlertid færre studier om det å bli *indirekte* rammet. Det vil si at hjelpe- eller helsearbeideren ikke selv opplever ulykker eller ser trusler og vold, men rammes *sekundært* via klientens eller pasientens smerte og fortellinger (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011; Sabin-Farell & Turpin, 2003). I de senere årene har det blitt mer fokus på hvordan terapeuter som arbeider med traumatiserte pasienter kan utvikle traumerelaterte plager – på tross av at terapeuten altså ikke selv er direkte rammet. I den sammenheng brukes ofte fagtermene sekundærtraumatisering, omsorgstretthet eller vikarierende traumatisering (Figley, 1995; Mathieu, 2012; Pearlman & Saakvitne, 1995; Pearlman & Mac Ian, 1995).

Det finnes heller ikke så mye forskning på hvordan det er å bli *indirekte* rammet når man har barn som pasienter (Dagan, Ben-Porat & Itzhaky, 2016). Likevel har flere terapeuter formidlet egne erfaringer i forbindelse med stadig å høre om barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep: «Jeg vil påstå at jeg ikke på noen måte var forberedt på hvordan arbeidet

i grusomhetens nærhet skulle påvirke meg», sa psykolog Per Isdal i et foredrag (2015, s. 5). Han arbeider hovedsakelig med voldsutøvere og sedelighetsforbrytere, men det er fortellingene om barn som krenkes, han beskriver som arbeidet i «*grusomhetens nærhet*».

I forbindelse med Aftenpostens dekning av «Dark Room», hvor politiet avdekket et nettverk av kriminelle som utførte seksualisert vold og tortur mot barn ned til spedbarnsalder, har også andre terapeuter uttalt seg offentlig om hva denne type arbeid gjør med dem: «*Vi blir jo også traumatisert av det de forteller*», sa terapeut Margrete Wiede Aasland til Aftenposten (Andersen, 2018). Wiede Aasland har i mange år jobbet som terapeut for både overgripere og utsatte, og framhever at hun ikke hadde klart denne type jobb uten selv å gå i terapi: «*Ellers hadde jeg ikke overlevd. For at jeg skal være en god terapeut og ha et godt liv, er det viktig at jeg kan få lagt det verste fra meg*» (Andersen, 2018).

Det sier seg selv at det å oppleve en traumatisk hendelse er noe ganske annet enn å være sammen med en som forteller om sin traumatiske opplevelse. Selve begrepet sekundærtraumatisering uttrykker jo nettopp at det *primære* er de som rammes direkte, i denne sammenheng de unge pasientene. Mange barn som opplever vold eller andre former for traumer utvikler psykiske og somatiske problemer og lidelser (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Putnam, 1993). Det kan dreie seg om posttraumatisk stresslidelse, angstlidelser, seksuelle problemer, rusavhengighet, fysisk sykdom og dissosiative forstyrrelser (Cohen et al., 2006; Graham-Bermann & Seng, 2005; Mossige & Stefansen, 2007; Putnam, 1993). Barn som har opplevd traumer som for eksempel seksuelle overgrep utvikler ofte dårlig selvbilde og depresjon. Videre øker det risikoen for spiseforstyrrelser, selvskading og selvmordsforsøk (Mossige & Stefansen, 2007). Barn er svært sårbare og avhengig av voksnes støtte for å kunne håndtere traumatiske hendelser på en hensiktsmessig måte (Jensen & Ormhaug, 2016). Hjelpen de får av traumeterapeuten kan således være svært viktig.

Innenfor litteratur om psykoterapi diskuteres det hva som særlig bidrar til pasientens bedring, og det er empirisk støtte for at terapeuten uavhengig av metode, har effekt både på relasjonen og utfallet (Horvath, Del Re, Fluckiger, Symonds, & Wampold, 2012). Forskning på terapeuten kan derfor gi økt kunnskap om hva som bidrar til at han/hun klarer å utvikle og skape en god og hensiktsmessig relasjon med pasienten. Når det gjelder endringsmekanismer i en terapiprosess er terapeuten som person en viktig faktor, og uansett om man arbeider med barn eller voksne vil personlige kvaliteter som åpenhet, engasjement, undring og varme trolig styrke terapiprosessen (Hyttén, Falkum & Olavesen 2015; Norcross, 2002). Det synes altså

som om terapeuten med sin metode også er avhengig av personlige ressurser for å støtte pasienten best mulig. Dette innebærer blant annet at en traumeterapeut må kunne være følelsesmessig tilstede, vise empati og omsorg, og også kunne lytte til detaljerte skildringer om barnas traumeopplevelser. Avhengig av barnets alder kan det også være viktig at terapeuten evner å ha en leken tilnærming (Creed & Kendall, 2005). Med dette som bakteppe kan man tenke at et terapiforløp antakeligvis vil kunne påvirkes av hvordan terapeuten har det, og at for å gjøre et godt og profesjonelt arbeid må terapeuten også evne å ta vare på seg selv, fungere i privatlivet, samt være en del av et ivaretagende arbeidsmiljø (Isdal, 2017).

Når Figley skriver «*There is a cost to caring*» (1995, s.1), påpeker han nettopp at terapeutens evne til empati og omtanke, også er det som kan medføre at terapeuten selv blir utmattet. Det som i utgangspunktet altså er en personlig ressurs hos terapeuten og en helt nødvendig del av arbeidet, er på samme tid en kvalitet som kan slite ut terapeuten. Figleys poeng er at hvis man ikke har fokus på hjelperens belastninger, kan man risikere å få syke hjelpere som ikke klarer å utføre arbeidet på best mulig måte. Dette synspunktet deles av flere fagfolk og forskere innen fagfeltet (Bang, 2003; Berge, 2005; Isdal, 2017; Mathieu, 2012; Pearlman & Saakvitne, 1995). Forhåpentligvis kan denne studien bidra til økt kunnskap om hvordan man kan forebygge og forhindre at traumeterapeuter blir alvorlig belastet.

Studiens formål

Målet med masteroppgaven er å undersøke terapeuters opplevelse av å arbeide med traumatiserte barn i BUP, det vil si hvordan det oppleves å jobbe med barn som har opplevd ulike former for traumer som å være utsatt for- eller vitne til vold, seksuelle overgrep, katastrofer, ulykker, plutselig død av nære familiemedlemmer, flyktning, terror eller - krigsrelaterte opplevelser.

Studien vil undersøke en gruppe helsearbeidere som ikke er direkte rammet, og målet er først og fremst å få vite mer om terapeutenes subjektive opplevelser av å arbeide med traumatiserte barn. Det er med andre ord terapeutenes personlige erfaringer, både tankemessig og følelsesmessig som er fokuset.

Min kunnskapsinteresse dreier seg om temaer som angår både terapeutenes arbeidsplass og deres privatliv. Målet er å undersøke hvordan informantene opplever selve møte med pasientene, og på hvilken måte de opplever at arbeidet med traumatiserte barn påvirket dem både i jobbsammenheng og eventuelt også i privatlivet. Videre er målet å forstå

mer av hvilke fenomener terapeutene opplever som støttende eller hemmende for jobben som traumeterapeut.

2 Begrepsavklaring og teoretiske perspektiver

Det finnes flere begreper og teorier som omhandler hvordan terapeuter kan påvirkes negativt av å arbeide med traumatiserte pasienter. De vanligste fagbegrepene er utbrenthet (burnout), sekundærtraumatisering (secondary traumatic stress), vikarierende traumatisering (vicarious trauma), og omsorgstretthet eller omsorgsutmattelse (compassion fatigue) (Berge, 2005; Figley, 1995; Isdal, 2017; Mathieu, 2012; Way, VanDeusen, Martin, Applegate, & Jandle, 2004). Videre i denne studien vil de norske begrepene brukes, og for compassion fatigue brukes omsorgstretthet.

I faglitteraturen brukes ofte begrepene utbrenthet, omsorgstretthet, sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering noe om hverandre. Dette kan skape forvirring og uklarhet både hva angår symptomer og forskning, noe som påpekes i flere fagartikler (Bercier & Maynard, 2015; Boscarino, Figley, & Adams, 2004; Mathieu, 2012; Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Utbrent. Begrepet utbrent er en del av dagligtalen, og beskrives ofte som en tilstand en arbeidstaker kommer i når han/hun har blitt sykmeldt som følge av overbelastning på jobben. Opprinnelig ble utbrenthet knyttet til en tilstand som rammer hjelpere og helsearbeidere, men begrepet ble etter hvert utvidet til å omfatte flere type yrker (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Norsk helseinformatikk (2018) definerer utbrenthet som:

(...) en langvarig arbeidsrelatert stressreaksjon, som vanligvis gir både psykiske og fysiske plager. I mange tilfeller er dette resultatet av en prosess som har pågått i flere år og som vanligvis begynner med tretthet, spenningstilstander og muskelsmerter.

Utbrenthet er en normal reaksjon på stress, og ikke en egen diagnose. (NHI., 2018)

Utbrenthet er altså ingen egen diagnose, men har mange symptomer som samsvarer med depresjon (Falkum, 2002). Utbrenthet beskrives også som en emosjonell utmattelse hvor arbeidstakeren tar på seg skylden for at han/hun ikke klarer å leve opp til arbeidskravene som stilles. Dermed oppstår både en ytre konflikt i forhold til ikke å få til formelle arbeidsoppgaver – og en indre konflikt – i forhold til ikke å leve opp til egne idealer. Over tid medfører dette en sterk opplevelse av utilstrekkelighet, og kan ende med fysisk og psykisk sykdom (Bang, 2003; Maslach et al., 2001).

Sekundærtraumatisk stress. Selve begrepet sekundærtraumatisk stress ble innført av psykologen Figley tidlig på 90-tallet (Figley, 1995). Figley mente at hjelpe- eller helsearbeidere som jobber med ofre for traumer selv kan utvikle noen av de samme symptomene som ofre med PTSD-diagnose. Han bruker også begrepet secondary traumatic stress disorder i tillegg til sekundærtraumatisk stress. Det dreier seg om at hjelperen blant annet kan få påtrengende minner og bilder, mareritt, følelsesmessige svingninger, fryktreaksjoner, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer og unngåelsesatferd. Arbeidet med traumatiserte pasienter kan påvirke terapeuten i så sterk grad at det medfører endringer i kognisjon, i følelsesliv, atferd, og verdensbilde. En konsekvens av dette er at det også kan forringe kvaliteten på terapien (Figley, 1995; Isdal, 2017; Mathieu, 2012; Pearlman & Saakvitne, 1995; Way et al., 2004). Disse belastningene oppstår som en følge av at hjelperen tar innover seg pasientenes eller ofrenes lidelser og historier. Sekundærtraumatisering har noen av de samme symptomene som utbrenthet og de to tilstandene kan overlappe hverandre (Bang, 2003; Mathieu, 2012). Imidlertid kan man bli utbrent i mange type yrker, mens sekundærtraumatisering oppstår som en følge av å arbeide med ofre for traumer.

Vikarierende traumatisering. Vikarierende traumatisering dreier seg om at alle møtene med mennesker i dyp smerte samler seg opp over tid og lagrer seg i terapeuten slik at han/hun etter hvert får et annet syn på seg selv, og et endret menneskesyn. Det handler om hvordan summen av alle pasientmøtene på sikt kan bli belastende. Derfor brukes begrepet kumulerende effekt («cumulative effect») (Pearlman & Saakvitne, 1995, s.280).

Vikarierende traumatisering ligner på sekundærtraumatisering, og i senere forskning innen feltet blir vikarierende traumatisering og sekundærtraumatisering ofte beskrevet som omtrent det samme (Elwood et al., 2011; Pearlman, & Mac Ian, 1995; Sabin-Farell & Turpin, 2003). Forskjellen ligger særlig i at sekundærtraumatisering kan oppstå både etter kort og lang tid, mens vikarierende traumatisering er noe som oppstår over tid. Siden de to begrepene ofte brukes omtrent likt, vil begrepet sekundærtraumatisering av praktiske hensyn, også brukes om vikarierende traumatisering videre i denne studien.

Omsorgstretthet. Det var også Figley (1995) som innførte begrepet omsorgstretthet. Selve begrepet er uttrykk for at den som i kraft av sin jobb må vise omsorg og være empatisk, kan bli følelsesmessig og fysisk utslitt nettopp av å vise omsorg og empati. En person som lider av omsorgstretthet kan gradvis oppleve at han/hun ikke har så mye mer å gi, eller ingenting å gi. Omsorgstretthet er slik Figley beskriver det, en kombinasjon av det å være

sekundærtraumatisert og utbrent. Imidlertid kan utbrenthet forekomme i mange yrker hvor man ikke driver med omsorg, mens omsorgstretthet dreier seg om at det er selve omsorgsrollen og det å hjelpe, som på sikt kan bli for belastende. Dermed kan denne type utmattelse også gå utover de hjelpetrengende, fordi hjelperen for eksempel ikke lenger klarer å lytte, men heller blir irritabel og fjern. Videre kan omsorgstretthet, på samme måte som sekundærtraumatisering, gå utover hjelpearbeiderens livskvalitet og forholdet til familie og andre nære (Figley, 1995; Mathieu, 2012).

Mathieu (2012) påpeker at både omsorgstretthet og sekundærtraumatisering er tilstander som henger sammen og som kan ramme hjelpearbeidere på samme tid, men hun framhever også at det ikke alltid er slik at man rammes av både omsorgstretthet og sekundærtraumatisering. For eksempel kan en sykepleier ha pasienter som ikke er traumatiserte, men som trenger såpass mye omsorg at sykepleieren etter hvert utvikler omsorgstretthet. Imidlertid trenger denne sykepleieren ikke å utvikle PTSD-lignende symptomer, fordi han/hun jo ikke arbeider med ofre for traumer, altså er han/hun ikke sekundærtraumatisert.

Uansett hvilke betegnelser man gir belastningene det kan medføre å jobbe med traumepasienter, synes det som om de fleste som arbeider med dette feltet er enige om at terapeuter og andre type hjelpere kan bli så belastet at de kan bli syke og utvikle depresjoner, angst, og også få symptomer som ligner eller tilsvarer posttraumatiske stress- symptomer (Figley, 1995; Berge, 2005; Isdal, 2017; Mathieu, 2012; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket for denne masteroppgaven vil i hovedsak knyttes til teorier om utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Det innebærer å undersøke på hvilken måte resultatene samsvarer med- eller avviker fra rådende forståelse av disse tilstandene. Videre vil resultatene diskuteres i lys av selvdetermineringsteorien (*Self Determination Theory, SDT*), utviklet av forskerne og psykologene Deci og Ryan (2000). Denne knytter seg ikke spesifikt til det å arbeide med traumer, men fokuserer på hvordan både individuelle og kontekstuelle faktorer spiller sammen for å skape god fungering og god helse. Teorien brukes blant annet innen arbeidslivsforskning og er relevant i denne sammenheng.

Selvdetermineringsteorien eller selvbestemmelsesteorien, fra nå beskrevet som SDT, dreier seg om menneskets mulighet til vekst og utvikling innenfor sitt miljø. Grunnantakelsen i denne teorien er basert på Aristoteles som mente at det ligger iboende i alle mennesker å

strebe etter å leve ut sin egenart og/eller potensialer (Carlquist, 2015; Deci & Ryan, 2008; Ryff & Singer, 2008). Det betyr at alle mennesker på tvers av samfunn og kultur har en grunnleggende evne til å være aktivt handlende og søkende, med et iboende ønske om å utvikle seg – også i fravær av ytre kontroll og krav. Det er dette som beskrives som vår indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Et vesentlig aspekt ved teorien er at det å styres av indre motivasjon basert på autonomi, kontra av ytre motivasjon basert på kontroll, vil være mer helsefremmende (Gagne & Deci, 2005; Ryan & Deci, 2000). I arbeidssammenheng betyr dette at en ansatt som styres av indre motivasjon, kombinert med utfordringer han/hun opplever å mestre, vil ha et oppriktig engasjement og ønske om å fullføre sine arbeidsoppgaver på best mulig måte. I motsatt fall, kan mangel på indre motivasjon virke nedbrytende og tappende. Teorien har vært mye forsket på de seneste tiår og anvendes innen forskning på organisasjoner, arbeidsplasser og skoler (Deci & Ryan 2000; Rigby & Ryan, 2018; Schmidt et al., 2010).

For at den indre motivasjonen skal opprettholdes må tre grunnleggende psykologiske behov dekkes; behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 1985; 2000). At disse behovene dekkes er avgjørende for at man skal få brukt sine ressurser på en hensiktsmessig måte som både gagnar en selv og felleskapet. Manglende opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet kan i motsatt fall bidra til dårlig helse og dårlig fungering, noe utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet kan være eksempler på. En kvantitativ studie av 740 medarbeidere fra 17 ulike bedrifter, som undersøkte sammenhengen mellom ulike jobbkarakteristika og utbrenthet, bekrefter at tilfredsstillende av de psykologiske behovene postulert av Deci og Ryan (2000), bidrar til å forebygge utmattelse og utbrenthet (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, og Lens 2008). Diskusjonen i denne oppgaven vil legge til grunn følgende definisjoner av autonomi, kompetanse og tilhørighet basert på SDT (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2000; Ryan & Deci, 2006):

Autonomi. Autonomi handler om behovet for selvstendighet og medbestemmelse innenfor det miljøet man er en del av. Økt opplevelse av autonomi, øker opplevelsen av indre motivasjon. I arbeidssammenheng dreier det seg om at indre motivasjon bidrar til at ens arbeidsoppgaver er noe man utfører fordi de i seg selv oppleves som meningsfulle. Det betyr imidlertid ikke at arbeidet trenger å være like lystbetont hele tiden, men hvis ledelsen tilrettelegger for medvirkning og selvstyring, vil de ansatte i kraft av opplevelsen av mening, være mer motiverte for å ta ansvar, engasjere seg og bidra konstruktivt inn i arbeidsfellesskapet. For å ivareta dette engasjementet er det viktig at den ansatte også har

innvirkning på beslutningstaking. Også andre studier bekrefter at det å få delta aktivt i beslutningstaking bidrar til økt opplevelse av egen yteevne og lavt nivå av utmattelse (Cherniss, 1980; Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1992). Selv om autonomi handler om selvstendighet, dreier det seg imidlertid ikke om å være fri og uavhengig av omgivelsene. Snarere vektlegger SDT verdien av selvbestemmelse og frihetsfølelse innenfor et felleskap. Poenget er at det er lettere å oppnå bedriftens mål, hvis de ansatte opplever at de blir anerkjent og lyttet til. Derfor dreier autonomi i jobben seg også om i hvilken grad det aktivt tilrettelegges for valgfrihet og fleksibilitet for den enkelte. Empiriske studier og teorier om jobbstress framhever autonomi på arbeidsplassen som viktig for ansattes helse. Særlig fordi økt selvbestemmelse regnes for å gi flere muligheter til å håndtere stressende situasjoner. Autonomi kan bidra til trivsel, høy indre motivasjon, bedre prestasjoner, og videre forebygge sykefravær og turnover (Bakker, Demerouti & Euwema, 2005; Maslach & Leiter, 2008; Skaalvik & Skaalvik, 2009).

Kompetanse. Kompetanse handler ifølge SDT om menneskets fundamentale behov for å oppleve mestring kombinert med behovet for å utvikle seg og lære nye ferdigheter. Kompetanse blir beskrevet som et resultat av individets samhandling med omgivelsene. I jobbsammenheng handler det om å beherske sine arbeidsoppgaver, samt å oppleve at ens arbeidsinnsats har innflytelse på viktige resultater – at det man bidrar med faktisk betyr noe. En ansatts opplevelse av kompetanse påvirkes både av troen på egne evner, og av faglige tilbakemeldinger og oppfølging fra kolleger og ledere. På en arbeidsplass kan faglig oppfølging og videreutdanning både bidra til å styrke den ansattes kompetanse rent fagmessig, men også styrke den psykologiske opplevelsen av kompetanse eller altså mestring. Styrket opplevelse av kompetanse bidrar til ansvarsfulle medarbeidere, personlig vekst, samt muligheten til å skape mening (purpose in life) (Deci & Ryan, 2008; Rigby & Ryan, 2018; Ryff & Singer, 2008). I arbeidssammenheng blir det viktig at kravene til kompetanse må være realistiske, i den forstand at hvis bedriftens mål og krav til sine medarbeidere ikke er gjennomførbare, vil dette medføre manglende opplevelse av mestring og kompetanse.

Tilhørighet. Når Deci og Ryan (2000) beskriver opplevelsen av tilhørighet som et viktig aspekt sammen med autonomi og kompetanse, handler det om å ha positive og tillitsfulle relasjoner. Dette innebærer relasjoner med gjensidighet, omtanke og respekt. På en arbeidsplass dreier det seg om at den ansatte må oppleve at han/hun har betydning for felleskapet. Videre handler det om å kjenne tilhørighet til bedriftens mål og verdier. Et godt arbeidsmiljø med støtte fra kolleger og ikke minst fra ledelsen, kan bidra til opplevelse av

tilhørighet. Dette bekreftes også av andre teorier og studier som framhever at autonomi alene ikke beskytter mot overbelastning på jobben, men at forhold som et godt sosialt klima og en støttende ledelse må være tilstede (Falkum, 2002; Christensen, Nielsen, Finne, Knardahl, 2018).

Et sentralt aspekt ved SDT er at autonomi, kompetanse og tilhørighet må virke sammen og forsterke hverandre. Derfor er det viktig at forholdene legges til rette for at alle tre behovene dekkes. Tilfredsstillelse av disse behovene bidrar til at individet kan utvikle seg og aktualisere sitt potensial, i tillegg til at det kan forhindre nedsatt helse og maladaptiv fungering, som utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet kan være eksempler på.

3 Studier av traumeterapeuter og helsearbeideres belastninger

Voksne pasienter

En av de første kvantitative studiene innenfor temaet traumeterapeuters belastninger, viste at terapeuter som jobbet med ofre for seksuelle overgrep, opplevde økt risiko for sekundærtraumatisering (Schauben & Frazier, 1995). I denne studien deltok både traumeterapeuter som for det meste jobbet med seksuelle overgrep og psykologer som jobbet med flere type pasientgrupper. Alle pasientene var voksne. De terapeutene som hadde flest pasienter med seksuelle overgrep var de som rapporterte flest symptomer på sekundærtraumatisering. Dette funnet ble senere støttet i en spørreundersøkelse av tusen psykoterapeuter, hvor forskerne fant at jo større andel pasienter som var ofre for seksuelle overgrep, jo mer belastninger rapporterte terapeutene (Brady et al., 1999). Disse studiene framhever at graden av belastninger kan påvirkes av hvordan type pasienter man arbeider med. I et senere kvantitativt studie som undersøkte om det er mer belastende å arbeide med ofre for seksuelle overgrep enn med andre pasientgrupper fant forskerne imidlertid ingen signifikante forskjeller. I denne studien sammenlignet de terapeuter som arbeider med ofre for seksuelle overgrep med terapeuter som arbeider med kreftpasienter eller andre type pasienter. Traumeterapeutene hadde høyere skår på sekundærtraumatisering, men forskjellene var ikke signifikante (Kadambi & Truscott, 2004).

I en annen sammenlignende studie fant man imidlertid at det var særlig belastende å arbeide med temaet seksuelle overgrep, men studien viste at det ikke var avgjørende om terapeutene arbeidet med ofre eller med overgripere (Way et al., 2004). Denne type studier reiser spørsmål om det kan være tyngre å arbeide med noen type

traumer enn andre. Er det for eksempel mer belastende for terapeuter å arbeide med traumepasienter som har blitt skadet bevisst av andre, enten med vold, seksuelle overgrep eller terror, enn når ofrene har vært utsatt for ulykker, sykdom og plutselige dødsfall – som altså ingen har påført med vilje?

Andre studier som ser på forskjeller mellom det å arbeide med traumeofre eller ikke, viser at det å arbeide med traumepasienter både gir tegn på sekundærtraumatisering, og også flere tegn på utbrenthet enn blant dem som ikke arbeider med traumer (Cunnigham, 2003; Birck, 2002). Dette bekreftes også av studier som viser at terapeuter som jobber med mange traumatiserte pasienter beskriver plager som akutte stressreaksjoner, påtrengende, ubehagelige tanker, mentale bilder og unngåelsesatferd. I et studie av sosialarbeidere som jobbet med ofrene etter terroren 11. september 2001 i New York fant forskerne for eksempel klare tegn på sekundær traumatisering og utbrenthet (Boscarino et al., 2004). En sammenlignende studie av van Minnen og Keijsers (2000) viste imidlertid ingen store forskjeller hva angikk belastninger, enten man arbeidet med traumer eller ikke. Forskerne fant totalt sett ingen økt forekomst av fysiske og psykiske problemer hos traumeterapeutene. En innvending mot denne studien er at utvalget var lite (n=39).

I studier av traumeterapeuters belastninger brukes som nevnt begrepene utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet noe om hverandre. Et kjennetegn ved omsorgstretthet er imidlertid at det kan ramme alle type helsearbeidere, mens sekundærtraumatisering kun knyttes til det å arbeide med traumer. Studier som ikke spesifikt undersøker traumeterapeuter viser at særlig sykepleiere kan rammes av omsorgstretthet (Mathieu, 2012). Andre studier framhever at helsearbeidere som arbeider innenfor palliativ omsorg, det vil si med døende pasienter, kan være ekstra sårbare for å utvikle omsorgstretthet (Breen, O'Connor, Hewitt, & Lobb, 2014).

Når det gjelder arbeidsrelaterte belastninger knyttet til traumearbeid, viste en nyere kvantitativ studie av sosialarbeidere som både arbeidet med ofre for traumer og andre type klienter, at mengden pasienter var en viktigere faktor som kunne medføre omsorgstretthet og sekundærtraumatisering, enn hvilke type diagnoser pasientene hadde (Quinn, Ji, & Nackerud, 2018). Det var altså ikke traumatiserte pasienter som i seg selv var mest belastende, men antallet traumepasienter - og antall pasienter totalt sett. Samtidig fant man i denne studien at mangel på veiledning eller opplevelsen av dårlig veiledning, korrelerte med sekundærtraumatisering. Forskerne påpeker med dette at det ikke nødvendigvis er kontakten med traumatiserte pasienter som i seg selv medfører sekundærtraumatisering, men at det må

ses i sammenheng med andre faktorer som helsearbeiderens psyke, kvaliteten på veiledningen, og antall pasienter (Quinn et al., 2018). Flere studier viser sammenheng mellom veiledning og grad av vedvarende belastninger, i den forstand at veiledning bidrar til å redusere sekundær traumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet (Boscarino et al., 2004; Ortlepp & Friedman, 2002). Imidlertid viser andre studier ikke denne type sammenheng (Kassam-Adams, 1995). En innvending mot de ulike studiene som undersøker effekten av veiledning, er at de ofte ikke sier noe om hvilke type veiledning det dreier seg om. Derfor er det ikke så lett å vite om veiledningen er knyttet til pasienten og til metoden man bruker, eller om veiledningen knytter seg til terapeutens behov for å bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner (Bang, 2003; Isdal, 2017).

Når det gjelder studier som spesifikt fokuserer på utbrenthet ser man også at årsakene er komplekse, og at man må undersøke forholdene rundt den som rammes. Det kan dreie seg om manglende støtte fra ledelsen, for dårlig lønn i forhold til opplevd innsats, uklarheter i forhold til rollefordeling og arbeidsoppgaver med mer (Roness & Matthiesen, 2002). Leiter og Maslach (2004) har forsket på ulike yrkesområder og finner at arbeidsmengde, grad av kontroll, opplevelse av tilhørighet og verdier må stå i forhold til den ansattes forventninger og ressurser for å unngå utbrenthet. Schaufeli og Enzmann (1998) fremhever tidspress som en av de viktigste potensielle årsakene til utbrenthet. Annen forskning viser også i hovedsak signifikante sammenhenger mellom tidspress og utbrenthet (Maslach, et al., 2001).

I en nyere omfattende longitudinell kvantitativ undersøkelse fra 2018, gjennomført over en ti års-periode av Statens Arbeidsmiljøinstitutt, fant man at arbeidstakere som opplever høye emosjonelle krav som følge av yrkesutøvelsen, har større risiko for å bli utmattede og syke. Særlig gjaldt dette helse- og omsorgssektoren. Samtidig viser undersøkelsen at høye emosjonelle krav kombinert med en støttende ledelse, reduserer legemeldt sykefravær (Indregard, Ulleberg, Knardahl & Nielsen 2018).

Ulik forskning ulike resultater

Som beskrevet viser forskjellige studier ulike resultater med hensyn til hvordan det er for terapeuter å arbeide med traumatiserte pasienter. I to større metastudier av forskning innenfor dette feltet kommer forskerne fram til omtrent samme konklusjon, nemlig at det innenfor både kvalitative og kvantitative undersøkelser er såpass ulike resultater at det er vanskelig å fastslå på hvilken måte og i hvilken grad traumeterapeutene rammes av henholdsvis utbrenthet, sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Derfor etterlyser de mer forskning, og også

tydeligere begrepsavklaringer og målemetoder (Elwood et al., 2011; Sabin- Farell & Turpin, 2003). Noe av kritikken dreier seg om at man trenger flere sammenlignende studier, som over tid måler terapeuter som arbeider med ofre for traumer med de som ikke gjør det (Dagan et al., 2016; Elwood et al., 2011; Sabin- Farell & Turpin, 2003). En annen innvending er at kvantitative studier ofte gir andre resultater enn kvalitative, noe som også er en indikasjon på at det trengs mer forskning. I den sammenheng er Sabin- Farell og Turpin (2003) opptatt av at man må se nærmere på målemetodene i både kvantitativ og kvalitativ forskning, og at begge typer design bør trekke veksler av hverandre.

Arbeid med barn

Når det gjelder undersøkelser av traumeterapeuter som arbeider med barn kontra med voksne, viser også disse ulike resultater. I en sammenlignende kvantitativ undersøkelse av 501 terapeuter fant forskerne ingen signifikante forskjeller. Det var altså ikke mer belastende å ha barn som pasienter enn voksne. Imidlertid fant forskerne også her økt forekomst av traumelignende plager hos de av terapeutene som arbeidet med ofre for seksuelle overgrep (Brady et al., 1999). Også denne studien viste at det særlig er mengden av traumepasienter, som over tid utløste plager. Andre studier viser imidlertid at helsearbeidere som jobber med barn har høyere risiko for å utvikle utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet, enn hvis man arbeider med voksne. Det påpekes også at kollegastøtte og veiledning er avgjørende med hensyn til hvor sterkt man påvirkes (Dyregrov & Mitchell, 1992; Maytum, Heiman & Garwick, 2004).

I en sammenlignende kvantitativ studie i Israel undersøkte forskerne to grupper av sosialarbeidere som på ulike måter arbeidet med barn (Dagan et al., 2016). Den ene gruppen var barnevernsarbeidere som jevnlig møtte barn som var utsatt for overgrep, vold og omsorgssvikt. Den andre gruppen var sosialarbeidere som hovedsakelig arbeidet med nettverket rundt barna, hvilket betyr at de hadde voksne pasienter/klienter. Forskerne fant at det å arbeide med traumatiserte barn korrelerte med sekundær traumatisering, mens det å jobbe med nettverket rundt barna ikke var like belastende.

I en kvalitativ studie av sykepleiere som arbeidet med kronisk syke barn rapporterte respondentene at det særlig opplevdes belastende at pasientene var så unge. Det handlet om at det kjentes overveldende både å komme så tett innpå barn som aldri kunne få et «normalt» liv, og om at det å følge barn kontra voksne, som stadig utsettes for smertefulle medisinske behandlinger er ekstra belastende. Videre var det særlig tungt å oppleve så mange dødsfall

blant barn. Forskerne fant høy grad av både utbrenthet og sekundærtraumatisering. En viktig faktor som opplevdes som støttende var kollegastøtte, og i hvilken grad sykepleierne hadde ledere som ga konstruktive tilbakemeldinger, samt i hvilken grad de fikk faglig veiledning og støtte på emosjonelle reaksjoner (Maytum, 2004). Dyregrov og Mitchell (1992) viste også i sin studie at det kan være mer belastende å arbeide med barn enn med voksne. I denne kvantitative spørreundersøkelsen ble helsepersonell og redningsmannskap som bidro etter en bussulykke fulgt opp en måned etter ulykken, og også ett år etterpå. Ulykken innebar mange skadete og døde barn. Hjelpearbeiderne arbeidet til daglig med så vel barn som voksne, og forskerne fant at de viste ekstra sårbarhet i møte med traumatiserte barn, enten det dreide seg om hjelpearbeiderne direkte på ulykkesstedet, eller om de som fulgte opp barna i etterkant (Dyregrov & Mitchell, 1992). I denne studien brukes ikke fagbegrepene utbrenthet, sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet, men reaksjonene som beskrives er opplevelsen av maktesløshet, frykt og angstreaksjoner, påtrengende bilder/minner, sinne, sorg, skam og endret menneskesyn. Informantene rapporterte som særlig belastende at de skadde og døde nettopp var barn, i den forstand at det vekket en sterkere opplevelse av meningsløshet enn når man arbeider med voksne. I tillegg vekket møte med barna tanker og bekymringer hva angikk egne barn. I oppfølgingen året etter, slet hjelpearbeiderne fortsatt med mange av de samme reaksjonene. Respondentene i denne studien rapporterte også kollegastøtte som en viktig faktor for å klare å håndtere belastninger. Dyregrov og Mitchell (1992) påpeker at arbeid med traumatiserte barn kan vekke minner om sårbarhet og hjelpeløshet fra egen barndom og oppvekst, noe som gjør at man som voksen helsearbeider kan være mer utsatt enn om man arbeider med voksne ofre. Dette framheves også av andre forskere: «*Overidentification may be a common pitfall in working with traumatized children because we can easily remember the intensity of our own childhood fears and vulnerabilities*” (Brady et al., 1999, s.4).

4 Forskningsspørsmål

Det overordnede spørsmålet i denne studien er:

Hvordan oppleves det å arbeide med traumatiserte barn i BUP?

Målet er at studien skal skape mer forståelse hva gjelder spørsmålene:

- *Hvordan oppleves selve terapimøte med pasientene?*

- *Hvilke fenomener ved arbeidsplassen og privatlivet oppleves som støttende/hemmende i jobben som traumeterapeut?*

- Hvordan opplever terapeutene at det å jobbe med traumatiserte barn eventuelt påvirker privatlivet?

5 Metode

I denne studien er det benyttet et kvalitativt design for å utforske terapeuters egen opplevelse av å arbeide med traumatiserte barn. I den kvalitative metoden er det gjerne informantenes subjektive opplevelser og fortolkninger av virkeligheten som er gjenstand for undersøkelsen, og forskningen er ikke på jakt etter entydige svar, men søker heller å forstå og beskrive komplekse interaksjonsmønstre og å se sammenhenger som ikke så lett lar seg måle kvantitativt (Marshall & Rossman, 2016). Ofte dreier det seg om kunnskap innenfor et miljø, område eller tema som er av betydning for de som deltar i forskningsprosjektet. Slik sett kan kvalitativ forskning gi detaljert informasjon om spesifikke temaer man ellers ikke så lett får tilgang til (Kvale & Brinkmann, 2015; Smith & Osborn 2015).

Datamaterialet er analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse – *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), og i den sammenheng vil hermeneutisk fenomenologi være den kunnskapsteoretiske forankringen (Smith & Osborn, 2015). Hermeneutikk betyr fortolkningslære og selve begrepet kommer fra den greske guden Hermes som var sendebud mellom gudene og menneskene (Johansen, 2006). Innenfor hermeneutikken brukes begrepet den *hermeneutiske sirkel*, noe som betyr at enhver erfaring gir innsikt og forståelse som igjen påvirker neste erfaring. Hvis jeg for eksempel leser et utdrag fra transkriberingen i denne studien, vil det kunne vekke tanker og spørsmål, som igjen påvirker hvordan jeg leser samme tekst neste gang. I første lesning la jeg kanskje merke til setninger som påvirket min forståelse av hele teksten, noe som kan bidra til at jeg i neste lesning blir oppmerksom på andre deler av teksten og oppnår en annen eller ny helhetsforståelse. Slik sett foregår det en *sirkulær* forståelse og ikke *lineær*, i den forstand at delene av et fenomen påvirker min forståelse av helheten, på samme måten som helheten påvirker forståelsen av delene. Det er altså i vekselvirkning mellom disse at forståelsen og fortolkningene hele tiden skapes (Smith & Osborn, 2015). Hermeneutikk dreier seg om teorier rundt fortolkning, mens fenomenologi er en filosofisk retning som handler om hvordan vi erfarer.

Kvalitativ forskning kan gi forskjellig type kunnskap og resultater ut i fra hvilken tilnærming forskeren tar. Slik sett er alle forskningsspørsmål basert på en rekke epistemologiske antagelser (Kvale & Brinkmann, 2015; Willig, 2013). Ved kvalitativ metode

må forskeren så langt det er mulig velge i hvor stor grad forutinntatte teorier og antagelser skal prege analysen. Forskeren kan forsøke å starte med såkalte blanke ark og en åpen, datadrevet tilnærming. Dette er en induktiv tilnærming hvor målet er å la datamaterialet forme temaene som kommer opp uten noen teoretiske føringer. I denne sammenheng er IPA med sitt fenomenologiske fundament en relevant analysemetode. Imidlertid kan forskeren ved bruk av IPA også ha en mer deduktiv tilnærming, hvor analysen og fortolkningene til en viss grad preges av eksisterende teorier og formening om utfallet. Dette beskrives også som en styrke ved innhenting av data, fordi forskeren lettere kan sette seg inn deltagernes perspektiver i intervju situasjonen og dermed lettere kan stille adekvate oppfølgingsspørsmål (Willig, 2013; Smith & Osborn, 2015).

I tilknytning til intervjuene i denne studien var målet å ha en så åpen tilnærming som mulig, samtidig vurderte jeg det som relevant også til en viss grad å benytte en teoridreven, deduktiv tilnærming i analyseprosessen. Dette fordi jeg benytter meg av allerede eksisterende fagtermer som fokuserer på arbeidstakeres og spesielt traumeterapeuters belastninger. Dette innebærer at jeg fra prosjektstart både har teoretisk interesse, innsikt og formeninger om dette temaet, og både forskningsspørsmålene og motivasjonen til denne studien er basert på tidligere faglitteratur om traumeterapeuter. I den sammenheng blir det viktig å framheve at uansett hvilke teorier man anvender, eller uansett hvilke betegnelser man gir – eller ikke gir – traumeterapeuters belastninger, så må de ulike teoriene og betegnelse til enhver tid også ses i lys av den kulturen eller konteksten de oppstår i. Slik sett kan utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet betraktes som en sosial konstruksjon. I korte trekk er sosiale konstruksjoner felles opplevelser eller fortolkninger som dannes i en kultur, gruppe, et samfunn – innenfor en tidsepoke. Det betyr at de merkelappene, betegnelse eller eventuelle diagnoser vi setter på et fenomen, må forstås i et større samfunnsperspektiv, fordi de blant annet sier noe om hvilken mening vi gir fenomenet (Madsen, 2012; Matthiesen, 2002; Nelson & Prilleltensky, 2010; Willig, 2013). Dette kan være viktige aspekter å være oppmerksom på også i denne studien, derfor vil dette temaet utdypes mer i diskusjonen.

Utvalg

Denne studien er knyttet opp til et større forskningsprosjekt i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Prosjektets navn er: «Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering» (NKVTS, 2017; 2018). I regi av NKVTS har mer enn 200 terapeuter ansatt i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

(BUP) blitt lært opp i traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). I dag tilbyr cirka halvparten av landets BUP'er denne metoden. Alle informantene er altså en del av NKVTS sitt TF-CBT prosjekt, hvilket betyr at de er opplært i denne traumemetoden. Dette innebærer at deltagerne er valgt ut etter kriteriene for bekvemmelighetsutvalg. Det vil si en ikke-randomisert utvalgsprosedyre der informantene velges ut basert på at de er lett tilgjengelige. Når hensikten med analysen er å utvikle kunnskap om et fenomen innenfor et avgrenset miljø vurderes dette som en adekvat utvalgsprosedyre (Kvale & Brinkmann, 2015).

Deltakerne består av fire kvinner og to menn, ansatt i BUP. Alle arbeider med å gi terapi til traumatiserte barn og unge i alderen 6 til 18 år. I tillegg har terapeutene også andre pasienter i samme aldersgruppe, men med andre type problemer og diagnoser. I denne studien brukes begrepet barn om alle pasientene, uansett alder.

I gjennomsnitt var terapeutene 41 år ved intervju tidspunktet. Den yngste var 27 og den eldste 59. Gjennomsnittlig hadde de arbeidet med traumatiserte barn i 8,9 år. Den med kortest erfaring hadde arbeidet i to år og den med lengst i 18 år. Når det gjelder utdanning er fire psykologspesialister, en psykolog og en pedagog.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Hovedfokus for denne studien er ikke selve metoden TF-CBT, eller på utførelsen av den. Likevel er det rimelig å anta at det å benytte seg av denne metoden også påvirker opplevelsen av å være traumeterapeut, særlig fordi en viktig del av TF-CBT er å støtte pasientene i å fortelle om sine traumeopplevelser. Det er dette som kalles et traumenarrativ. Dette gjør at terapeutenes opplevelse av å bruke TF-CBT også er relevant. Metoden som retter seg mot barn og unge er utviklet i USA. Flere studier viser dokumentert effekt, og behandlingsprinsippene er tatt inn i «Best Practice» retningslinjene i USA og England. (NKVTS, 2018).

Prosedyre

Et inklusjonskriterium var som nevnt at alle terapeutene benyttet seg av TF-CBT, og et eksklusjonskriterium var at ingen skulle arbeide på samme BUP. Alle informantene jobber derfor forskjellige steder spredd rundt i Norge. Årsaken til dette kriteriet er ønske om å unngå at terapeutenes opplevelser kan tolkes dithen at dette bare dreier seg om en spesifikk arbeidsplass, eller om et typisk hovedstadsfenomen. Det var også et ønske å ha med både kvinnelige og mannlige terapeuter. Flesteparten av terapeuter ansatt i BUP er kvinner, og det kan derfor være nærliggende å fortolke eventuelle belastninger som et typisk kvinneproblem

(Isdal, 2017). Dette er forsøkt unngått ved å intervjuer begge kjønn.

I forkant av prosjektet fikk informantene et informasjonsskriv og samtykkeskjema hvor de blant annet ble informert om at de når som helst uten å oppgi grunn, hadde mulighet til å trekke seg i løpet av prosjektet. Informasjonsskriv med samtykke- og intervjuguide er vedlagt.

Rekruttering

Konsulentene ved NKVTS bidro til å finne terapeuter, både ved å sende fellesmail til BUP`er, og ved å henvende seg direkte til terapeuter over telefon og mail. For at terapeutene i BUP ikke skal belastes med for mange telefonhenvendelser, ønsket NKVTS av etiske grunner ikke å formidle en liste over TF-CBT terapeuter. Imidlertid rekrutterte jeg tre terapeuter selv, under et arrangement hos NKVTS der flere TF-CBT- terapeuter deltok. I utgangspunktet hadde jeg kontakt med ni informanter. Tre ble imidlertid valgt bort. Den ene fordi vedkommende bare for noen måneder siden hadde begynt som traumeterapeut, og i løpet av telefonsamtalen ble det klart at det ikke ville bli så lett å gjøre et dybdeintervju om emnet. Den andre potensielle deltakeren ble ekskludert fordi vedkommende ikke hadde tid til å sette av mer enn en halvtime til intervjuet. Det anså jeg som for kort tid til denne type samtale. Den tredje ble valgt bort på grunn av den geografiske avstanden, da målet i utgangspunktet var å møte alle ansikt til ansikt. Dette for å skape en så trygg intervjusituasjon som mulig. Prosjektet hadde heller ikke driftsmidler til å foreta flyreiser.

Intervjuer og intervjukontekst

Intervjuene ble gjort ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide som jeg utviklet i samråd med mine veiledere. Denne type intervjuguide innebærer at både tema og forslag til spørsmål er planlagt på forhånd, samtidig som forskeren er åpen for å kunne følge opp med nye spørsmål underveis, ettersom hvilke svar man får i selve intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Alle informantene fikk i starten av samtalen spørsmål om hvordan de opplevde å arbeide med traumatiserte barn, men mine oppfølgingsspørsmål var avhengig av hvordan hver enkelt valgte å besvare innledningsvis. Det betyr at intervjuguiden ble veiledende, samtidig som den sikret at de overordnede temaene ble undersøkt. Guiden ble altså ikke fulgt slavisk, og den ble også endret noe i løpet av hele intervjuprosessen. For eksempel ønsket jeg å undersøke om det å jobbe med traumatiserte barn muligens kunne påvirke seksuallivet, fordi terapeutene daglig får høre om seksuelle overgrep. Samtidig var jeg usikker på hvordan jeg

kunne utforske terapeutenes sexliv, uten å bli invaderende og virke respektløs. Derfor la jeg temaet til side og skrev det heller ikke spesifikt ned i intervjuguiden. Den første terapeuten jeg intervjuet fortalte imidlertid at noe av grunnen til at hun stilte opp til intervju var at hun ville ta opp et tabutema, nemlig seksualitet. Terapeutens mot og åpenhet bidro til at det opplevdes lettere å følge opp dette temaet med andre informanter. Dette er et eksempel på det som preger denne måten å jobbe på, nemlig at forskeren lar seg påvirke av prosessen underveis (Kvale & Brinkmann, 2015; Svendsen, 2017; Smith & Osborn, 2015).

Etter overenstemmelse med deltakerne, ble det gjort lydopptak av intervjuene, som ble transkribert i etterkant. Transkriberingen er gjort ord for ord. Intervjuene varte i omtrent 1,5 time og ble gjennomført i perioden februar-mars 2018. På tross av at intensjonen var å møte alle ansikt til ansikt, endte jeg likevel av praktiske årsaker, opp med en deltaker som jeg bare snakket med på telefon. Vi fant fort tonen og jeg opplevde at telefonintervjuet gikk vel så bra som med dem jeg møtte. Ellers ble et intervju gjort på nevnte konferanse, med en informant som jobber langt unna Oslo. De andre ble gjort på informantenes kontorer, hvilket innebar flere tog- og bussreiser.

6 Ethiske betraktninger

Epistemologi dreier seg ikke bare om hvilket ståsted forskeren har rent vitenskapsteoretisk, men også at forskeren er seg bevisst sin egen rolle og påvirkning på hele studiens gjennomføring og utfall. Det er dette som handler om refleksivitet, og det innebærer at forskeren så godt som mulig bør kunne redegjøre for eget ståsted, og for hele forskningsprosessen fra begynnelse til slutt. Dermed er transparens en viktig del av det kvalitative arbeidet, altså evnen til å synliggjøre arbeidsprosessen i alle ledd (Brinkmann, 2006; Dickson-Swift et al., 2007; Willig, 2013; Yardley, 2015).

Selv har jeg i mange år arbeidet som journalist i NRK P2, både i inn- og utland. Min hovedinteresse har vært innenfor temaet helse, psykologi, samfunn og politikk. Jeg har også en utdanning innen gestaltterapi. Min yrkeserfaring har medført flere møter med traumatiserte mennesker, enten det dreier seg om flyktninger, utsatte barn, DDR-ofre, eller pasienter. I alle disse menneskemøtene har jeg ofte blitt sterkt påvirket og berørt, og det har gjort meg oppmerksom på at det å la seg påvirke i seg selv kan være en helt normal reaksjon. Samtidig har jeg også opplevd at noen av disse erfaringene har vært belastende. Dette betyr at jeg går inn i denne studien med en antagelse om at det å la seg påvirke og berøre av sine pasienter, kan bli så belastende at det både kan gå utover terapeutenes helse og på sikt muligens forringe

kvaliteten på terapien. Med en bevissthet om min egen forforståelse har jeg forsøkt å stille så åpne spørsmål som mulig til deltakerne i denne studien. Underveis i prosessen har mine veiledere også bidratt med refleksjoner rundt eget ståsted.

Når det gjelder selve intervjumaterialet var det kun tilgjengelig for- og håndtert av hovedveileder, biveileder og meg. Opptakene er lagret på NKVTS, etter forskrifter for sikker datalagring. Som nevnt bidro konsulentene ved NKVTS med å finne terapeuter. En ulempe med det er at enkelte av deltagerne med stor sannsynlighet er kjent for konsulentene som bistod med å rekruttere. En konsekvens av denne type bekvemmelighetsutvalg kan innebære risiko for at deltagerne kan føle seg ufrie og legge bånd på seg (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var hele veien nøye med å anonymisere, og for å unngå en mulig opplevelse av utrygghet i intervjusituasjonen ble anonymiteten også framhevet før samtalen begynte.

For å sikre at deltagerne ikke skal kunne gjenkjennes, er det i resultatene ikke fokusert på å beskrive ulike personligheter med fiktive navn. Dette valget ble gjort fordi denne studien er fra et rimelig lite miljø. Denne måten å gjøre det på var mulig, fordi resultatene viste at informantene hadde en del felles temaer. Der hvor resultatene imidlertid varierer og utsagnene skiller seg spesifikt fra andres utsagn, vil det framheves. Setninger som knytter seg til konkrete steder eller mennesker er blitt fjernet eller gjort om på. I løpet av intervjuene kom det ikke fram noe som jeg fortolker som spesifikke kjønnsforskjeller. For å ivareta anonymiteten er det derfor heller ikke fokusert spesifikt på kjønn. Videre er alt skrevet i bokmål, hvilket betyr at dialekt og slanguttrykk er fjernet. Dermed kan noen nyanser kanskje gå litt tapt, men dette valget er gjort for å ivareta anonymiteten.

Prosjektet gjennomføres som nevnt i samarbeid med prosjektet *Implementering av TF-CBT* ved NKVTS, og som en del av dette moderprosjektet er denne studien godkjent av Regionale etiske komiteer for samfunnsvitenskapelig forskning.

7 Analyseprosessen

Selve analysearbeidet (IPA) kan beskrives som en prosess med til dels gjentakende arbeid, som utvikler seg i ulike trinn eller stadier. Som nybegynner i denne type analyse har jeg rimelig etter boka valgt å følge den trinnvise modellen beskrevet av Smith og Osborn (2015) og Willig (2013). Modellen innebærer i korte trekk følgende analysetrinn:

Trinn 1. Alle intervjuene ble først gjennomlest, før jeg gikk i dybden på en og en informant av gangen. Et transkript ble så lest flere ganger mens jeg gjorde notater på venstre side av marginen. I første omgang ble det notert helt usensurert alle assosiasjoner, refleksjoner

og spørsmål som dukket opp. I denne prosessen ble jeg bevisst på hva som fremsto som særlig viktig for den enkelte, og jeg oppdaget også at jeg noen steder kunne ha fulgt opp intervjuet bedre. For eksempel fortalte en terapeut om ubehagelige episoder med pasientene: «(...) *en slang døra i ansiktet på meg.*» I ettertid ser jeg at denne type tematikk kunne vært relevant, og at jeg burde ha fulgt opp mer enn jeg gjorde. Rent faktamessig var det og av og til noe som var litt uklart, og dette sjekket jeg ut ved å ringe informanten i etterkant. Det dreide seg om hvor lenge de hadde jobbet som traumeterapeuter, alder og utdanning. Allerede på dette stadiet ble jeg oppmerksom på hvordan den hermeneutiske metoden bidrar til dybde og nyanser, i den forstand at det stadig dukket opp nye tanker og spørsmål ved gjentagende lesning. En viktig støtte i den sammenheng var at mine veiledere også leste transkripsjonene, noe som ga mulighet til ytterligere refleksjoner.

Trinn 2. I denne fasen kom jeg mer i gang med å fortolke. Teksten ble lest på nytt, men da mer systematisk på leting etter hva deltakerne sier, deres beskrivelser, måten de sier det på og i hvilken sammenheng. Jeg gjorde nå notater på andre siden av margen enn i foregående trinn, og fortolket enkeltdeler i teksten inn i ulike temaer. For eksempel gjorde jeg notatene *seksualitet, egne barn, trivsel, stress*. Sammenliknet med den hermeneutiske sirkelen er dette nettopp en del av prosessen: man utforsker enkeltdeler som etter hvert blir del av et større hele senere i analysen.

Trinn 3. I dette stadiet baserer analysen seg på mine notater fra forrige trinn. Det betyr at de ulike enkelttemaene som ble notert i trinn to, danner grunnlaget for å utvikle såkalte fellestemaer. Jeg leste altså notatene fra forrige trinn om igjen, og så om temaene kunne deles i grupper. For eksempel snakket en informant om gleden ved å støtte pasientene, og om at pasientene ofte ble bedre etter behandling. I margen hadde jeg notert *mening og mestring*. Begge disse utsagnene tenker jeg passer sammen i en gruppe fordi de handler om noe av det samme, nemlig selve jobben.

Trinn 4. I denne fasen ser man om temagruppene eller «klyngene» fra forrige trinn kan deles inn i overordnede temaer. For eksempel kan mening og mestring passe inn under det overordnede tema: møte med barna. Smith og Osborn (2015) og Willig (2013) understreker viktigheten av at temaene må kunne illustreres gjennom utsagn fra teksten, hvilket innebærer at noen av notatene fra de foregående trinnene ikke nødvendigvis blir med videre. For selv om det hele tiden er forskernes interesse og hva han/hun bærer med seg, som påvirker hva som kommer med, sikrer denne analysemetoden at forskeren faktisk også danner sine fortolkninger ut fra innhold i teksten. Temaene skal altså hele tiden kunne synliggjøres

gjennom sitater fra informanten. I denne fasen er det nødvendig å gå tilbake og lese originalteksten flere ganger, for på den måten å utvide min forståelse, mine refleksjoner og fortolkninger.

Trinn 5. Når de fire nevnte analysetrinnene var gjennomført på ett datasett, gjentok jeg hele prosessen på neste datasett, det vil si trinn 1- 4. Når man har fullført denne prosessen på alle transkriberingene hver for seg, skal man i denne femte fasen se alle tekstene samlet. Dette innebærer at man sammenlikner de ulike transkriberingene og de ulike analysenivåene, og søker å komme frem til overordnede temaer på tvers av de individuelle temaene fra hver informant. Man leter altså etter såkalte mønstre på tvers av datasettet: er det noe som går igjen, temaer som peker seg ut, eller temaer som nettopp ikke går igjen men knytter seg til kun en informant? Denne prosessen resulterte i både sammenfallende og individuelle temaer, som jeg plasserte i en modell for å skaffe oversikt over materialet. De overordnede temaene må være tilstrekkelig forankret i datagrunnlaget, og analysen innebar at jeg ved å gå fram og tilbake i tekstene også oppdaget nye utsagn som passet inn i de overordnede temaene. Slik sett kan mine fortolkninger både endre og utvide seg over tid. Et eksempel på dette var at jeg etter flere lesninger ble oppmerksom på hvordan terapeutene på ulike måter etterspurte formell støtte på emosjonelle reaksjoner. Analysen har kommet til et såkalt metningspunkt når man, basert på alle transkriberingene, mener å ha funnet tilstrekkelig med temaer på tvers av datasettet som videre kan plasseres inn overordnede temaer (Willig, 2013).

8 Resultater

I intervjuene kommer det fram temaer knyttet til hvordan traumeterapeutene opplever selve møte med barna og hvordan jobben påvirker dem profesjonelt og privat. Fordi alle terapeutene også har pasienter med andre type diagnoser, og altså ikke bare arbeider med traumepasienter, kommer det også fram hvordan de totalt sett opplever jobben sin.

Videre sier resultatene også noe om hvordan de beskytter seg mot overveldende følelser som kan påvirke deres profesjonalitet. Sitatene som er tatt med er de som viser poengene best, i den forstand at de etter min mening gir mest presist og dekkende uttrykk for deltagerens opplevelser. Analysen resulterte i tre overordnede temaer med underpunkter, vist i modellen under:

| | | |
|---|---|---|
| Møte med barna <i>- fantastisk og grusomt</i> | Ringvirkninger <i>- maktesløshet overfor en ond verden</i> | Beskyttelsesfaktorer <i>- å kle av seg jobben</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mening og mestring • Opplevelsen av ikke å kunne hjelpe • Å ta inn over seg barnas lidelser | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidspress • Forhold til egen familie • Mindre sosialt liv • Endret verdensbilde | <ul style="list-style-type: none"> • Personlige strategier • Autonomi • Formell og uformell støtte • Metoden TF-CBT |

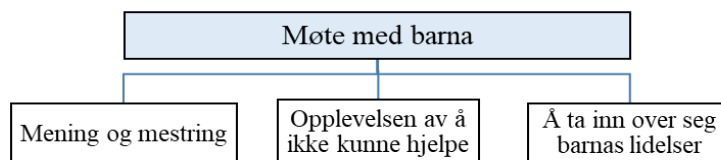
I det følgende vil jeg utdype hvordan hvert av de enkelte temaene med underpunkter, kommer til uttrykk i datasettet:

Møte med barna – fantastisk og grusomt!

Terapeutene beskriver selve møte med pasientene som både *fantastisk og grusomt*.

Dette utsagnet er dekkende for det samtlige gir uttrykk for. Alle opplever møte med barna som meningsfylt og har et genuint ønske om å hjelpe, men barnas opplevelser går også innpå dem rent personlig. Særlig tungt er det når man som terapeut ikke klarer å støtte pasientene slik man ønsker:

Oppsummert i en delmodell med underpunkter ser dette temaet slik ut:



Mening og mestring. I begynnelsen av hvert intervju ble terapeutene spurt om hvordan det oppleves å jobbe med traumatiserte barn, og svarene dreier seg om både mening og mestring. Alle sier at de har en meningsfull jobb hvor det å kunne hjelpe så utsatte barn betyr mye:

Også synes jeg det å jobbe med traumer er utrolig meningsfullt (...). Det å kjenne på agens, her får vi gjort noe, her kan vi hjelpe, det betyr mye for meg.

En annen uttrykker det slik:

Det er jo ikke noe som er bedre enn det (...) å rette opp noe så ille, noe så vesentlig. De gangene jeg får være med på det og føler at det går riktig vei, da blir man jo helt gira.

Disse terapeutene uttrykker det samtlige erfarer, nemlig at opplevelsen av mening også henger sammen med opplevelsen av mestring; det gir mening når man klarer hjelpe de unge

pasientene. Likevel snakker terapeutene også om mening på litt ulike måter. Noen knytter mening til å få til gode behandlingsresultater, mens andre også knytter det meningsfulle i å møte barna og utvikle en relasjon til dem: «Og det å jobbe med barn og unge betyr så mye (...), at de åpner opp og slipper meg inn i livet sitt». Dette utsagnet viser en arbeids glede knyttet til selve relasjonen. En annen terapeut mener at møte med de unge også er bra for egen helse:

En av de fantastisk flotte tingene ved denne jobben her, er at jeg får møte så ålreite ungdommer. Det gjør at jeg holder hodet i live, og det gjør at jeg holder resten av systemet i live (...). Også har de opplevd en del ting, men de er fremdeles flotte ungdommer.

Det virker som om flere kjenner både mening og arbeids glede ved selve relasjonen, og en av informantene beskriver pasientene som sine egne barn:

Man blir utrolig glad i disse barna. Det var ei lita jente som spurte om jeg hadde barn, og så svarte jeg: nei det har jeg ikke. Men så tenkte jeg at jeg har jo på en måte det - alle de barna her er jo mine (ler).

Opplevelsen av ikke å kunne hjelpe. Selv om samtlige av terapeutene opplever at det å jobbe med traumatiserte barn både gir mening og mestringsfølelse, opplever også flere at de ikke alltid klarte å støtte pasientene slik de ønsker. For noen medfører dette en opplevelse av ikke å strekke til – være kompetent nok. Andre påpeker at det er rammebetingelsene ved jobben som gjør at man ikke alltid klarte å hjelpe. Alle beskriver det imidlertid som vondt når pasientene av ulike grunner ikke viser tegn til særlig bedring:

For hvert barn vi ikke klarer å hjelpe, så er det så vondt. Å miste et barn er ett for mye, og da mener jeg ikke i form av selvmord, men i form av å ikke få hjelp nok til å bli frisk – til å fungere.

I følge intervjuene kan det se ut som om det særlig er nærheten til barna og det å kunne hjelpe – og likevel ikke alltid klare å hjelpe – som nettopp gjør at jobben både er «fantastisk» og «grusom»:

Det er fantastisk når du kan få komme tett innpå noe som er så utrolig sterkt og betydningsfullt for et barns liv (...), og du kan få lov til å være med på å gjøre en endring (...). Og samtidig er det jo vondt (...), og det kan være skikkelig vanskelig hvis du ikke føler at du får hjulpet, og til og med blir bekymret for at du bare ripper opp i masse vondt uten å få hjulpet, det er jo helt grusomt. Masse bekymring og skyldfølelse for ikke å være flinkere og (...). Det er virkelig vondt og godt på en gang og jobbe med traumer hos barn.

Denne terapeutens utsagn samsvarer med det flere erfarer; at opplevelsen av ikke å klare å hjelpe kan medføre følelsen av utilstrekkelighet. En annen uttrykker det slik:

Så sitter jeg etterpå og føler at jeg har gjort en elendig jobb. For det første, fordi pasienten kanskje stormer ut, det har skjedd noen ganger, at pasienter blir så sinte og sier at de aldri skal prate med meg, og en slang døra i ansiktet på meg.

Andre terapeuter gir uttrykk for at opplevelsen av ikke å kunne hjelpe har med rammebetingelsene i BUP gjøre og ikke så mye med egen kompetanse. Det handler om at man har for mange traumesaker - og totalt sett for mange pasienter - noe som påvirker konsentrasjonen:

Det er klart det gjør noe med en terapitime, hvis du ikke husker hva ungen heter, eller sier feil navn, eller hvor gammel var du nå igjen, eller hvilken skole var det du gikk på? (...). Det er helt forferdelig egentlig, og noen ganger har jeg hatt så mange saker at jeg nesten har problemer med å huske hvordan folk ser ut. Jeg går ned på venterommet, også bare håper jeg at jeg skal kjenne igjen vedkommende.

Intervjuer: *Hva gjør det med mestringsfølelsen?*

Informanten: *Nei, altså jeg er jo redd for å glemme noe viktig, jeg er redd for å gjøre en feil. Jeg føler at jeg kunne ha gjort en mye bedre jobb hvis jeg hadde hatt tid til å forberede meg.*

Denne terapeuten gir uttrykk for at det er arbeidspresset som påvirker konsentrasjonen, og at dette igjen kan gå utover kvaliteten på jobben hun gjør. Dette samsvarer også med det flere opplever:

Nå, når jeg har flere saker som starter samtidig, må jeg konsentrere meg (...), så jeg ikke sauser historiene deres sammen (...). Jeg blir flau når jeg ikke av meg selv husker historien deres veldig godt, fordi det kommer mange historier samtidig som ligner på hverandre, og som er veldig belastende for disse barna.

Intervjuer: *Så det er mengden som gjør at det blir belastende?*

Informanten: *Mengden gjør at det blir belastende, enough is enough liksom.*

Å ta inn over seg barnas lidelser. Felles for alle terapeutene er at det å arbeide med traumatiserte barn kan være følelsesmessig utfordrende, og ofte på en litt annen måte enn med andre pasienter. Flere forteller om uønskede tanker og bilder, såkalte *flashbacks*, og om at det å lytte til så mye lidelse kan oppleves som utmattende og påvirke humør og søvn:

Det er jo veldig detaljrikt, ikke sant (...), mye voldtekter av små barn (...). Jeg føler ofte at jeg kan se det veldig levende for meg både i terapitimen, men også hjemme (...), og det påvirker hvordan jeg er hjemme, mer sliten, mer sur. Det gjør at det også kan være mer vanskelig med søvn i den perioden hvor det er mange traumehistorier.

Denne terapeutens opplevelser stemmer overens med det flere opplever; at barnas traume- og voldserfaringer er noe de tenker på eller ser for seg, også i privatlivet. En del av metoden TF-CBT er å la barna fortelle om sine traumeopplevelser. Det betyr at terapeutene jevnlig hører på detaljerte skildringer om vold og overgrep, noe som kan

medføre tårer. En av terapeutene som både arbeider som veileder og terapeut, mener det er helt normalt å gråte over barnas lidelser, og det skjer ofte under veiledning:

Da kan tårene komme både hos den som leser og hos meg som veileder (...). Det sier mye om at de bryr seg, at de ikke er kalde, at de faktisk har empati. Vi har jo noe som heter speilnevroner, ikke sant, og det skjer en sånn smitte. Ellers ville vi ikke kunne ha empati.

Det å bli følelsesmessig berørt er noe alle anser som normalt, og til og med nødvendig for å gjøre en god jobb. Resultatene tyder imidlertid på at arbeidet med traumepasientene kan bli så emosjonelt belastende, at det går utover livskvaliteten. I følge flere av intervjuene ser det ut som om traumepasientene preger terapeutene på en annen måte enn andre type pasienter:

Det er en kjempeforskjell (...), det blir sånne påtrengende indre filmer, og det er annerledes enn med andre pasienter. Du kan sitte å kose deg hjemme, og plutselig ser du for deg voldtekten som det ble fortalt om tidligere på dagen (...). Det kommer gjerne når jeg skal sove (...), sånne ugreie bilder du ikke har lyst til å ha på netthinnen.

Dette utsagnet samsvarer med det flere sier; at traumepasientenes historier går innpå dem både faglig og privat, og at det kan skape en ekstra og tyngre type belastning:

Jeg har drømt om pasientene mine (...), de har vært med i alle drømmene mine. Jeg våkner opp og lurer på om det har skjedd noe (...), om jeg egentlig burde ha tatt med jobbmobil hjem i tilfelle noen sendte melding. Og jeg går og tenker: jeg håper det går bra, hva møter meg i morgen når jeg skal på jobb? (...). Jeg blir veldig sliten.

Selv om flere påpeker at det å arbeide med traumatiserte barn preger dem på en annen måte enn andre type pasienter, er det noen som mener at det likevel ikke er mer vanskelig å jobbe med: «Jeg synes en tung depresjon kan være vel så vanskelig å jobbe med som traumer.» Likevel forteller alle at barnas skildringer om vold og overgrep går innpå dem:

Jeg får rett og slett påtrengende bilder i hodet av grov vold. Da kjenner jeg at jeg sliter, jeg vet ikke hvorfor, men det gjør skikkelig vondt (...). Jo grovere vold, jo verre er det for meg, for å si det sånn

Intervjuer: Er det også når du er hjemme?

Informant: Ja, klart. Hvis jeg begynner å tenke på det, så ser jeg det for meg (...). Det gjør fysisk vondt (...). Jeg husker jeg hadde en pasient som ga meg mareritt på natten, så jeg bråvåknet. Det var inne i hodet mitt det pasienten hadde sagt.

Dette utsagnet illustrerer hvordan noen opplever at det å jobbe med traumer påvirker dem på en annen måte enn andre type pasienter. Samtidig sier flere at det både er tyngden i traumesakene, kombinert med for mange traumepasienter – og for mange andre type pasienter – som til sammen blir belastende. Dette gjelder blant annet en av informantene som har vært 100 prosent sykmeldt over lengre tid, og som i dag jobber redusert:

Jeg har jo jobbet med barn i mange år, med veldig mye trøkk (...), så fikk jeg en skikkelig smell for syv åtte år siden, og endte på sykehuset med ekstremt høyt blodtrykk (...). Jeg

hadde så mye fokus på det jeg skulle gjøre, så jeg hadde ikke anelse om at jeg var syk før lyset gikk. Og det var skummelt, det var kjempeskummelt (...), så jeg har blitt mye mer oppmerksom på det nå.

Intervjuer: Hvordan merker du det konkret når det blir for mye?

Informant: Jeg merker at jeg ikke sover så godt som jeg burde gjøre.

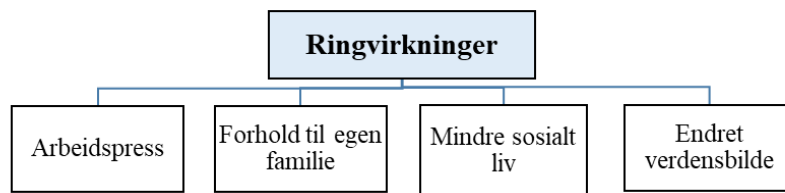
Intervjuer: Og det knytter du til jobben?

Informant: Ja, jeg tenker at det ikke har så mange andre forklaringsverdier enn jobben. (...). Tanker som kverner, men det er ikke nødvendigvis tanker om traumepasienter som kommer opp (...). Det kan ha med generelt stressnivå på arbeidsplassen å gjøre, og det kan ha med traumesaker – vanskelig å si egentlig.

Denne terapeuten er altså ikke sikker på om det er arbeidet med traumatiserte barn som er mest belastende, noe også andre gir uttrykk for. Felles for alle terapeutene er imidlertid opplevelsen av at traumepasientene påvirker privatlivet på en annen måte enn andre type pasienter, fordi det setter i gang andre type tanker, bilder og bekymringer.

Ringvirkninger – maktesløshet overfor en ond verden

Ringvirkninger dreier seg om hvordan møte med barna påvirker terapeutenes følelser, tanker og handlinger på flere livsområder. Noen av terapeutene mener at det å jobbe med traumepasienter skaper ytterligere arbeidspress, mens andre mener at det er jobben totalt sett som medfører arbeidspresset. Imidlertid opplever alle at det å jobbe med traumatiserte barn kan påvirke forholdet til egen familie og sosialt liv, og for noen medfører det også endret verdensbilde. For selv om alle opplever jobben med traumepasienter som både viktig og meningsfull, erfarer også alle at den kan være belastende og påvirke dem både faglig og privat. Vist i en delmodell ser dette temaet slik:



Arbeidspress. Alle terapeutene opplever ofte at tiden ikke strekker til, noe som medfører arbeidspress og at de må sitte overtid for å bli ferdige. Flere mener at årsaken til arbeidspresset skyldes sykmeldte kolleger og underbemanning. Arbeidspresset gjør også at noen kvier seg for å be om støtte fra andre kolleger, fordi de ikke ønsker å belaste dem ytterligere.

Den eneste innvendingen jeg har er arbeidsmengden (...). Til tider har det vært for mange pasienter på en gang (...). Det har vært mye utskifninger og turnover på grunn av dette arbeidspresset. Vi trenger flere ansatte, vi er underbemannet. Det gjør at jeg ikke blir ajour. At jeg er nødt for å sitte og jobbe overtid for å få gjort ferdig dokumentasjon (...), så sånn sett er det lagt opp til at man ikke kan klare det innen en vanlig arbeidsdag.

Denne terapeuten har mange års erfaring som traumeterapeut, og er mer opptatt av at det er rammebetingelsene ved jobben som skaper belastninger, enn nødvendigvis traumepasientene i seg selv. Alle forteller at arbeidspresset kan påvirke arbeidsgleden, videre at sykemeldinger blant kolleger og høy grad av turnover skaper stress. Høyt arbeidspress gjør også at noen vegrer seg for å be om støtte:

Man går jo kanskje ikke inn til de kollegene som er neddyngnet og kjempestresset, og så skal man lette på sitt eget trykk, da tenker man seg om (...). Så det er selvfølgelig en risikofaktor å ha så mange sykmeldte og folk som er belasta. Det blir jo færre å ta av til eget støttebehov.

I følge intervjuene er det ikke åpenbart at traumepasientene i seg selv bidrar til opplevelsen av arbeidspress. Informantenes opplevelser kan også tolkes slik at de mener arbeidspresset skyldes den totale arbeidsmengden kombinert med for få ansatte. Samtidig påpeker flere at mengden traumepasienter skaper ytterligere belastninger, som ikke bare preger dem på jobb men også i privatlivet.

Forhold til egen familie. Alle deltagerne i denne studien var på intervjutidspunktet i et forhold. Samtlige beskriver partneren som en viktig støttespiller, særlig i perioder hvor det er utfordrende på jobb. Samtidig opplever flere at arbeidet med traumatiserte barn kan bli så emosjonelt belastende at det går utover både forholdet til egne barn og til partneren hjemme:

Jeg bruker liksom all empatien min ferdig på jobb, og så kommer jeg hjem, også er det liksom avstengt. Sånn var det en periode i fjor (...), hvor jeg følte at jeg var mer enn byrde enn en god samboer.

Denne terapeuten beskriver det flere opplever; at det å jobbe med traumatiserte barn også påvirker parforholdet. En av terapeutene fikk i en periode så sterke emosjonelle reaksjoner, at hun kviet seg for å gå på jobb – noe som også påvirket partneren:

Jeg hadde en periode hvor jeg begynte å merke litt sånn angstreaksjoner og vegring mot å dra på jobb på mandag (...), hvor jeg begynte å gråte på søndagskveldene (...), måtte sitte i armkroken til samboeren, han måtte trøste meg og roe meg ned. Og han begynte å stille spørsmål: skal du virkelig være i denne jobben hvis det skal være sånn?

Intervjuer: Knytter du den perioden særlig til å jobbe med traumatiserte barn?

Informant: Ja, ... for det er jo de sakene hvor det er vanskeligst å finne riktig løsning.

Flere av informantene mener at seksualitet er et viktig tema i denne sammenheng, fordi jobben til tider gjør en så utmattet og sliten at det påvirker lysten. Noen forteller også om at de i perioder har blitt plaget av uønskede påtrengende bilder under seksualakten:

Ofte så kom det påtrengende minner, eller ikke minner, men bilder fra det som ble fortalt – når det minst passet, altså når jeg og partneren min skulle ha sex. Og det synes jeg var veldig vanskelig. Så da var det jo bare å avslutte hele greia og starte opp med friskt mot senere (ler litt).

En annen informant opplever skam når denne type bilder kommer opp:

Jeg kjenner jeg blir nesten litt flau når jeg snakker om det (...). Altså, det ble en sånn absurditet, og den skammen som kom da (...). Jeg ble så kvalm av meg selv, frykten for at det var noe galt med meg (...). Det var først etter en stund jeg tenkte at dette dukker selvfølgelig opp fordi det minner (...). Det var jo det den pasienten snakket om, akkurat i den settingen, og da er det ikke så rart at det dukket opp for meg og – i den settingen. Men jeg husker første gang så tenkte jeg at: herregud jeg kan aldri fortelle dette til noen.

Intervjuer: *Du sa det var første gang du fortalte om det nå, så du har ikke snakket med en veileder om det?*

Informant: *Ikke spesifikt, jeg jobber med det selv.*

Flere mener at dette er et tabutema og samtidig et viktig tema, fordi jobben kan «påvirke seksuallivet negativt». Som en uttrykker: «det er viktig å normalisere at dette kan skje».

Imidlertid er flere av informantene usikre på hvordan dette temaet skal kunne løftes opp og snakkes om på en hensiktsmessig måte:

Jeg tror at på en eller annen måte så burde vi hatt et forum (...), som gjør at vi kunne snakket om de tingene der på en ålreit måte (...) samtidig som vi kunne beholde vår egen sjenanse. Det er ikke akkurat det du diskuterer på jobben, men at vi burde være mer bevisst på det, det er helt sikkert, og at det burde tematiseres, det er helt sikkert.

Å arbeide med traumatiserte pasienter påvirker ikke bare forholdet til partneren, men for noen også forholdet til egne barn:

Jeg blir mer sliten, og jeg får dårlig samvittighet overfor barna mine, for jeg kan bli mer irritert og sint på dem når jeg kommer hjem. Og da tenker jeg: herregud, her jobber jeg for andres unger, også blir jeg sur og sint på mine egne. Så får jeg dårlig samvittighet for det ... Også er det det at jeg blir mer sint.

Andre sier at det kan være ekstra belastende om pasientene er på samme alder som egne barn:

Nå har jeg en datter på to år, så det som for øyeblikket går mest inn på meg er overgrep i så ung alder (...), og nå hadde jeg en ny sak i forrige uke hvor det var vold mot mor mens barnet var tilstede (...). Da begynner jeg å se for meg hvordan dette ville ha vært for min datter. Og akkurat det tror jeg kommer til å gjelde også framover når hun blir eldre, at hvis jeg har saker som berører de samme fasene, så vil det trigge litt ekstra.

En av terapeutene som også jobber som veileder, forteller om en terapeut som ikke lenger maktet å jobbe med traumepasienter, fordi det ble for belastende kombinert med egne barn:

Hun så for seg at ting skjedde med datteren sin, og begynte å blande inn historier fra jobben med datteren sin hjemme (...). Det ble for slitsomt, og hun måtte slutte med traumesaker.

Mindre sosialt liv. Sosialt liv dreier seg i denne sammenheng om å treffe venner, dyrke hobbyer og komme seg ut. Terapeutene opplever at jobben i perioder er så slitsom at det påvirker energien og lysten til å være sosial:

Altså, jeg er jo ikke så sosial som jeg tror jeg ville ha vært i et annet yrke, for egentlig er jeg ganske sosial (...). Så det jeg synes er slitsomt, er å være sammen med venner. Det hender at jeg tar meg i å tenke: uff, nå har vi snakket i en time, er vi ikke ferdige snart? Jeg er jo vant til å slutte samtalen etter 45 minutter (ler). Så jeg har nok blitt en mer innesluttet person.

En annen terapeut har opplevd at interessen for hobbyer kan bli påvirket av jobben:

Spesielt i en periode brukte jeg mange, mange timer med innsøvning, så den kognitive kapasiteten min var veldig svekket, og det er veldig trist. Jeg mistet helt kunstinteressen. Tidligere kunne jeg sitte å betrakte malerier og sitte å se på dokumentarer og lese bøker om kunst. Alt dette forsvant, det var ingenting igjen. Så hadde jeg og en samboer, og det var knapt nok restene hun fikk av meg.

Terapeutenes utsagn peker i denne sammenheng ikke på om det er traumepasientene eller det generelle arbeidspresset som påvirker sosialt liv og hobbyer. Imidlertid viser resultatene at i perioder med mange belastninger, har flere ikke overskudd til å være sosiale:

Ting måtte være så alvorlig og meningsfullt for at jeg skulle investere noe energi i det (...). I studenttiden var det så mye tull og greier som jeg nøt å holde på med. Det forsvant. Hvis ting ikke var alvorlige, så var det meningsløst og ikke noe vits å holde på med. Det ramlet inn et stort alvor i livet.

Endret verdensbilde. Begrepet verdensbilde dreier seg i denne sammenheng om menneskesyn, om i hvilken grad det å arbeide med traumatiserte barn påvirker tillitten til menneskeheten og troen på det gode (Schauben & Frazier, 1995). Noen forteller at det å møte mange barn som blir utsatt for vold, seksuelle overgrep og grov omsorgssvikt, påvirker deres menneskesyn og medfører en form for maktesløshet. Endret verdensbilde gjør også noe med følelseslivet:

Det synes jeg er det vondeste, at folk kan gjøre sånn mot små barn (...), akkurat det gjør meg mye trist ...Du føler at det ikke vil ta noen ende, at det er så mye råskap og hensynsløshet (...), den der maktesløsheten overfor en ond verden.

Denne type tanker samsvarer med det flere forteller om, og i likhet med denne terapeuten er det flere som sier at endret menneskesyn bidrar til humørsvingninger:

Jeg føler at det har gjort noe med meg, jeg føler meg mye mer sint enn det jeg gjorde tidligere (...). At noen kan utsette de små kroppene for de tingene der, det er tungt (...), det er helt uforståelig. Det gjør noe med meg. Folk sitter og ser på barneporno og voldtar barna sine.

Denne terapeuten uttrykker både fortvilelse og sinne over barnas traumeopplevelser, noe som gjelder flere. En annen informant som behandler mange barn med flyktningebakgrunn

beskriver også opplevelsen av maktesløshet, og at det å jobbe med traumatiserte barn påvirker synet på samfunnet:

Det blir mer emosjonelt å se nyhetene, for du vet i større grad hva disse menneskene går i gjennom. Så det blir rett og slett for vondt egentlig. (...). Det er den maktesløsheten; vi tar imot de som kommer, også ser en jo at det er nye kriger, det er liksom bare on-going.

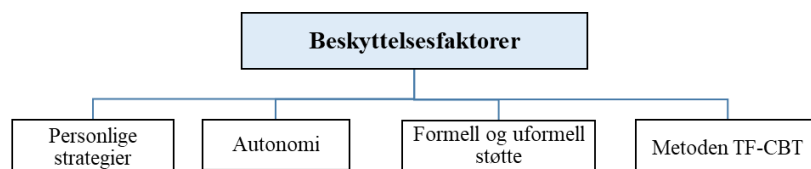
En annen informant som ikke har barn selv, opplever at hun gjennom jobben har utviklet en «*grunnleggende pessimisme*», noe som påvirker lysten på å få egne barn:

Jeg kjenner jo at jeg av og til kan tenke at verden er et utrolig stygt sted, og det er litt trist. Jeg merker at jeg blir litt sånn pessimistisk på vegne av fremtiden (...), og så har jeg tenkt sånn: orker jeg å få egne barn? Jeg er ikke sikker.

Denne type tanker viser at traumeterapeutene til tider opplever jobben så belastende, at den påvirker dem både faglig, personlig og privat. Samtidig forteller også alle om ulike fenomener som beskytter mot belastningene beskrevet ovenfor.

Beskyttelsesfaktorer – å kle av seg jobben

Beskyttelsesfaktorer dreier seg om fenomener eller strukturer ved arbeidsplassen informantene beskriver som støttende i deres jobb som traumeterapeuter. Videre dreier det seg om personlige strategier terapeutene tar i bruk for å forebygge eller unngå belastninger. Ifølge analysen er det særlig fem faktorer som peker seg ut, som vist i modellen under:



Personlige strategier. Å ta med seg «*traumepasientene hjem*» er et tema for alle, og flere forteller om hvordan de på ulike måter både forsøker å beskytte seg og skaffe påfyll gjennom positive opplevelser og rutiner. En informant beskriver for eksempel at han kler av seg jobben når han kommer hjem, for på den måten å skape et skille mellom jobb og privatliv:

Jeg har blitt mye mer opptatt av fysisk å legge fra meg jobben, det å kle av meg jobben. Når jeg kommer hjem så skifter jeg, jeg legger fra meg jakka, drar på meg andre bukser og skifter fra innerst til ytterst, også er jeg bokstavelig talt i noe annet. Det er en sånn greie jeg har lagt meg til. Også har jeg ikke jobbmobilien med meg, men noen utvalgte klienter får nummeret mitt, for de finner meg likevel.

Denne terapeuten har som tidligere beskrevet vært sykmeldt 100 prosent, og er nå sykmeldt en gang i uka. Han har funnet flere strategier for at jobben ikke skal bli så belastende:

*For det første har jeg bestemt at bærbar PC-er med oppkobling til sykehusets internett, det å prøve å gjøre jobb hjemmefra, det er djevelens verk (ler).
(...) Og når jeg går herfra på torsdag, så vil jeg være ferdig med uka. Så jeg jobber lengre enn jeg egentlig burde, men jeg gjør det fordi jeg vil være ferdig når jeg går.*

Det ser altså ut som om hans personlige strategi blant annet er å arbeide overtid for å kunne være borte hele sykemeldingsdagen på fredag. Dette samsvarer med det flere opplever selv om de ikke er sykmeldte, nemlig at «tiden ikke strekker til». Når det gjelder andre personlige strategier forteller alle at det er viktig å koble av med noe helt annet etter jobb, enten gjennom å trene, meditere, lytte til musikk, gå tur, med mer. Som en sa: «da handler det bare om meg, og det trenger jeg.» Samtidig kan det se ut som om kreftene eller overskuddet til gjøre noe positivt for å hente seg inn, ofte forsvinner i de mest slitsomme periodene: «Jeg sluttet å trene, være sosial og gå på byen med kompiser. Satt hjemme og så Poirot liksom, den type ting.» Denne informanten forteller at han ikke orket annet enn å se på såkalt lett TV-underholdning når han var som mest belastet, samtidig gir han uttrykk for at denne strategien ikke nødvendigvis gir så mye påfyll. Han hadde bare «ikke ork til noe annet.»

Autonomi. Det er ikke bare personlige strategier som betyr mye for å beskytte seg mot overbelastning, men organisatoriske forhold ved arbeidsplassen spiller også en rolle. Alle informantene mener at selvstyring eller autonomi er viktig, for å håndtere utfordringer i jobben: «Vi får ikke bare utdelt pasienter i posthylla, vi får styre det litt mer selv.» Denne informanten opplever at hun har en leder som lytter og gir henne en viss grad av selvbestemmelse. Utsagnet uttrykker et behov alle har, nemlig behovet for selv å kunne påvirke hvor mange pasienter man skal ha, hvilken type pasienter og hvor lenge et pasientforløp skal vare. En annen uttrykker det slik:

Alle kan si, at nå har jeg hatt mange angstsaker, eller nå må jeg ha en pause fra traumeterapi.

Intervjuer: *Så du har en sjef som hører på det?*

Informant: *Ja, absolutt i hvert fall når det gjelder type saker. Når det gjelder antall saker er vel presset større.*

Samtlige mener altså at medbestemmelse er viktig, men graden av hvor mye de får bestemme varierer. Flere forteller for eksempel at de får for mange traumepasienter fordi de har lært seg metoden TF-CBT:

Jeg vil ikke ha det sånn at alle som kommer inn gjennom døra har en saftig traumehistorie med seg (...), og jeg er bekymret i forhold til oss her nå, vi som har en TF-CBT bakgrunn. Det blir lett til at det blir overført til oss (...), og det er ikke ålreit.

En annen sier det slik: «Jeg kan ikke bare drive å vasse rundt i overgrep, for da blir jeg sprø.» Denne terapeuten sitter selv i inntaksteamet, og forteller at hun ofte ender med å gi seg selv for mange traumepasienter:

Når jeg leser gjennom henvisningen så tenker jeg: herregud, hvem kan ta denne pasienten her, og så er det ingen som har TF-CBT kompetanse. Så blir det litt sånn: ja, ja, da får jeg ta den. Så jeg kan jo skylde meg selv i blant for at belastningen har blitt for stor.

Det kan se ut som om informantenes arbeidsdag både preges av autonomi, og på mange områder manglende autonomi, videre at det varierer mellom de ulike arbeidsplassene:

Og her er det sånn at leder går gjennom alle sakene til alle behandlerne hver åttende uke (...) hele pasientlisten min (...). Så selvfølgelig, jeg kan ikke sette opp ubegrenset tid på en sak som burde vært løst kortere.

Bare en av terapeutene gir uttrykk for at hun selv får bestemme når terapien skal avsluttes:

«Jeg føler at jeg får ha dem så lenge jeg mener at det er behov (...). Det betyr veldig mye for meg.» Samtidig opplever denne informanten i likhet med de andre, et press til stadig å ta inn nye pasienter: «Det blir liksom litt sånn: nå må dere ta inn nye, nå er det lang venteliste.»

Formell og uformell støtte. For å gjøre en så god jobb som mulig gir alle terapeutene uttrykk for at de trenger både formell og uformell støtte fra kolleger og ledere. Behovet for støtte dreier seg både om faglig støtte vedrørende oppfølging av pasientene, men det handler også om behov for støtte hva angår egne emosjoner. Når det gjelder forholdet til kollegene forteller flere at de har et godt sosialt klima på jobben, med rom for uformell støtte:

«Det å dumpe inn på kontoret til hverandre hvis det er for gærnt, det er det rom for.»

En annen sier: «Jeg har verdens beste kollegaer, og det er alltid noen som kan hjelpe meg hvis jeg trenger det (...), selv om det er travelt.»

Den uformelle støtten dreier seg om å stikke innom for å snakke om en vanskelig «case», eller bare for å få litt avkobling: «Altså, jeg trenger også tull og fjas, at vi kan tenke på helt andre ting (...). Det er mye humor (...), det synes jeg er veldig deilig.» Like viktig som uformell støtte fra kolleger, er også formell kollegastøtte i form av tverrfaglig samarbeid:

Jeg er ikke spesialist i familieterapi, det er mange her som er flinkere enn meg til akkurat det (...). Og hvis det er store problemer i familien (...), da er det veldig ålreit å få inn en familieterapeut.

Alle informantene syntes det er viktig å dra nytte av hverandres kompetanse, så man ikke blir «alene med en sak». Imidlertid uttrykker også noen at de skammer seg over å trenge støtte:

Jeg synes personlig at det er vanskelig å gå å banke på en dør og si at jeg har hatt en tøff time. Det sparer jeg heller til jeg kommer hjem. (...). Jeg kjenner jo litt på dette med skam, jeg føler behov for å si at dette synes jeg er jævlig, samtidig som jeg skammer meg litt over at det er det.

Noen er altså fornøyde med støtten de får av kolleger, både hva gjelder uformell avkobling og tverrfaglig samarbeid, mens andre igjen vegrer seg for å be om støtte. Når det gjelder formell tilrettelagt støtte i form av veiledning, er det flere som etterlyser det:

Der jeg jobbet før var det en egen veiledningsgruppe for traumeterapeuter, for det var en del av opplegget til NKVTS, men det er det ikke her. Og det er ikke noe krav for at veiledning skal settes i system.

Intervjuer: Så du har ikke noen egen veiledning?

Informant: Nei det har jeg ikke. Nå er jeg godkjent veileder for traumeterapeuter, så jeg veileder meg selv (ler).

De av terapeutene som får veiledning forteller at den som regel dreier seg om såkalte «vanskelige caser», og mange etterlyser derfor et fora hvor det også er rom for å få hjelp til å håndtere egne emosjonelle reaksjoner:

Det som jeg kunne ønske meg var at vi hadde et eget team på BUP for oss som jobber med traumer, at vi kunne møtes for eksempel en gang i måneden og diskutere ulike problemstillinger. Blant annet hvordan skjerme seg for påtrengende bilder, få debriefet litt og sånn.

En som er rimelig ny på nåværende arbeidsplass opplever at det ikke er vanlig å vise følelser:

Jeg er ikke helt sikker på hvordan det ville blitt tatt imot hvis noen begynte å gråte i teamet, men det handler vel kanskje også om at det er et team som er litt slitent (...). Jeg ville tippe at de fleste er velvillig innstilt, men kanskje egentlig ikke har så mye overskudd til å romme det så veldig godt.

Det ser altså ut som om det er noe varierende i hvilken grad terapeutene opplever både faglig og emosjonell støtte, og det er særlig kollegastøtten som fungerer best. Når det gjelder formell tilrettelagt støtte vedrørende emosjonelle reaksjoner knyttet til traumepasientene, tyder analysene på at dette nærmest er ikke-eksisterende blant informantene i dette utvalget.

Metoden TF-CBT. Samtlige deltagere er veldig fornøyde med å ha lært seg denne traumemetoden:

Jeg synes det er en veldig stor forskjell på det å ha en metode eller ikke å ha det. Jeg er så takknemlig for at jeg har lært dette. Det å ha denne manualiserte gangen i det, det gir en trygghet (...). Det å vite at det virker, at det er veldokumentert.

Alle liker at metoden både er strukturert og på samme tid fleksibel, og de av terapeutene som har arbeidet i flere år uten en spesiell traumemetode, sier at det er stor forskjell på å ha en metode kontra det å ikke ha det:

Det er en himmelvid forskjell (...), at man kan jobbe systematisk med traumer. Så det å jobbe med traumer uten en spesifikk metode det fungerte ikke for meg i hvert fall.

Informantene er altså gjennomgående veldig positive i sine beskrivelser av å ha lært TF-CBT, samtidig som flere også framhever viktigheten av å tilpasse seg hvert enkelt barn. Noen av terapeutene har for eksempel også lært seg andre metoder: «Jeg liker å ha forskjellig

program, ulikt, for det er ikke alle som passer inn i TF-CBT.» Slik sett kan det se ut som om terapeutene opplever at det å ha en metode i arbeid med traumatiserte barn er svært viktig, men at det ikke nødvendigvis bare må være TF-CBT.

9 Diskusjon

Målet med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan terapeuter opplever å arbeide med traumatiserte barn. I følge analysene ser det ut som om graden av belastninger kan variere for hver enkelt terapeut, samt at belastningene arter seg på litt forskjellige måter. Alle traumeterapeutene i denne studien har pasienter med ulike diagnoser, det vil si at de både arbeider med traumepasienter og med barn med annen type problematikk. Flere gir uttrykk for at det særlig er det å arbeide med traumepasienter som kan bli for belastende, mens andre igjen påpeker at det er kombinasjonen av arbeidspress med for mange traumesaker – og totalt sett for mange pasienter – som kan bli for utfordrende.

I det følgende vil resultatene ses i sammenheng med rådende forståelse av utbrenthet, sekundærtraumatisering, og omsorgstretthet. Videre vil funnene drøftes i lys av selvdetermineringsteorien (SDT) (Deci & Ryan, 2000).

Selv om alle terapeutene opplever å ha en meningsfull og viktig jobb, tyder analysene på at det å arbeide med traumatiserte barn gir en annen og tyngre belastning enn det å jobbe med andre type pasienter. Det dreier seg om tilbakevendende tanker og bilder vedrørende barnas volds- og traumeopplevelser, noe som for flere medfører søvnproblemer, mareritt og unngåelsesatferd. Mange av terapeutenes opplevelser samsvarer med rådende forståelse av sekundærtraumatisering. Spørsmålet er likevel om det er traumepasientene i seg selv som medfører tegn på sekundærtraumatisering, eller om det også må ses i sammenheng med andre forhold ved arbeidsplassen. Flere beskriver hvordan de strever på et individuelt plan, i den forstand at arbeidet med traumepasientene medfører psykiske belastninger som preger dem både faglig og privat. Samtidig påpeker også terapeutene at rammebetingelser på arbeidsplassen bidrar til belastninger. Dette gjør det viktig å se de individuelle responsene i sammenheng med ytre kontekstuelle forhold. I den sammenheng synes selvdetermineringsteorien (SDT), å være hensiktsmessig fordi den har et perspektiv som belyser samspillet mellom individuelle og kontekstuelle faktorer (Deci og Ryan 2000).

SDT tar utgangspunkt i at mennesket har et medfødt ønske om selvutvikling og om å være en del av et felleskap, samt at muligheten til utvikling hele tiden skjer i en dynamikk mellom det aktivt handlende mennesket og den sosiale konteksten individet er en del av. For

at mennesket skal handle på en måte som gagnar både en selv og felleskapet, må tre grunnleggende psykologiske behov dekkes; behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 2000; 2002; Ryan & Deci, 2000). Hvis disse behovene ikke dekkes kan det på en arbeidsplass medføre mistriivsel, dårlig helse og dårlig fungering – noe utbrenthet sekundærtraumatisering, og omsorgstretthet er eksempler på.

Autonomi

I følge SDT handler autonomi i jobbsammenheng ikke bare om selvstyring i forhold til arbeidsoppgaver, arbeidstid og arbeidsmengde, men vel så mye om menneskets fundamentale behov for å skape mening og utvikling. Autonomi handler om at den ansatte velger å ta ansvar for sine arbeidsoppgaver og ønsker å bidra, uavhengig av ytre kontroll – fordi jobben i seg selv gir mening. Ved å handle ut i fra en slik indre styrt motivasjon, vil våre handlinger være mer hensiktsmessige både hva angår egen helse og felleskapet (Deci & Ryan, 2000; Rigby & Ryan, 2018).

Resultatene indikerer at terapeutene opplever pasientene som den viktigste kilden til motivasjon, og at barnas helse og behov kommer i første rekke. Det å hjelpe traumatiserte barn er et mål i seg selv, noe som oppleves som både meningsfullt og viktig. Dermed ser det ut som om arbeidsoppgavene i seg selv bidrar til opplevelsen av autonomi. For eksempel gir samtlige uttrykk for at de kjenner stor ansvar og et dyptfølt engasjement i møte med traumatiserte barn. Flere sier også at møte med barna gir arbeidsglede, særlig når de opplever å kunne hjelpe så utsatte pasienter. I den forbindelse kan det være nærliggende å trekke inn et mindre etablert begrep enn sekundærtraumatisering, nemlig *sekundærvitalisering* (Øiestad, 2015). Begrepet er innført som kontrast til sekundærtraumatisering og dreier seg om at det å jobbe med traumer ikke bare medfører belastninger, men også kan være givende og vitaliserende. I mye av faglitteraturen om traumeterapeuter blir ofte belastningene grundig omtalt, men det kommer også fram at denne type jobb kan gi mening og glede (Bang, 2003; Isdal, 2017; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Med bakgrunn i intervjuene kan det være rimelig å tenke at informantene til tider opplever at de blir vitaliserte; at de i møte med de traumatiserte barna blir oppløftet, beriket og inspirert. I lys av SDT kan man tenke at denne type *sekundærvitalisering* eller arbeidsglede styrker opplevelsen av autonomi (Deci og Ryan, 2002), i den forstand at terapeutene er indre motivert for å hjelpe de traumatiserte barna.

I denne sammenheng samsvarer deltagernes indre motivasjon og dyptføyte engasjement lite med rådende forståelse av omsorgstretthet. Denne tilstanden beskrives blant annet som at terapeuten på grunn av gradvis overbelastning blir så psykisk og fysisk utmattet

at han/hun ikke lenger klarer å støtte og være empatisk overfor pasientene. Terapeuten viser i stedet utålmodighet, irritabilitet og manglende medfølelse (Figley, 1995; Mathieu, 2012). Riktig nok sier flere av terapeutene at de i perioder blir mer utålmodige og sure på hjemmefronten, men ifølge analysene ser det ikke ut som om dette går utover pasientene. Snarere virker det som deres empati og oppriktige ønske om å hjelpe, er det som gjør jobben så meningsfull. Dermed stemmer resultatene ikke like godt overens med teorier som spesifikt fokuserer på omsorgstretthet. Imidlertid kan man tenke at terapeutenes engasjement på sikt kan medføre omsorgstretthet, særlig hvis det kombineres med opplevelsen av for lite autonomi. Resultatene indikerer at graden av autonomi varierer for alle, spesielt når det gjelder selvstyring vedrørende antall pasienter og type pasienter.

Alle gir uttrykk for at selvstyring er viktig for å oppleve mening og mestring i en travel hverdag, og da dreier det seg særlig om å kunne være med på å bestemme hvor mange pasienter de skal ha, hvilke type diagnoser de skal jobbe med, og hvor lenge et terapiforløp skal vare. Selv om flere opplever at de på noen områder har en viss grad av autonomi, opplever alle at tidspress med høye arbeidskrav gir mindre autonomi enn de ønsker. Terapeutene forteller om sykmeldte kolleger, noe som gjør at de kjenner press på å ta inn flere traumepasienter enn de selv opplever å ha kapasitet til. Som en sa: *«Jeg kan ikke bare drive å vasse rundt i overgrep, for da blir jeg sprø.»* Dette utsagnet samsvarer med studier som viser sammenheng mellom antall traumepasienter – og utbrenthet og sekundærtraumatisering. Altså at graden av belastninger påvirkes av hvor mange eller få, traumepasienter terapeuten har (Schauben & Frazier, 1995; Quinn et al., 2018). Med dette som bakgrunn kan derfor funnene tolkes dithen at belastningene særlig påvirkes av rammebetingelser og ressursmangel. Dermed kan man tenke at det ikke nødvendigvis er arbeidet med traumatiserte barn som i seg selv medfører overbelastning og symptomer på sekundærtraumatisering. Det kan også være kontekstuelle forhold som bidrar til blant annet arbeidspress, og som dermed gjør terapeutene mer eller mindre sårbare for belastninger. Dette samsvarer med flere studier som framhever at traumeterapeuters belastninger har komplekse årsaker (Pearlman & Saakvitne, 1995; Quinn et al., 2018; Way et al., 2004).

Noen av terapeutene beskriver at de i perioder plages av søvnproblemer som de knytter til arbeidet med traumepasientene. Det dreier seg om bekymringer for pasientene, og noen forteller om mareritt og «flashbacks» som de relaterer til bekymringer, tanker og bilder vedrørende barnas traumeopplevelser. Andre plager er følelsesmessige svingninger, som gjør dem ustabile og utålmodige overfor partner og barn hjemme. Noen beskriver også endret

verdensbilde som preger dem i form av mistillit til omverden og en form for apati med hensyn til mengden av barn i verden som stadig utsettes for vold og overgrep. Disse reaksjonene samsvarer med rådende forståelse av sekundærtraumatisering (Elwood et al., 2011; Figley, 1995; Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Når det gjelder utbrenthet, samsvarer noen av terapeutenes opplevelser med andre studier som har undersøkt sammenhengen mellom belastninger og utbrenthet. Både studier av skolepsykologer og helsesøstre viser at arbeidspress og avmaktsfølelse over ikke å kunne yte tilstrekkelig hjelp, er forhold som medfører utbrenthet (Matthiesen & Dyregrov, 1988). Også nyere studier viser sammenheng mellom tidspress og utbrenthet (Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach, et al., 2001), særlig i jobber som innebærer høye emosjonelle krav (Indregard et al., 2018). Disse fenomenene går også igjen i datasettet; opplevelsen av tidspress, mangel på tid til papirarbeid og underbemanning. Dette gjelder for eksempel terapeuten som i lengre tid var 100 prosent sykmeldt og som fortsatt er delvis sykmeldt. Han mener selv at hans belastninger skyldes forhold ved arbeidet (s.25). Denne terapeutens opplevelser samsvarer med utbrenthet som beskrives som en tilstand en arbeidstaker kommer i når han/hun har blitt sykmeldt som følge av overbelastning på jobben (Norsk helseinformatikk, 2018).

Resultatene kan tyde på at det særlig er stort arbeidspress som reduserer autonomien, og at dette kan gjøre terapeutene mer utsatte for å kunne bli utbrente, sekundærtraumatiserte eller utvikle omsorgstretthet. Når flere sier at det er antallet traumepasienter som gjør arbeidet så tungt, og at færre traumepasienter ville gitt færre belastninger, og andre i tillegg påpeker at de har for mange pasienter totalt sett, kan det virke som om terapeutene har for lite autonomi hva angår type pasienter og mengden pasienter. Et annet moment er at økt selvbestemmelse eller altså autonomi, også kan øke mulighetene til å håndtere stressende situasjoner, fordi man selv styrer hvordan man vil legge opp arbeidsdagen. Dette bekreftes også av studier som viser at selvbestemmelse og det å få delta aktivt i beslutningstaking gir økt opplevelse av egen yteevne og lavt nivå av utmattelse (Cherniss, 1980; Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1992).

Kompetanse

Kompetanse dreier seg i følge SDT om menneskets grunnleggende psykologiske behov for å føle at man mestrer det man gjør, samt å mestre nye utfordringer for å utvikle seg videre. I jobbsammenheng dreier kompetanse seg om opplevelsen av å mestre sine arbeidsoppgaver, at man opplever å beherske dem i så stor grad at man også verdsetter utfordringene jobben gir. Jo mer opplevelse av kompetanse jo mer vil de ansatte kjenne mening i arbeidet. For

vanskelige utfordringer kan føre til undergraving av kompetanse, og medføre dårlig selvtillit og følelsen av å være unyttig og inkompetent (Deci & Ryan, 2000; Gagne & Deci, 2005; Ryan & Deci, 2000).

Når terapeutene i møte med barna erfarer at de klarer å hjelpe, kan dette styrke deres opplevelse av mestring og kompetanse – og dermed mening. På den annen side sier også flere av informantene at de ikke alltid klarer å hjelpe barna slik de ønsker, noe som for flere medfører en opplevelse av utilstrekkelighet. Flere sier at det særlig er arbeidspresset som bidrar til opplevelsen av ikke å kunne hjelpe. For eksempel forteller noen hvordan arbeidspresset påvirker konsentrasjonen og hukommelsen, noe som medfører å glemme navnet til pasienten, «*sause sammen*» historiene deres, eller ikke huske hvordan pasientene ser ut når de skal hentes på venteværelset. Terapeutene beskriver dette som en opplevelse av ikke å kunne hjelpe tilstrekkelig, med andre ord påvirker denne type fenomener opplevelsen av kompetanse. Slik sett ser det ut som om opplevelsen av kompetanse er svært varierende for alle, og at det å ikke klare å hjelpe en pasient oppleves som svært tungt. I den forbindelse kan det være nærliggende å spørre i hvilken grad det på terapeutenes arbeidsplasser er nok støtte når ikke alle terapiforløp er like vellykkede? Kan for eksempel manglende veiledning bidra til opplevelsen av svekket kompetanse og mestring? I følge SDT oppstår ikke mestringsfølelse og kompetanse i et vakuum, men påvirkes også av omgivelsene. Da dreier det seg blant annet om å være i et arbeidsmiljø som bidrar med faglig støtte og utvikling. Flere av terapeutene gir uttrykk for tilfredshet med den uformelle støtten og det tverrfaglige samarbeidet de har med kolleger, noe man kan tenke bidrar til å styrke opplevelsen av kompetanse. På den annen side etterlyser mange mer tilrettelagt veiledning. Når en av terapeutene noe humoristisk sier at hun er sin egen veileder fordi det på hennes arbeidsplass ikke er veiledning for traumeterapeuter, tyder dette på fravær av formell faglig støtte, noe som på sikt kan svekke opplevelsen av kompetanse (Deci & Ryan, 2000). Dette samsvarer også med andre studier som viser sammenheng mellom veiledning og grad av vedvarende belastninger, i den forstand at veiledning bidrar til å redusere sekundær traumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet (Boscarino et al., 2004; Ortlepp & Friedman, 2002). Forskere påpeker med dette at det ikke nødvendigvis er kontakten med traumatiserte pasienter som i seg selv medfører sekundærtraumatisering, men at det også må ses i sammenheng med andre faktorer som for eksempel veiledning og arbeidspress (Quinn et al., 2018). Med bakgrunn i SDT kan man tenke at manglende faglig oppfølging og arbeidspress påvirker opplevelsen av kompetanse – noe som igjen gjør terapeutene mer sårbare for å bli overbelastet.

Når det gjelder metoden traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) tyder intervjuene på at det å ha lært seg en spesifikk traumemetode bidrar til å styrke mestringsfølelsen. Alle gir uttrykk for at de er veldig fornøyde med å benytte seg av TF-CBT. Flere har lang erfaring som traumeterapeuter, og sier at det er stor forskjell å benytte seg av en traumemetode kontra det å ikke gjøre det. Datasettet sier imidlertid ikke noe om TF-CBT oppleves som mer hensiktsmessig for terapeutene enn det å eventuelt benytte seg av andre traumemetoder. Når det gjelder selve gjennomføringen av TF-CBT, er det ingen av terapeutene som nevner at utførelsen påvirkes av belastninger. Tvert imot oppleves det som trygt å ha en mal og struktur å følge, samtidig betyr det mye at metoden er rimelig fleksibel slik at den kan tilpasses hvert enkelt barn.

Metastudier viser at traumefokusert behandling for barn med PTSD har dokumentert effekt (Silverman et al., 2008). Dermed kan det være rimelig å anta at en traumemetode som bidrar til pasientens bedring, også kan styrke terapeutens opplevelse av mestring og kompetanse. TF-CBT kan på den måten øke mestringsfølelsen eller altså opplevelsen av kompetanse, fordi de klarer å hjelpe. I følge SDT vil styrket opplevelse av kompetanse gjøre de ansatte mindre utsatte for belastninger (Deci & Ryan, 2000). Dermed kan man tenke at det å ha lært seg en traumemetode fungerer som en buffer mot å bli utbrent og sekundærtraumatisert eller på sikt utvikle omsorgstretthet.

Tilhørighet

Deci og Ryan (2000) tar utgangspunkt i at mennesket har et fundamentalt behov for å være en del av et felleskap, og derfor er tilhørighet viktig for å fungere optimalt. I arbeidssammenheng dreier tilhørighet seg om å ha positive og tillitsfulle relasjoner både til kolleger og ledelse.

Videre må den ansatte oppleve at hans/hennes tilstedeværelse og arbeid har betydning, samt kjenne tilhørighet til bedriftens mål og verdier (Deci & Ryan, 2000; Rigby & Ryan, 2018). En ansatt som kjenner at han/hun har faglig støtte og noen å kommunisere med hva angår jobbproblemer, vil lettere få tilfredsstilt behovet for tilhørighet, enn om den ansatte må håndtere sine utfordringer alene (Van den Broeck et al., 2008).

Analysene tyder på at flere av terapeutene trives godt med kollegene sine hva angår arbeidsmiljø og faglig støtte, noe som kan være uttrykk for tilhørighet. Alle opplever også selve arbeidet som traumeterapeuter som meningsfullt og viktig, noe som uttrykker tilhørighet til arbeidsoppgavene. I den sammenheng kan det virke som om noen av de samme faktorene som bidrar til tilhørighet også er de som kan bli belastende. For eksempel gir det mening og

arbeidsglede å bli kjent med pasientene. Samtidig virker det som om nærheten til pasientene gjør det ekstra tungt å ta innover seg deres problemer og traumatiske opplevelser. Flere beskriver hvordan relasjonen til pasientene betyr mye for dem, og om hvordan tanker om «*grov vold*» og krenkelser av barna påvirker både nattesøvnen og relasjoner i privatlivet. Spørsmålet er om denne type plager kunne reduseres med mer faglig tilrettelagt støtte. Andre forskere som har undersøkt beskyttende faktorer i arbeidslivet framhever at sosial støtte fra ledelsen er viktig, og da dreier seg om i hvilken grad organisasjonen er oppriktig engasjert i de ansattes velvære og helse (Christensen et al., 2018). Dette samsvarer også med SDT. I den forbindelse uttrykker samtlige av terapeutene et behov for å få støtte på egne følelsesmessige påkjenninger i form av veiledning eller debrifing, noe som kan tolkes som at manglende formell støtte bidrar til for liten grad av tilhørighet. Når det gjelder den uformelle støtten, sier imidlertid flere at det å banke på en dør hos en kollega og be om hjelp ikke er noe problem. På den annen side er det også noen som vegrer seg mot å be om slik støtte. Derfor kan det se ut som om opplevelsen av tilhørighet varierer, all den tid det å kjenne på skam over å vise at man sliter, eller kvie seg for å belaste allerede overarbeidete kolleger, kan være uttrykk for manglende tilhørighet. Analysene tyder på at terapeutene setter pris på jobben og kolleger, men at de har for lite faglig oppfølging vedrørende pasientene, og manglende oppfølging vedrørende egne emosjonelle reaksjoner hva angår traumepasientenes lidelser. Når det gjelder følelsesmessige påkjenninger, ser det ut som om dette er noe hver enkelt må håndtere alene. Min tolkning er at informantene stort sett bearbeider emosjonelle reaksjoner gjennom den uformelle kollegastøtten, eller med partneren hjemme. Videre at de gjennom individuelle strategier som å gå på tur, trene og «*kle av seg jobben*» forsøker å beskytte seg og skaffe påfyll. Det er nærliggende å tenke at den manglende formelle støtten kan bidra til manglende tilhørighet, for hvis terapeutene ikke får nok faglig støtte hva gjelder pasientene og egne emosjonelle påkjenninger, kan de bli gående alene med sterke overveldende følelser. I følge SDT oppstår opplevelsen av tilhørighet blant annet som en konsekvens av leder- og kollegastøtte. Det handler om å kjenne seg som en del av et faglig felleskap. Funnene tyder på at mangel på formell støtte bidrar til å svekke denne type fellesskapsfølelse.

Alle terapeutene opplever at det kan være tungt å ta innover seg barnas lidelser, og flere beskriver for eksempel plagsomme tanker og bilder i situasjoner når de minst ønsker det, som i intime situasjoner med partneren. Resultatene kan tyde på at det å arbeide med barn som er utsatt for seksuelle overgrep, kan medføre en unngåelsesatferd i forhold til eget seksualliv – og unngåelsesatferd er nettopp et av kjennetegnene ved sekundærtraumatisering

(Figley, 1995). Med bakgrunn i SDT kan man spørre seg om høyere grad av formell støtte og veiledning – og dermed høyere grad av tilhørighet – vil kunne dempe denne type belastning. Med andre ord; ville mer formell støtte for eksempel kunne bidra til at barnas fortellinger om voldtekter ikke påvirker seksuallivet like sterkt, som det i perioder gjør for noen av terapeutene? Slik det beskrives er dette temaet noe som både medfører skam og som terapeutene må håndtere alene. Det er imidlertid flere som mener at seksualitet er et tema som bør settes på dagsorden, og selv om ikke alle rapporterer påtrengende bilder under seksualakten, opplever flere at denne type jobb kan redusere lysten på sex. Hvorvidt den redusert lysten er en følge av å jobbe med traumatiserte barn, eller kun en følge av stress og høyt arbeidspress er imidlertid ikke så lett å vite. Det finnes ikke mye forskningslitteratur som konkret tar for seg dette emnet, noe som også bekreftes av Isdal (2017) i boka «Smittet av vold» (s. 106): «*Seksuelle problemer når det gjelder funksjoner som lyst, blodtilstrømning/lubrikasjon og utløsning, er kanskje det som er minst behandlet i litteraturen om sekundærtraumatisering og compassion fatigue.*»

Når terapeutene trekker seg mer tilbake sosialt, blir mer bekymret for egne barn, eller ikke får lyst på egne barn, drømmer om pasientene, blir søvnløse av bekymringer, eller får uønskede bilder under seksualakten – kan det tenkes at mer veiledning og fokus fra ledelsen på personlige reaksjoner, kan være en buffer mot utbrenthet og sekundærtraumatisering. Dette samsvarer med studier som viser at arbeidstakere som jobber i yrker med høye emosjonelle krav, får mindre arbeidsrelaterte belastninger og legemeldt sykefravær, dersom de har en ledelse som tilrettelegger for støtte og oppfølging (Indregard et al., 2018). En ledelse som tilrettelegger for faglig feedback og følelsesmessig støtte, vil kunne bidra til at den ansatte opplever seg anerkjent og sett – noe som styrker tilhørigheten (Deci & Ryan, 2002). Trolig kan hjelp til å bearbeide følelsesmessige påkjenninger bidra til å normalisere egne reaksjoner fordi man ser at flere strir med samme type problemer. Dermed styrkes tilhørigheten fordi man ikke blir så alene. I følge SDT er opplevelsen av tilhørighet helt nødvendig på en arbeidsplass, for å skape god fungering og god helse. I denne studien ser det ut som informantene særlig kjenner tilhørighet til selve arbeidet med barna og til kollegene, og ikke så mye til ledelsen.

Autonomi, kompetanse, tilhørighet – gjensidig påvirkning

Et vesentlig aspekt ved SDT er at de tre dimensjonene autonomi, kompetanse og tilhørighet påvirker og forsterker hverandre. Derfor må opplevelsen av autonomi virke sammen med

opplevelsen av kompetanse og tilhørighet. Det betyr at motivasjonen for å utføre ulike arbeidsoppgaver på en arbeidsplass styres av hvorvidt den enkelte arbeidsoppgaven tilfredsstillende disse tre grunnleggende behovene (Deci & Ryan, 2000; Gagne & Deci, 2005). For eksempel gir alle terapeutene uttrykk for opplevelse av mestring i møte med pasientene. Dermed kan man tenke at deres mestringsfølelse blir styrket alle de gangene de ser at barna får det bedre, på samme måte som den kan svekkes de gangene de ikke klarer å hjelpe traumepasientene i tilstrekkelig grad. Når flere uttrykker et ønske om i større grad å kunne styre både antall pasienter og lengden på terapiforløpet, gir dette uttrykk for manglende autonomi. Når noen i tillegg opplever at arbeids- og tidspress påvirker dem i så stor grad at det går utover kvaliteten på terapien, er dette et eksempel på hvordan mangel på selvstyring også kan påvirke opplevelsen av mestring, eller altså kompetanse. Et viktig poeng ved SDT er at hvis ett av behovene ikke tilfredsstilles, kan det medføre at de andre behovene heller ikke dekkes. Mangler autonomien, kan det også ramme opplevelsen av kompetanse og tilhørighet.

Et annet eksempel som illustrerer dette er terapeutenes ønske om mer veiledning både hva angår pasientene, og veiledning vedrørende egne emosjonelle reaksjoner. Faglig veiledning vil kunne styrke både terapeutenes kompetanse, og videre bidra til opplevelsen av tilhørighet, all den tid de blir mer en del av et fagfelleskap. Dette kan igjen styrke opplevelsen av mening, fordi det å mestre sine arbeidsoppgaver oppleves som meningsfullt – på den måten styrkes også autonomien (Deci & Ryan, 2000).

Når det gjelder terapeutenes manglende tegn på omsorgstretthet overfor pasientene, kan dette tyde på at de i større grad opplever å hjelpe de traumatiserte barna enn ikke å få det til. I lys av SDT styrker dette opplevelsen av kompetanse, og med økt kompetansefølelse øker også tilhørigheten til arbeidsoppgavene. Dermed gir arbeidet også mer mening, noe som igjen styrker autonomien. På den måten kan det virke som om møte med barna i så stor grad gir opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet, at det beskytter mot omsorgstretthet.

Med bakgrunn i SDT kan det virke som om variasjonen i tilfredsstillelsen av disse tre psykologiske behovene, også påvirker variasjonen i terapeutenes opplevelser. På den ene siden kan terapeutene i denne studien være *sekundærvitaliserte* (Øiestad, 2015), og til tider oppleve både tilhørighet og kompetanse – og på sikt likevel på den annen side stå i fare for å bli overbelastet. Dette fordi alle virker svært engasjerte i jobbene sine, samtidig med at de ytre rammebetingelsene ikke ser ut til å fungere optimalt, noe som medfører for lite autonomi og til tider manglende opplevelse av tilhørighet og kompetanse. Når de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet ikke dekkes i tilstrekkelig grad, slik resultatene kan

tyde på, kan man tenke at dette gjør terapeutene mer sårbare for å bli utbrente, sekundærtraumatiserte eller på sikt oppleve omsorgstretthet.

Begrepenes styrker og svakheter

I denne studien har gjennomgående begrepene sekundærtraumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet blitt benyttet. Disse er valgt fordi det innen fagfeltet er disse teoriene som særlig anvendes når man fokuserer på traumeterapeuters belastninger (begrepet vikarierende traumatisering går da som nevnt inn under begrepet sekundærtraumatisering). Med andre teoretiske innfallsvinklinger kunne andre aspekter blitt belyst.

Metastudier viser at flere forskere er kritiske til om sekundærtraumatisering kan sies å være en egen betegnelse, men at det heller beskriver en tilstand som skyldes flere og kompliserte forhold (Elwood et al., 2011; Sabin-Farell & Turpin, 2003). I den sammenheng kan det være nyttig å reflektere over begrepenes betydning i seg selv, for uansett hvilke betegnelser man gir traumeterapeuters belastninger bør de også ses i lys av den kulturen eller konteksten de oppstår i. Slik sett kan utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet betraktes som sosiale konstruksjoner. Sosiale konstruksjoner er som tidligere beskrevet, felles opplevelser eller fortolkninger som dannes i en kultur, gruppe, et samfunn – innenfor en tidsepoke. Det betyr at de merkelappene vi setter på et fenomen, må forstås i et større samfunnsperspektiv, fordi de blant annet sier noe om hvilken mening vi gir fenomenet (Madsen, 2012; Matthiesen, 2002; Nelson & Prilleltensky, 2010; Willig, 2013).

Innenfor kritisk og politisk psykologi er man opptatt av å ta et slikt metaperspektiv fordi man mener at psykologien aldri er verdinøytral (Madsen, 2012; Nelson & Prilleltensky, 2010). Målet med et slikt metaperspektiv, er at man da kan se andre sammenhenger som ikke umiddelbart er så synlige. I den kritiske psykologien er man vel så opptatt av samfunnet som av psykologien, av hvordan ethvert individ er en del av en større kontekst. De kritiserer den tradisjonelle psykologien for å være for individfokusert i stedet for å se at flere dimensjoner og verdier må virke sammen for å skape god helse og gode samfunn (Madsen, 2012; Nelson & Prilleltensky, 2010). På den ene siden kan man tenke at ved å sette navn på traumeterapeuters belastninger, så synliggjør man et problem. Når problemet så er synliggjort blir det mer håndfast, og dermed kan det bli lettere å sette inn adekvate tiltak, noe som er intensjonen til flere som forsker på dette feltet (Figley, 1995; Mathieu, 2012; Pearlman & Saakvitne, 1995). På den annen side kan man og tenke at begreper som sekundærtraumatisering kan bidra til å gjøre problemene større eller mer alvorlige enn de er.

Noen forskere påpeker nettopp at denne type begreper kan virke selvoppfyllende, i den forstand at hvis det benevnes som noe helt særegent for traumeterapeuter, så vil flere traumeterapeuter kunne bli ekstra varsomme og «lete» etter faresignaler (Elwood et al., 2011). På den måten kan slike betegnelser bidra til å sykeliggjøre, for selv om sekundærtraumatisering ikke er en diagnose, beskrives symptomene som lignende de i diagnosen PTSD. Figley (1995) innførte ikke bare begrepet sekundærtraumatisering, men brukte også sekundærtraumatisk stresslidelse. Slik sett kan begrepet også forstås som en lidelse eller forstyrrelse hos den som rammes. Ved å fokusere på terapeutenes lidelser kan det også bli hos dem man tenker at løsningen ligger, i den forstand at det er terapeutene selv som bør behandles eller selv ta ansvar for å unngå belastninger. Det var imidlertid ikke Figleys intensjon da han blant annet innførte begrepet sekundærtraumatisering (Figley, 1995).

Alle terapeutene i denne studien benytter seg av ulike personlige strategier for å beskytte seg mot belastninger og skaffe påfyll. Det dreier seg om å be om støtte fra kolleger, humor på arbeidsplassen, hobbyer, trening, gå på tur, og som en beskriver «kle av seg jobben» når man kommer hjem. At personlige faktorer kan spille inn med hensyn til hvor mye man belastes påpekes i flere studier, og da dreier det seg blant annet om mestringsstrategier (Follette, Polusny, Milbeck & Delworth, 1994). Videre dreier det seg om hvor følsom man er for stress. For eksempel peker noen studier på at egne barndomstraumer kan gjøre en mer utsatt (Pearlman & MacJan, 1995), mens andre studier ikke finner en slik sammenheng (Schauben & Frazier, 1995). Med for mye fokus på slike fortolkninger kan man imidlertid stå i fare for å individualisere problemene, og dermed tilsløre andre forhold som bidrar til belastninger (Elwood et al., 2011; Nelson & Prilleltensky, 2010). I den sammenheng kan selvdetermineringsteorien til Deci og Ryan (2000) forhåpentligvis bidra til å reflektere over på hvilken måte både individuelle og kontekstuelle faktorer sammen kan bidra til belastninger. Kan det for eksempel tenkes at med mindre arbeidspress, med totalt sett færre pasienter – og ikke minst færre traumepasienter – så ville terapeutene i denne studien ikke rapportert like mange belastninger? Slike refleksjoner kan reise andre type spørsmål enn de som bare fokuserer på traumeterapeutene og hver enkeltes arbeidsplass. For eksempel spørsmål om økonomiske prioriteringer fra politisk- og helsemyndigheters hold. Med denne type fortolkninger blir det derfor ikke like relevant å individforklare problemene, men heller fokusere på konteksten som problemene oppstår i (Madsen, 2012; Nelson & Prilleltensky, 2010; Roness & Matthiesen, 2002). Mange innen feltet er også opptatt av å normalisere traumeterapeuters reaksjoner. Å reagere følelsesmessig når man hører om overgrep mot barn

er helt adekvat, og det er å forvente at en terapeut i mer eller mindre grad vil kunne oppleve det belastende. Rett og slett fordi det å la seg påvirke og berøre av andre menneskers smerte er en frisk reaksjon (Bang, 2003; Figley, 1995; Isdal, 2017). Samtlige av informantene påpeker nettopp det naturlige i å reagere følelsesmessig når man hører om så mye lidelse fra hjelpeløse barn. Som en sa: «*Vi har jo noe som heter speilnevroner, ikke sant, og det skjer en sånn smitte. Ellers ville vi ikke kunne ha empati*». Innenfor en slik forståelsesramme kan det bli vel så viktig å fokusere på omstendighetene rundt traumeterapeutene, og da dreier det seg nettopp om økonomiske bevilgninger, og på strukturer ved arbeidsplassen som virker støttende eller hemmende for traumeterapeuten – uansett hvilke navn man gir de ulike belastningene.

10 Studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

Når det gjelder reliabilitet, validitet og generalisering i kvalitative studier, dreier det seg blant annet om hvorvidt prosjektet er pålitelig, gyldig og overførbart (Kvale & Brinkmann, 2015). Reliabilitet handler om forskerens pålitelighet, og om man kan stole på at datainnsamlingen for studien er gjort på en konsistent og nøyaktig måte, det vil si om studien er reliabel (Kvale & Brinkmann, 2015; Willig, 2013).

For å ivareta reliabiliteten eller påliteligheten, forsøkte jeg å verifisere data underveis i prosjektet. Det gjorde jeg både ved å stoppe opp og spørre hver enkelt informant hvis det var noe som var uklart i intervjufasen. Etter at jeg anså intervjuet for ferdig, tok jeg også tid til å sjekke med informanten om det var noe han/hun ville tilføye eller spørre om. Noe som ofte bidro til at samtalen fortsatte litt lenger. Særpreget ved kvalitativ metode er at den hele tiden preges av forskerens eget ståsted, og ikke minst samspillet og kommunikasjonen mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2015). Slik sett kan det tenkes at andre forskere med samme metode og deltagere både vil kunne oppdage sammenfallende resultater, og også oppdage nye aspekter fordi relasjonene er ulike. For eksempel kan jeg uten å ha vært klar over det, på bakgrunn av egen erfaring, ha fulgt opp noen type temaer som informantene har tatt opp og eventuelt overhørt andre. Når Kvale og Brinkmann (2015, s. 273) bruker begrepet «uunngåelige fordommer», peker de nettopp på denne type problematikk. Altså at forskerens erfaringer, antagelser og forkunnskaper også vil påvirke måten forskeren planlegger og går inn i sitt prosjekt på, og videre hvordan han/hun fortolker empirien. Det er altså umulig å gå inn i prosjektet uten en forforståelse, og derfor må forskeren så langt som mulig være bevisst sine uunngåelige fordommer og innta det Kvale og Brinkmann beskriver som en «refleksiv

objektivitet» (s. 273), noe som bidrar til å styrke reliabiliteten. Dette innebar at jeg som forsker både i samtale med veiledere og ellers i prosessen forsøkte å reflektere over på hvilken måte jeg både påvirket og lot meg påvirke.

Alle informantene fikk også se gjennom transkriberingen av deres intervju i god tid før masteren var ferdig. Dette sikrer både deltagernes trygghet, og gir dem muligheten til å korrigere eventuelle misforståelser samt komme med nye innspill, noe som jo er en del av den hermeneutiske prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015; Smith et al., 2015). En ulempe ved å tilby alle å lese gjennom, er at enkelte kunne oppleve ting helt annerledes ved dette tidspunktet enn på intervjutidspunktet, noe som kunne medført at de ville trekke seg eller fjerne utsagn. Denne prosedyren ble likevel valgt fordi kvalitative intervjuer ikke bare handler om tillit og trygghet i selve intervjusituasjonen, men også i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var imidlertid ingen som hadde noen innsigelser på egne sitater, tvert imot uttrykte alle at de var glade for å kunne bidra til å skape mer kunnskap om traumeterapeuters arbeid.

Jeg leste også gjennom intervjuene flere ganger og prosjektets veiledere, som har kunnskap og erfaring med kvalitativ metode, har også lest gjennom intervjuene. Vi har drøftet både resultatene og analysen, dermed har flere blikk bidratt til å øke påliteligheten og redusere unøyaktigheter. Når funnene er relatert til relevante begreper og teorier har jeg forsøkt å undersøke mer enn å fastslå. Denne måten å jobbe på er det Yardley (2015) beskriver som krav til sensitivitet i kvalitativ forskning. Jeg har videre i dette prosjektet forsøkt å gjøre så eksplisitt som mulig både metoden jeg har brukt, og konteksten rundt mine fortolkninger.

Når det gjelder validitet dreier det seg blant annet om hvorvidt denne studien har evnet å «undersøke det den skal undersøke» (Kvale & Brinkmann, 2015, s.276). Alle deltagerne i dette prosjektet var imøtekommende og ga også uttrykk for at de opplevde selve intervjusituasjonen som positiv. Alle virket både åpne og tillitsfulle og derfor er det sannsynlig at dataene er gyldige i den forstand at deltagerne har vært ærlige, og at studien har målt det den mente å måle; nemlig deltagernes subjektive opplevelser. Dermed kan man tenke at undersøkelsen er valid. For å ivareta både påliteligheten og validiteten har jeg forsøkt å være så transparent som mulig hva gjelder hele prosessen. Dette er også noe av grunnen til at jeg har valgt å ta med rimelig mange sitater, for på den måten å synliggjøre deltakernes perspektiver.

Hva gjelder overførbarhet fokuserer denne studien på et lite utvalg, noe som er en begrensning hvis hovedmålet skulle være å generalisere. Fortolkende fenomenologisk analyse er en nyttig tilnærming når man søker å forstå spesifikke fenomener i en spesifikk kontekst,

og utvalget består gjerne av få personer. IPA retter seg mot «de levde erfaringene», og dermed har IPA et særlig psykologisk fokus hvor målet heller er dybde enn bredde (Smith & Osborn, 2015, s.25). Dette gjør at seks informanter ble ansett som tilstrekkelig til denne studien. I den sammenheng blir det imidlertid viktig å understreke at deltageres utsagn strengt tatt bare sier noe om deres opplevelser ved intervjuetidspunktet. Willig (2013) framhever at subjektive fortellinger ikke er objektive beskrivelser av hvordan noe faktisk var eller opplevdes da det faktisk hendte. Det betyr ikke at deres fortellinger ikke er interessante, men at forskeren må vite at deltageres utsagn ikke speiler en objektiv virkelighet, men hele tiden er fortellinger preget av den sammenhengen de fortelles i. Det er for eksempel tenkelig at deltagerne som sa ja til å delta på denne studien er mer utslitte og utmattede enn gjennomsnittet, og dermed ivrer etter å sette traumeterapeuters opplevelser på dagsorden. På den annen side kan man tenke at de er mindre utslitte enn gjennomsnittet, ettersom de tok på seg å være med i denne studien ved siden av full jobb som traumeterapeuter. Begge fortolkningene kan tilsi at utvalget i denne studien ikke er representativt for alle traumeterapeuter i BUP. Samtidig kan man tenke at deres opplevelser også angår andre traumeterapeuter i BUP, særlig for dem som opplever noe av de samme fenomenene som terapeutene i denne studien; for eksempel arbeidspress, være blant de eneste som kan TF-CBT på den arbeidsplassen, sykdom blant kolleger med mer.

En av strategiene som er gjort i denne studien er å intervju traumeterapeuter fra ulike steder i Norge. På den måten fokuserer studien på et avgrenset miljø, samtidig som dataene speiler opplevelser som kan oppstå på helt forskjellige BUP'er. Det at samtlige likevel langt på vei har de samme erfaringene kan være en indikasjon på at dataene til en viss grad er overførbare.

11 Videre forskning

Flere av terapeutene i denne studien framhever at det særlig er hva barna har opplevd som er tungt å bære, det vil si traumets art. Noen forskere påpeker nettopp at graden av belastninger styres av hvordan type traumer man arbeider med (Schauben & Frazier, 1995; Brady et al., 1999). At det for eksempel kan være mer belastende å jobbe med temaer som seksuelle overgrep hvor ofrene bevisst er skadet av andre, enn å jobbe med traumer som handler om ulykker, sykdom eller plutselig død (Cunningham, 2003; Birck, 2002; Sabin-Farell & Turpin, 2003). Med dette som bakgrunn kan det være viktig med flere sammenlignende studier som eventuelt synliggjør denne type forskjeller.

Når det gjelder sekundærtraumatisering kan det være viktig å undersøke videre på hvilken måte rammebetingelser ved jobben gjør traumeterapeuter mer eller mindre sårbare overfor traumepasientene. For eksempel kan man tenke at kvantitativ forskning på traumeterapeuters belastninger sett i lys Deci av Ryans (2000) selvdetermineringsteori kan gi mer forståelse innen dette feltet. I videre forskning kan det undersøkes om det er en mulig interaksjonseffekt mellom grad av arbeidspress og andre forhold – som kombinert med traumeterapi – medfører en ekstra belastning når disse faktorene spiller sammen.

Det er ikke forsket mye på hvordan det er å jobbe med barn kontra med voksne, og dette er også et felt det kan forskes mer på. Flere av terapeutene framhever at det særlig er tanken på at pasientene er barn som gjør det ekstra tungt. Noen studier peker i retning mot at det å jobbe med barn gir en annen type og tyngre belastning (Maytum, 2004; Dyregrov og Mitchell, 1992,). Andre studier finner ingen signifikante forskjeller når det gjelder å jobbe med barn kontra med voksne (Brady et al., 1999). Dette kan det være viktig å få vite mer om, all den tid sykdom og høy grad av turnover ifølge informantene, er et stort problem.

Som beskrevet brukes begrepene utbrenthet, omsorgstretthet, sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering noe om hverandre. Dette kan skape forvirring og uklarhet både hva angår symptomer og forskning, noe som påpekes i flere fagartikler (Bercier & Maynard, 2015; Boscarino et al., 2004; Mathieu, 2012; Sabin-Farell & Turpin, 2003). Derfor kan det være hensiktsmessig med videre forskning som enda mer synliggjør hva betegnelsene har til felles og hva som skiller dem. På den måten kan det også bli mer synlig hvilke tiltak som er relevante for de ulike belastningene. Muligens kan det også bli mer klart hvorvidt alle begrepene er hensiktsmessige eller ikke.

Flere av terapeutene beskrev seksuelle problemer knyttet til narrativene fortalt av traumepasientene. Dette er et felt det kan forskes mer på, for å skaffe til veie informasjon om hvordan man kan forhindre at traumeterapeuters privatliv skal påvirkes negativt av jobben.

Denne studien utdyper ikke hvorvidt personlige faktorer som kjønn, personlige problemer, egne traumeerfaringer, alder eller yrkeserfaring også spiller inn hva gjelder grad av belastninger. Noen studier viser slike sammenhenger, mens andre ikke gjør det (Michalopoulos & Aparicio, 2012). Dette kan være et viktig forskningsområde, slik at man kanskje i større grad kan tilrettelegge for individuell støtte.

Denne studiens hovedfokus er hvordan det er å jobbe med traumatiserte barn. Derfor har selve metoden TF-CBT ikke blitt spesifikt diskutert, heller ikke hvordan terapeutene faktisk får til å utføre den. Samtidig kan det være viktig å forstå mer på hvilken måte ulike

typer belastninger eventuelt påvirker utførelsen av TF-CBT, noe framtidig forskning kan fokusere på.

Når det gjelder ulike type traumeterapier påpeker noen forskere at graden av belastninger kan påvirkes av hva slags traumeterapi som anvendes (Elwood et al., 2011). For eksempel har ikke alle traumemetoder som en del av metoden at pasienten skal fortelle om sine traumeopplevelser, slik som i TF-CBT. I følge teorier om sekundærtraumatisering er det nettopp det å måtte lytte til detaljerte volds og traumeskildringer som bidrar til belastningene. Dermed kan terapeuter som ofte må høre på detaljerte traumeopplevelser lettere utvikle sekundærtraumatisering, enn de som ikke må det (Figley, 1995; Elwood et al., 2011; Pearlman & Saakvitne, 1995). Dette er også et mulig forskningsområde. For selv om alle terapeutene i denne studien opplevde det som utelukkende positivt å benytte seg av TF-CBT, kan det tenkes at de er mer utsatt enn traumeterapeuter som har andre type metoder hvor traumenarrativer ikke inngår.

12 Konklusjon og implikasjoner

Denne studien gir kunnskap om seks terapeuters subjektive opplevelser av å arbeide med traumatiserte barn i BUP. Oppsummert kan det se ut som om det å jobbe med traumatiserte barn gir en noe annen type og muligens tyngre belastning, enn når man arbeider med annen type problematikk. Imidlertid er det vanskelig å vite om det er traumepasientenes opplevelser som i seg selv kan medføre sekundærtraumatisering og utbrenthet, eller om det er traumepasientene kombinert med totalt sett for mye å gjøre som kan skape overbelastning. Med andre ord kan det virke som om det er flere faktorer som kan gjøre traumeterapeuter mer eller mindre sårbar for belastninger. Resultatene kan tyde på at særlig manglende opplevelse av autonomi på jobben påvirker graden av belastninger, og at dette igjen kan påvirke opplevelsen av kompetanse og tilhørighet.

Når det gjelder implikasjoner tyder resultatene på at det å arbeide med traumeofre kan medføre en særskilt type plager som påvirker terapeuten både faglig og privat. Derfor kan det være nyttig at ledelsen tilrettelegger for støtte som fokuserer på å bearbeide følelsesmessige påkjenninger, som en følge av traumepasientene.

Videre ser det ut som at det er viktig å være mer oppmerksom på hvor mange traumepasienter en terapeut har kapasitet til å ha. På bakgrunn av resultatene virker det for eksempel som at det å ha lært seg en spesifikk traumemetode medfører at det går automatisk i at terapeutene får for mange traumepasienter. I den sammenheng kan det tenkes at det er

hensiktsmessig at alle terapeutene innenfor en og samme BUP lærer TF-CBT eller andre traumemetoder, slik at det ikke ender opp med at de som har lært seg en traumemetode blir overbelastet.

Videre kan det være hensiktsmessig å ha mer fokus på hvor mange pasienter en traumeterapeut totalt sett har kapasitet til å hjelpe av gangen – uansett diagnose. Dette fordi det kan virke som om kombinasjonen høyt arbeidspress med mange pasienter – og mange traumepasienter – gjensidig skaper belastninger. Muligens kan det også være hensiktsmessig å la terapeuten velge alderen på pasientene, da det å ha pasienter på samme alder som egne barn kan skape ytterligere bekymringer og belastninger.

På systemnivå handler dette også om større politiske sammenhenger; at helsemyndigheter og beslutningstakere i større grad bør reflektere over på hvilken måte de bidrar til å styrke eller svekke traumeterapeuters virke i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Det handler om økonomiske prioriteringer og rammebetingelser som kan bidra til- eller forebygge arbeidspress, press på å ta inn for mange pasienter, eller manglende formell støtte.

Alle aspektene nevnt ovenfor vil muligens ut i fra Deci og Ryans selvdetermineringsteori (2000) kunne bidra til å styrke de psykologiske aspektene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Mitt ønske med denne studien er at den vil øke kunnskapen om hvordan traumeterapeuter opplever sitt arbeid, og dermed åpne opp for nye og viktige refleksjoner. Figley skriver "*There is a cost to caring*" (Figley, 1995, s.1). Målet er at masteroppgaven kan bidra i arbeidet med å forebygge og forhindre alvorlige belastninger for terapeuter som jobber med traumatiserte barn. Forhåpentligvis kan studien generere hypoteser som kan undersøkes i videre forskning.

Litteraturliste

- American Psychological Association, APA. (2018): *Trauma- and Stressor-Related Disorders*.
DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>
- Andersen, E. R. (2018) « – Vi blir jo også traumatisert av det de forteller». Hentet fra:
<https://www.aftenposten.no/karriere/Margrete-Wiede-Aasland-snakket-med-overgripere-i-elleve-ar-Men-n-sak-fikk-det-til-a-bikke-over-11548b.html>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170-180.
DOI: 10.1037/1076-8998.10.2.170
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for Secondary Traumatic Stress With Mental Health Workers: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89. DOI: 10.1177/1049731513517142
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 125-127.
Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=288683&a=3
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85-90.
DOI: <https://doi.org/10.1177/153476560100700203>
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: a study of secondary trauma among New York City social workers. *International journal of emergency mental health*, 6(2), 57-66.
Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713725/>
- Brady, J., Guy, J., Poelstra, P., Brokaw, B., & Deleon, P. H. (1999). Vicarious Traumatization, Spirituality, and the Treatment of Sexual Abuse Survivors: A National Survey of Women Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393. Hentet fra: <http://psycnet.apa.org/fulltext/1999-03012-011.html>
- Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L., & Lobb, E. A. (2014). The “Specter” of Cancer: Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. Hentet fra: https://espace.curtin.edu.au/bitstream/handle/20.500.11937/4-3969/198207_198207.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Helsedirektoratet. Hentet fra:

- <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/well-being-pa-norsk>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York, NY: Praeger.
- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 498-505. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.498.
- Christensen, J., Nielsen, M., Finne, L., & Knardahl, S. (2018). Comprehensive profiles of psychological and social work factors as predictors of site-specific and multi-site pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 44*(3), 291-302. DOI: 10.5271/sjweh.3706
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work, 48*(4), 451-459. DOI: <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451>
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect, 51*(C), 203-211. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.10.008
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227-268. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). (Eds.) *Handbook of Self-Determination Research*, 3-27. New York, NY: The University of Rochester Press. Hentet fra: [https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=DcAe2b7L-RgC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Deci,+E.L+%26+Ryan,+R.M+\(2002\)&ots=drxP5F15-g&sig=r9keyK9dLHobVLM_GBHJcKOmYUQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Deci%2C%20E.L.%20%26%20Ryan%2C%20R.M.%20\(2002\)&f=false](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=DcAe2b7L-RgC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Deci,+E.L+%26+Ryan,+R.M+(2002)&ots=drxP5F15-g&sig=r9keyK9dLHobVLM_GBHJcKOmYUQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Deci%2C%20E.L.%20%26%20Ryan%2C%20R.M.%20(2002)&f=false)
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: 85. An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 1-11. DOI: 10.1007/s10902-006-9018-1
- Dickson-Swift, V., James, E., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing Sensitive Research: What challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research, 7*(3), 327-353. DOI: 10.1177/1468794107078515
- Dyregrov, A., & Mitchell, J. T. (1992). Work with traumatized children – Psychological

- effects and coping strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 5(1), 5-17.
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00976807>
- Dyregrov, A. (2004). Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(10), 787-794.
Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=407127&a=3
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36.
DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Falkum, E. (2002). Utbrenthet-begrepsdimensjoner, mål og forklaringer. I A. Roness, & S. B. Matthiesen. (red.), *Utbrent: Krevende jobber - gode liv?* (ss. 57-91). Bergen: Fagbokforlaget.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Follette, V., Polusny, M., Milbeck, K., & Delworth, U. (1994). Mental Health and Law Enforcement Professionals: Trauma History, Psychological Symptoms, and Impact of Providing Services to Child Sexual Abuse Survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275-282. DOI: 10.1037/0735-7028.25.3.275
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. DOI: 10.1002/job.322
- Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. (2005). Violence Exposure and Traumatic Stress Symptoms as Additional Predictors of Health Problems in High-Risk Children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3), 349-354.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.10.065>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649.
DOI: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Hytten, K., Falkum, E., & Olavesen, B. (2015). Det integrative perspektivet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(12), 1082-1083. Hentet fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=455428&a=4
- Indregard, A-M. R., Ulleberg, P., Knardahl, S., & Nielsen, M. B. (2018). Emotional Dissonance and Sickness Absence Among Employees Working With Customers and

- Clients: A Moderated Mediation Model via Exhaustion and Human Resource Primacy. *Frontiers in Psychology*, 9, 436. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00436
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold - Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Isdal, P. (29. september, 2015). *Hva gjør jobben med oss og hvordan håndterer vi dette?* Stavanger: forelesningsnotater/foredrag fra 17. Landskonferanse i kreftsykepleie. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2677485/Hva%20gj%C3%B8r%20jobben%20med%20oss%20og%20hvordan%20h%C3%A5ndterer%20vi%20dette.pdf>
- Jensen, T., & Ormhaug, S. M. (2016): Tidlig intervensjon og forebygging av traumerelaterte vansker og posttraumatisk stress hos barn og unge. I C. Øverlie, M-I. Hauge & J. H. Schultz. (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med barn og unge i utsatte livssituasjoner* (ss.23 - 44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, S. (2006). Her og nå. I S. Jørstad & Å. Krüger. (red.), *Gestaltterapi i praksis* (ss.81-102). Oslo: Norsk Gestaltinstitutt AS.
- Kadambi, M., & Truscott, D. (2004). Vicarious Trauma Among Therapists Working with Sexual Violence, Cancer, and General Practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38(4), 260-276. Hentet fra: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/261/579>
- Kassam-Adams, N. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (ss.37-48). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14(1), 3-20. DOI: 10.1002/job.4030140103
- Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 5(1), 79-93. DOI: 10.1080/10615809208250489
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. I P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research*

in Occupational Stress and Well-being, Volume 3) (ss. 91-134). UK: Emerald Group Publishing Limited.

- Madsen, O. J. (2012). Hvorfor trenger vi en kritisk psykologi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=269629&a=2
- Marshall, C., Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research*. (6. utg.). Los Angeles, LA: SAGE.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Hentet fra: <https://www-annualreviewsorg.ezproxy.uio.no/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.498
- Matthiesen, S. B., Dyregrov, A., & Torgersen, T. V. (1987). Stress og burnout blant helsesøstre. *Sykepleien*, 74, 6–12.
- Matthiesen, S. B., & Dyregrov, A. (1988). Arbeidsbelastninger knyttet til skolepsykologisk arbeid. Burnout og jobbtilfredshet sett i forhold til PPT-ansattes planer om å skifte jobb. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, 27–39.
- Matthiesen, S. B. (2002). Utbrenthet i det moderne – en oversikt. I A. Roness & S. B. Matthiesen. (red.), *Utbrent: Krevende jobber - gode liv?* (ss.20-56). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 171-179. DOI: 10.1016/j.pedhc.2003.12.005
- Michalopoulos, L., & Aparicio, E. (2012). Vicarious Trauma in Social Workers: The Role of Trauma History, Social Support, and Years of Experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664.
DOI: <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En*

- selvrapporteringsundersøkelse blant avgangselever i videregående skole*. Rapport 20/07 (ss.177-190). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Hentet fra: http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2017). *Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering*. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018). *Til deg som vil vite mer om TF-CBT Implementering*. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/tf-cbt/til-deg-som-vil-vite-mer-om-tf-cbt-implementering/>
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (red.). (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being* (2nd ed.). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. I J. C. Norcross. (red.), *Psychotherapy relationships that work* (ss.3-16). New York, NY: Oxford University Press.
- Norsk helseinformatikk (2018). *Utbrenthet*. Hentet fra: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/>
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 213-222. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1015203327767>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558-565. DOI: 10.1037/0735-7028.26.6.558
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995) *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD Prevalence and Associated Risk Factors Among World Trade Center Disaster Rescue and Recovery Workers. *The American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1385-94. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101645>
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative Disorders in Children: Behavioral Profiles and Problems. *Child Abuse and Neglect: The International Journal, 17*(1), 39-45. DOI: [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90006-Q](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90006-Q)

- Quinn, A., Ji, P., Nackerud, L. (2018). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work*. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
- Rigby, C. S., & Ryan, R. M. (2018). Self-determination theory in human resource development: New directions and practical considerations. *Advances in Developing Human Resources*, 20(2), 133-147. DOI: 10.1177/1523422318756954
- Roness, A., & Matthiesen, S. B. (2002). *Utbrent: Krevende jobber - gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. DOI: 10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1586. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. DOI: 10.1007/s10902-006-9019-0
- Sabin-Farell, R., & Turpin, G.(2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480. DOI: 10.1016/S0272-7358(03)00030-8
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis (Issues in occupational health)*. London: Taylor & Francis.
- Schmidt, H. G., Cohen-Schotanus, J., van der Molen, H., Splinter, T. A. W., Bulte, J., Holdrinet, R., & van Rossum, H. J. M. (2010). Learning more by being taught less: a «time-for-self-study» theory explaining curricular effects on graduation rate and study duration. *Higher Education*, 60(3), 287-300. Hentet fra: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10734-009-9300-3>
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., &

- Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. DOI: 10.1080/15374410701818293
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2009). Does school context matter? Relations with teacher burnout and job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, 25, 518-524. DOI: 10.1016/j.tate.2008.12.006
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (red.), *Qualitative psychology – a practical guide to research methods* (ss.25-52). London: Sage Publications
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J., & Worrall, L. (2001). Clinical supervision in four mental health professions: A review of the evidence. *Behaviour Change*, 18(3), 135–155. DOI: 10.1375/behc.18.3.135
- Svendsen, L. A. H. (2017). Edmund Husserl. *Store norske leksikon*. Hentet fra: https://snl.no/Edmund_Husserl
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22(3), 277-294. DOI: 10.1080/02678370802393672
- Van Minnen, A., & Keijsers, G. P. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 189–200. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00005-2)
- Yardley, L. (2015). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. In J. A. Smith. (red.), *Qualitative psychology – a practical guide to research methods* (ss.257-272). London: Sage Publications
- Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G, Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious Trauma: A Comparison of Clinicians Who Treat Survivors of Sexual Abuse and Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49-71. DOI: 10.1177/0886260503259050
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham: Open University Press
- Øiestad, G. (2015). Sekundærvitalisering. *Norsk psykologforening*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/pingpong/sekundaervitalisering>

Vedlegg 1

Informasjon/samtykkeerklæring

Desember, 2018

Å arbeide med traumatiserte barn i BUP

Forskningsstudie er en del av en masteroppgave i psykologi ved Psykologisk institutt, Universitet i Oslo. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med prosjektet *Implementering av TF-CBT* ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Formålet med studien er å undersøke hvordan terapeuter som arbeider med traumatiserte barn opplever sin arbeidssituasjon. Det er altså terapeutenes egne refleksjoner både faglig og personlig som ønskes belyst.

- Studien ønsker å belyse helt konkrete praksiser som er støttende eller hemmende for de ansattes arbeidssituasjon.
- Videre ønsker studien å belyse hvordan det å arbeide med de utsatte barna påvirker terapeuten, både faglig og personlig.
- Hvordan håndterer de historiene de hører?
- Hvordan påvirker det privatlivet?
- Hvordan fungerer det å bruke en spesifikk metode (TF-CBT)?

Hva innebærer studien?

Prosjektet ønsker å rekruttere 6-10 psykologer som arbeider med metoden TF-CBT med traumeutsatte barn i BUP.

Studien vil bli gjennomført ved hjelp av semi-strukturerte intervju. Disse vil bli tatt opp på bånd for at ikke viktig informasjon skal gå tapt. Tid og sted for intervjuene blir vi enige om sammen, men det er et mål at intervjuene kan foregå i Oslo og omegn. Det vil ta omtrent en time å gjennomføre intervjuet. Intervjuene vil mest sannsynlig bli gjennomført i løpet av januar/februar 2018. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt, og alle opplysninger blir anonymiserer når oppgaven er ferdig - i løpet av 2018.

Hva skjer med informasjonen?

Dataene er konfidensielle, og alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer, BUP-navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, både i masteroppgavene og i eventuelle publikasjoner utover masteroppgaven. Dette gjelder både informasjon om terapeuten, BUPen han/hun jobber ved og barna som eventuelt vil diskuteres i intervjuet. En kode vil knytte opplysninger gjennom en navneliste som lagres separat fra datamateriale. Kun undertegnede og veiledere vil ha tilgang til dataene. Veiledere for denne masteroppgaven er professor Tine Jensen og PhD Ane-Marthe Solheim Skar ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Prosjektet er godkjent av Regionale etiske komiteer for samfunnsvitenskapelig forskning.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Man kan når som helst og uten å oppgi noe grunne trekke sitt samtykke til å delta i studien. For spørsmål om studien, ta kontakt med Birgitte Gjestvang på mail: bir-gjes@online.no; birgitgj@student.sv.uio.no eller tlf. 415 67 807 eller veileder Ane-Marthe S. Skar på mail a.m.s.skar@psykologi.uio.no eller tlf. 97 66 15 91.

Jeg er villig til å delte i studien/prosjektet:

.....
Navn/blokkbokstaver- Signatur - Dato – Sted

Vedlegg 2

Intervjuguide/forsknings spørsmål:

Innledende samtale: Kort om meg selv. Vise til infobrevet angående konfidensialitet. Gjenta at intervjuet blir anonymisert, og at det ikke vil være mulig å spore noe av det som blir sagt tilbake til informanten/terapeuten. Sjekke om han/hun har noen spørsmål?

Første spørsmål til alle:

- Hvordan opplever du å arbeide med traumatiserte barn?
(Positive/negative tanker, erfaringer.)

Arbeid

- Hvordan oppleves det å bli kjent med hvert enkelt barn?
- Hvordan håndterer du det du hører?
- Kan du si noe om miljøet på din arbeidsplass?
(trivsel, kolleger, støtte, påfyll)
- Gjør du noe konkret for å ivareta deg selv på jobben?
(Rutiner, pauser, be om støtte av kolleger, ledere etc.)
- Hva oppleves som viktig på jobben for at du skal kunne gi best mulig terapi til hvert enkelt barn?
(kollegastøtte, veiledning, lederstøtte, kurs etc.)
- På hvilken måte er det tilrettelagt for formell støtte på din arbeidsplass?
- På hvilken måte er det eventuelt med uformell støtte?
(lunsj, stikke innom til kontoret til hverandre)
- Hvordan aksept er det for å vise følelser på jobben?
(Uformelle regler. Holdninger. Språk/vokabular. Sårbarhet/skam)
- Hvordan oppleves det å bruke TF- CBT, kontra når du ikke hadde en spesifikk metode?

Privatliv:

- Kan du si litt om privatlivet ditt knyttet til det å arbeide med traumeutsatte barn?
- Tenker du at det å arbeide med traumeutsatte barn påvirker privatlivet?

(Forhold til nære relasjoner; barn, familie, partner

Sosialt liv, venner

Fritid/hobbyer)

- På hvilken måte ivaretar du deg selv? (Støttende faktorer, påfyll knyttet til denne jobben)