

«Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt
om det jeg har vært utsatt for»

*En kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med
traumatiserte flyktninger*

Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

16. Oktober 2018

«Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt
om det jeg har vært utsatt for»

*En kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med
traumatiserte flyktninger*

Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne

Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

16. Oktober 2018

© Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne

2018

«Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt om det jeg har vært utsatt for» - en kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med traumatiserte flyktninger

Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne

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

Sammendrag

Forfattere: Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne.

Oppgavetittel: «Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt om det jeg har vært utsatt for» - en kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med traumatiserte flyktninger.

Veiledere: Marit Råbu (hovedveileder) og Marianne Opaas (biveileder).

Problemstilling: Hva kan vi lære om betydningen av tillit, basert på hva traumatiserte flyktninger i behandling forteller om seg selv, sine relasjoner til andre og om terapien?

Bakgrunn og formål: Flyktninger har ofte vært utsatt for ekstrem traumatisering som kan føre til negative endringer i selvpoppfattelse, vansker med å regulere affekt og relasjonelle vansker som mistillit. Mistillit representerer en utfordring for behandlingsrelasjonen og for endringsprosesser i terapi. Mye av forskningen på behandling av traumatiserte flyktninger har fokusert på PTSD-diagnosen og effekt av behandling målt ved symptomreduksjon. Flyktningers subjektive erfaringer av behandling er lite representert i forskningslitteraturen. De få kvalitative studiene som har undersøkt flyktningpasienters opplevelse av terapi har vist at en god allianse blir trukket fram som særlig viktig. Denne studien undersøker traumatiserte flyktningers opplevelser av seg selv, sine relasjoner og terapien. Formålet med denne studien er å få en større forståelse av hvordan flyktninger kan hjelpes i terapi, og mer spesifikt forstå hvordan tillit kan (gjen)etableres.

Metode: Studien er basert på intervjuer fra forskningsprosjektet *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger* ved Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS). Vårt materiale består av 31 semistrukturerte forskningsintervjuer med åtte traumatiserte flyktningpasienter. Vi brukte fortolkende fenomenologisk analyse.

Resultater: Funnene presenteres som tre hovedkategorier (jeg strever med å ha tillit til meg selv; jeg ønsker og frykter nærhet; jeg har ikke blitt så mye bedre, men terapien er viktig for meg). Resultatene viser at deltagerne hadde liten tiltro til seg selv og strevde med å stole på andre, men at terapeutene i stor grad ble unntatt denne mistilliten. Terapeutenes rolle som fagpersoner muliggjorde troverdighetsbasert tillit ved behandlingsstart. Mentaliseringsarbeid så ut til å fremme epistemisk tillit i terapien. Forankring i et felles prosjekt og tid gjorde at

deltagerne gradvis ble trygge nok til å dele sårbare erfaringer. Symptomreduksjon, samtalene og praktisk hjelp opplevdes som viktig for deltagerne. Terapiforløpene var preget av ambivalens og svingninger i motivasjon og håp. Deltagerne oppnådde positive livsendringer og økt funksjonsnivå, men ikke stor symptomlette.

Konklusjon: Vansker knyttet til selvopplevelse og relasjoner er sentrale i etterkant av alvorlig traumatisering. Tillit er et relevant begrep for å forstå traumatiserte flyktningers utgangspunkt for terapi. Relasjonsbyggingen og tillitsutvikling er en vesentlig del av bedringsprosessen. Stor symptomreduksjon kan være vanskelig å oppnå i behandling av traumatiserte flyktninger. Et overdrevent fokus på symptommål kan kamuflere annen viktig endring, som økt evne til å delta i arbeidsliv og i relasjoner.

Nøkkelord: bedring; behandling; epistemisk tillit; flyktninger; fortolkende fenomenologisk analyse; IPA; kompleks PTSD; kvalitativ metode; mistillit; PTSD; terapi; tilknytning; tillit; traumer.

Forord

Studien vår baserer seg på intervjuer fra forskningsprosjektet *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger* ved NKVTS. Først og fremst vil vi takke deltagerne i forskningsprosjektet for at dere har delt deres historier. Deres åpenhet og styrke har motivert oss i arbeidet med denne studien. Vi håper vi har klart å presentere deres erfaringer på en respektfull måte. Takk til Marianne Opaas og Sverre Varvin som står bak prosjektet og har latt oss benytte materialet til denne studien.

Tusen takk til våre veiledere, Marit Råbu og Marianne Opaas, for all uvurderlig hjelp underveis i prosessen. Takk til Axel og Lucas, og alle gode venner som har støttet og holdt ut med oss underveis. Til sist, vil vi takke hverandre for et godt og trygt samarbeid.

Synne Solhaug Gulliksen og Ingvill Maria Daatland Hekne
Universitetet i Oslo, oktober 2018

«Det er en mur som står der. Jeg
bygde den selv. Du og jeg kan kikke
litt på hva som skjer på den andre
siden» (Ayaan)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Psykisk helse hos flyktninger	1
1.2	Traumatisering.....	2
1.2.1	PTSD og kompleks PTSD	2
1.2.2	Traumatisering og postmigrasjonsstress.....	4
1.3	Behandling av traumatiserte flyktninger	5
1.3.1	Betydningen av tillit i behandlingsrelasjonen.....	6
1.4	Teoretisk rammeverk.....	7
1.4.1	Tilknytningsperspektiv.....	8
1.4.2	Mentalisering og epistemisk tillit.....	9
1.5	Kontekst for studien: Hovedprosjektet på NKVTS.....	10
1.6	Rasjonale og problemstilling.....	10
2	Metode	12
2.1	Teoretisk forankring	12
2.1.1	Fortolkende fenomenologisk analyse	12
2.1.2	Epistemologisk og ontologisk ståsted	13
2.1.3	Kvalitetssikring	14
2.1.4	Vårt utgangspunkt og forventninger til funn	15
2.2	Utvalg og materiale	16
2.2.1	Utvalg	16
2.2.2	Vårt materiale	16
2.3	Etiske betraktninger	17
2.4	Analyseprosessen	18
2.4.1	Steg 1 Bli kjent med materialet.....	18
2.4.2	Steg 2 Koding	18
2.4.3	Steg 3 Triangulering	18
2.4.4	Steg 4 Kategorier og kasusformulering for hver deltager	19
2.4.5	Steg 5 Etablere felles kategorier og underkategorier	19
3	Resultater og diskusjon	21
3.1	Jeg strever med å ha tillit til meg selv	22
3.1.1	Jeg føler meg ødelagt	22
3.1.2	Jeg strever med å vite hvor grensene i meg går	25
3.2	Jeg ønsker og frykter nærhet	28
3.2.1	Jeg holder andre på avstand.....	28
3.2.2	Jeg trenger andre	31
3.3	Jeg har ikke blitt så mye bedre, men terapien er viktig for meg	33
3.3.1	Når jeg føler meg trygg kan jeg åpne meg litt mer	33
3.3.2	Jeg ønsker endring, men det er vanskelig	36
4	Oppsummerende diskusjon og konklusjon	39
4.1	Studiens styrker og begrensninger.....	41
4.2	Konklusjon.....	42
	Litteraturliste.....	44

1 Innledning

Denne studien er basert på 31 semistrukturerte forskningsintervjuer med åtte traumatiserte flyktningspasienter, og undersøker betydningen av tillit. Materialet er hentet fra forskningsprosjektet *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger*, ved Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS).

I innledningen vil vi redegjøre for kunnskapen som foreligger om psykisk helse hos traumatiserte flyktninger bosatt i vestlige land. Deretter følger en kort gjennomgang av relevant litteratur om behandling. Til slutt vil vi presentere teori om mentalisering og tilknytning, som vi har valgt for å belyse sammenhenger mellom traumatisering, tillit og terapi. Avslutningsvis presenteres hovedprosjektet ved NKVTS, samt rasjonale og problemstilling for vår studie.

1.1 Psykisk helse hos flyktninger

Hvert år drives millioner av mennesker på flukt på grunn av krig, forfølgelse, vold og brudd på menneskerettighetene. Ifølge FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR, 2018) er nå 68.5 millioner mennesker på flukt. Dette er det høyeste tallet registrert noen gang.

Majoriteten av disse menneskene er internfordrevne, men også antallet som søker tilflukt i andre land har økt. På nåværende tidspunkt har 4,3% av Norges befolkning flyktningsbakgrunn (Statistisk sentralbyrå, 2018).

Begrepet flyktning brukes om mennesker på flukt, men er også et juridisk begrep som betegner mennesker med anerkjent rett på beskyttelse (Utlendingsdirektoratet, 2018). Norge opplevde for første gang en stor ankomst av flyktninger på 1970-tallet, og i tiårene som fulgte ble traumearbeid med flyktninger etablert og i økende grad fundert i forskning (Enger, 2018).

Selv om flyktninger og asylsøkere har full rett på helsehjelp etter ankomst til Norge (Helsedirektoratet, 2017), får mange allikevel ikke nødvendig oppfølging av psykologiske vansker (Opaas, 2016).

Majoriteten av asylsøkere og flyktninger som kommer til Norge har opplevd alvorlige belastninger i form av livstruende krigshendelser, tvungen adskillelse fra familie, drap på

familie og venner, fysiske skader, og tortur (Jakobsen, Sveaass, Eide Johansen, & Skogøy, 2007). Å bli utsatt for slike potensielt traumatiserende hendelser utgjør en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser. Særlig PTSD, depresjoner, angst og somatisering, men også tilstander med dissosiasjon og psykose (Dahl, Sveaas, & Varvin, 2006).

Mange studier har undersøkt forekomst av psykiske lidelser hos flyktninger bosatt i vestlige land. Disse viser stor variasjon i forekomst, noe som sannsynligvis kan tilskrives forskjeller i utvalg og målemetode. Nyere metaanalyser og oversiktsartikler har funnet en betydelig høyere forekomst av psykiske lidelser, særlig PTSD, depresjon og angstlidelser, sammenlignet med den generelle befolkningen. (Abebe, Lien, & Hjelde, 2014; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Steel et al., 2009). I sin metaanalyse fant Steel et al. (2009) en forekomst av PTSD på 30,6 % og 30,8 % for depresjon, mens Fazel et al. (2005) fant at flyktninger har så mye som ti ganger så høy sannsynlighet for å utvikle PTSD sammenlignet med normalbefolkningen.

1.2 Traumatisering

Ordet *traume* kommer av gresk og betyr «skade» eller «sår». Når mennesker blir utsatt for alvorlige belastninger, kan dette utvikles til et psykologisk traume. Et traume forstås her som en reaksjon på ekstreme påkjenninger som overskrider det individet tåler. Opplevelsen er så overveldende at individet ikke klarer å skape mening av det som skjer. Ofte blir ikke minnene integrert i den bevisste hukommelsen, men lagres i den implisitte hukommelsen, som kroppslige minner. Traumebegrepet viser til reaksjonen på en hendelse, eller sum av hendelser, som ikke har blitt bearbeidet, og som derfor fortsetter å gi opphav til en rekke psykiske plager. (Anstorp & Benum, 2014, s. 23-24).

1.2.1 PTSD og kompleks PTSD

PTSD er en av diagnosene som oftest blir gitt til flyktninger (Steel et al., 2009). I følge ICD-10 (World Health Organization, 1993) består Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) av tre kategorier av symptomer som følge av en potensielt traumatiserende hendelse. Disse er: A) Gjenopplevelse av traumet i form av flashbacks, påtrengende minner, mareritt eller drømmer. B) Unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet, følelsesmessig avflating og anhedoni. C) Forhøyet alarmberedskap og vaksomhet, irritabilitet og søvnløshet.

Både risikoen for å utvikle PTSD og alvorlighetsgraden av lidelsen avhenger av flere forhold, som individuelle forskjeller hos den utsatte, hendelsens art, subjektive reaksjoner på hendelsen og tilgangen på sosial støtte. Forskning har vist at mellommenneskelig og intensjonell vold er assosiert med mer alvorlige og langvarige plager sammenlignet med tilfeldige ulykker og naturkatastrofer. (Briere, 2004). Flyktninger har ofte vært utsatt for overgrep, tortur og andre krigsrelaterte traumer som er intensjonelt påført av andre. Oppfølgingsstudier av flyktningers psykiske helse har vist at mange har et kronisk forløp med PTSD, samt komorbide lidelser som depresjon og angst (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015; Hauff & Vaglum, 1995; Marshall, Schell, Elliott, Berthold, & Chun, 2005).

Flere har argumentert for at PTSD-diagnosen ikke rommer de omfattende og langvarige plagene man ser hos traumatiserte flyktninger (Carlsson, Sonne, & Silove, 2014; Silove, 1999). Silove (1999) har beskrevet et rammeverk for å forstå de psykososiale konsekvensene av å ha blitt utsatt for tortur og krigstraumer, der det er fem adaptive systemer som påvirkes. Disse er knyttet til individets behov for trygghet, tilknytning, rettferdighet, mening og identitet. Han problematiserer at forskningen på konsekvenser av tortur og menneskerettighetsbrudd nesten utelukkende har fokusert på PTSD, det vil si symptomer knyttet til trygghetssystemet. Det har vært viet mindre oppmerksomhet til hvordan traumatiseringen påvirker andre adaptive systemer som evnen til å opprettholde relasjoner, opplevelse av identitet og mening med tilværelsen.

Judith Herman foreslo i 1992 diagnosen kompleks PTSD for å beskrive det sammensatte symptombildet man ofte ser etter langvarig og ekstrem traumatisering. I tillegg til gjenopplevelses-, unngåelses- og aktiveringssymptomer inkluderer kompleks PTSD negative endringer i selvoppfattelse, vansker med å regulere affekt samt relasjonelle vansker som manglende tillit og problemer med å regulere nærhet og avstand (Herman, 2015). Selv om kompleks PTSD ikke har vært en formell diagnose, har den blitt brukt som forståelsesramme for alvorlig traumatisering i klinisk praksis og er mye omtalt i forskningslitteraturen (Cloitre et al., 2009; Courtois & Ford, 2009). I den nyeste utgaven av ICD-11 (World Health Organization, 2018) som ble lansert tidligere i år, er kompleks PTSD inkludert som en egen diagnose. Også i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) er negative tanker og følelser om seg selv og andre innlemmet som et eget kriterium for PTSD.

1.2.2 Traumatisering og postmigrasjonsstress

Det er en klar sammenheng mellom grad og omfang av krigstraumer og tortur, og alvorlighetsgrad av PTSD, (Bogić et al., 2012; Johnson & Thompson, 2008) depresjon og angstlidelser (Bogić et al., 2012). Dette viser at individer som utsettes for mer alvorlige og omfattende potensielt traumatiserende hendelser er mer sårbare for, og utvikler mer alvorlige psykiske plager som følge av disse erfaringene, et såkalt dose-respons forhold.

Oppfølgingsstudier har også vist at det høye symptomtrykket vedvarer selv flere år etter bosetting. Dette ses i sammenheng med både traumatiserende erfaringer i forkant av flukt og med postmigrasjonsstress. (Hauff & Vaglum, 1995; Marshall et al., 2005).

Det er knyttet en rekke spesifikke utfordringer til det å skulle bosette seg i et nytt land, tilegne seg et nytt språk og en ny kultur. Mange flyktninger opplever arbeidsløshet, diskriminering og tap av sosialt nettverk, som igjen får en negativ innvirkning på deres psykiske helse og livskvalitet (Donà & Young, 2016). Flere studier har vist at særlig mangel på arbeid og sosial støtte bidrar til å opprettholde PTSD (Johnson & Thompson, 2008), og at manglende sosial støtte er en sterkere prediktor for depresjon enn tidligere traumatisering (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

I en norsk undersøkelse av flyktninger i behandling ved distriktpspsykiatriske poliklinikker, ble det rapportert om betydelig postmigrasjonsstress i form av arbeidsløshet, dårlig sosial integrering og et begrenset sosialt nettverk. Dette var relatert til dårligere livskvalitet og mer psykiske plager. (Teodorescu et al., 2012). Det er veldokumentert at mangel på sosial støtte øker risikoen for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015). Tvungen migrasjon innebærer at man mister mange sosiale relasjoner, tilknytning til familie og venner. Mange flyktninger kommer alene til et nytt land, hvor de skal etablere et nytt liv på egenhånd. Prosessen med å etablere et sosialt liv kan være særlig utfordrende for flyktninger på grunn av den tidligere traumatiseringen og påfølgende vansker med å stole på andre mennesker (Goodkind et al., 2014).

Opaas & Varvin (2015) fant i sin studie at mange flyktninger, i tillegg til alvorlige traumatiserende hendelser relatert til krig og menneskerettighetsbrudd, også hadde opplevd potensielt traumatiserende hendelser i barndommen. De tidlige belastende erfaringene viste seg å ha en større sammenheng med deres nåværende psykiske helse og livskvalitet, enn krigstraumer og menneskerettighetsbrudd i forkant av flukten.

Det er altså flere forhold som kan være med på å forklare den høye og vedvarende forekomsten av psykiske lidelser hos flyktninger, der både barndomstraumer, alvorlige krigstraumer, stressbelastninger under flukt og etter bosetting ser ut til å på ulike måter forårsake og opprettholde de psykiske plagene.

1.3 Behandling av traumatiserte flyktninger

Det foreligger relativt lite forskning på behandling av traumatiserte flyktninger (Opaas 2016). Empirien er i hovedsak kvantitativ og undersøker effekten av ulike terapeutiske retninger, primært med symptomreduksjon av PTSD som bedringsmål (Palic & Elklit, 2011). Det foreligger empiri som viser at ulike former for traumefokusert terapi for flyktninger har behandlingseffekt (Lambert & Alhassoon, 2015). Behandlingsstudier av traumatiserte flyktninger som viser gjennomsnittlig bedring omfatter ofte en stor andel pasienter som opplever liten grad av symptomendring og endring i livskvalitet, selv etter flere år i behandling (Carlsson, Olsen, Kastrup, & Mortensen, 2010; Opaas, Hartmann, Wentzel-Larsen, & Varvin, 2016).

Traumatiserte flyktninger som har gått i terapi oppnår ofte ikke samme effekt av behandling som pasientpopulasjonen for øvrig, og vi har lite kunnskap om hva som kjennetegner de som oppnår bedring (Boehnlein et al., 2004; Carlsson et al., 2010). Opaas et. al (2016) fant i sin studie at et aspekt ved flyktningpasienters personlighetsfungering, mer spesifikt deres evne til å oppfatte ytre stimuli på en realistisk måte, var av betydning for utfallet av behandlingen.

Mye av den kvalitative forskningen på behandling av flyktninger har undersøkt terapeutens perspektiv, mens få har fokusert på klientens erfaringer. Vi vet derfor mindre om hvordan de opplever terapien og relasjonen til behandler (Kramer, 2005). Fra de kvalitative undersøkelsene som foreligger har terapeutens sensitivitet til pasientenes kulturelle bakgrunn og traumatiske erfaringer, samt pasientens opplevelse av å få en god relasjon til terapeuten, blitt løftet frem som det mest betydningsfulle for terapien. Hva gjaldt behandlingsrelasjonen var det særlig aspekter som tillit, forståelse, respekt og omsorg som ble ansett som viktige for pasientene. (Donnelly et al., 2011; Valibhoy, Kaplan, & Szwarc, 2017).

Patel (2005, i Sveaas 2006) fant i sine undersøkelser at flyktningklienter vektla trygghet og rettferdighet, samt en opplevelse av påvirkningskraft og respekt. I en studie av hva både

terapeuter og pasienter opplevde som hjelpsomme elementer i behandlingen ble terapirelasjonen, og særlig utviklingen av tillit og en god arbeidsallianse, trukket frem som det mest betydningsfulle av begge parter, etterfulgt av psykoedukasjon, praktisk hjelp og råd (Mirdal, Ryding, & Essendrop, 2012). Elsaas (1995) fant, gjennom intervjuer med torturoverlevende, at klientene først og fremst verdsatte det å ha forutsigbare avtaler med en behandler som de kunne stole på.

Så langt vi har kunnet finne gjennom litteratursøk, foreligger det ingen publiserte studier av hvordan traumatiserte flyktninger opplever behandlingen og behandlingsrelasjonen over tid.

1.3.1 Betydningen av tillit i behandlingsrelasjonen

Fra psykoterapiforskningen vet vi at behandlingsrelasjonen mellom pasient og terapeut er en av de viktigste faktorene for behandlingsutfallet (Norcross & Lambert, 2011). I sin gjennomgang av 50 års terapiforskning viste Orlinsky, Rønnestad & Willutzki (2004) at pasientens vurdering av terapirelasjonen er av større betydning for utfallet av terapien enn terapeutens vurdering (Hartmann, 2013, s. 30).

Arbeidsalliansen viser til den delen av behandlingsrelasjonen som omhandler kvaliteten på samarbeidet og det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient. I følge Bordins modell består arbeidsalliansen mellom terapeuten og pasienten av tre komponenter som er gjensidig avhengige av hverandre: enighet om endringsmål, hvilke oppgaver som skal gjøres for å nå dette målet, og båndet mellom terapeut og pasient. Den siste komponenten viser til om relasjonen er preget av gjensidig tillit, omsorg og en følelse av å like hverandre (Bordin, 1979; Oddli & Kjøs, 2013, s. 199). Arbeidsalliansen er det enkeltmålet som best predikerer utfall av terapi (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011).

Herman (1992) understreker at traumatiske erfaringer vanskeliggjør pasientens evne til å inngå i en tillitsfull relasjon til en annen. Som en konsekvens av dette vil pasienten og terapeuten ha vansker med å etablere en god arbeidsallianse (Herman, 2015, s. 131-136).

Mange klinikere har beskrevet utfordringer med å etablere en god terapeutisk relasjon med pasienter som har vært utsatt for alvorlig traumatisering, grunnet mistillit og ustabilitet (Dalenberg, 2000; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Courtois, 2005).

Mennesker med PTSD lever med en forhøyet og kronisk tilstand av frykt som innebærer en konstant overvåkning av potensielle trusler i miljøet. Dette medfører en interpersonlig sensitivitet, hvilket i terapi fører til en særlig vurdering av terapeuten. Det vil da være utfordrende, og samtidig avgjørende, å etablere en trygg behandlingsrelasjon for å få til endring. (Anthony & Cloitre, 2008).

Flere har beskrevet mistillit som et hinder for flyktningers utbytte av helsetjenester (Behnia, 1996; Daniel & Knudsen, 1995). Mistillit kan medføre en motvilje mot å ta imot hjelp og tilbakehold av informasjon. Tillit er nødvendig for å kunne dele privat informasjon, hvilket kan betraktes som en måte å håndtere emosjonelt stress og oppnå bedring på (Behnia, 2004).

Hva angår utviklingen av tillit, beskriver Behnia (2008) i sin litteraturgjennomgang tre ulike tilnærminger, henholdsvis tillit basert på disposisjon, troverdighet eller relasjon. I pasient-terapeut-forhold handler den første formen om klientens utgangspunkt, den andre om egenskaper ved terapeuten, og den siste om kjennetegn ved deres relasjon. Han beskriver videre at flyktningpasienters forventninger om troverdighet er bundet opp mot terapeutens profesjonelle rolle, og at etterlevelse av rolleforventninger validerer kredibilitet. I tillegg er det viktig at terapeuten oppleves som genuint omsorgsfull og respektfull. Samtidig kan omsorg fra klinikere virke skremmende for torturoverlevende, da torturister kan veksle mellom å opptre sadistisk og omsorgsfullt for å bryte ned offerets evne til å forutse adferd (Behnia 2004; Elsass, 1997).

I følge Varvin (2015) utgjør flyktningpasienters svekkede evne til å stole på andre en av de sterkeste hindringene for positive endringsprosesser. Han påpeker at for mange av de traumatiserte flyktingene oppleves det som å stå overfor et «valg» mellom tilbaketrekning og mistillit, eller å tørre å ha tillit til andre og tro på muligheten for bedring. (Varvin, 2015, s. 76).

1.4 Teoretisk rammeverk

I tillegg til relevant litteratur, gjengitt ovenfor, har vi tatt utgangspunkt i spesifikke teorier i analysen av materialet. Vi har valgt å fokusere på tilknytningsteori og begrepet epistemisk tillit, da disse belyser tillit og traumatisering som relasjonelle prosesser.

1.4.1 Tilknytningsperspektiv

Bowlby beskrev med sin tilknytningsteori fra 1950-tallet hvordan barnet er avhengig av et følelsesmessig bånd til omsorgsgiver for overlevelse og utvikling. Han hevdet at en sentral del av foreldenes oppgave er å være en 'trygg base' for barna, som de kan utforske verden fra og komme tilbake til for støtte og trygghet. (Allen, 1995, s. 35-38; Bowlby, 1988).

Tilknytning har blitt stående som et sentralt begrep i utviklingspsykologien og kan også være et rammeverk for å forstå konsekvensene av traumatisering. Tidlig utrygg tilknytning utgjør en sårbarhet for utvikling av posttraumatiske tilstander ved senere påkjenninger, og potensielt traumatiske hendelser i voksen alder kan gjøre de internaliserte tidlige relasjonene utrygge (Varvin, 2015, s. 58).

Allen (1995) hevder tilknytningsteori og særlig konseptet 'trygg base' er avgjørende for å forstå traumer og behandling av traumatiserte. En trygg base sørger for en følelse av trygghet, og har mye til felles med Eriksons idé om *grunnleggende tillit*. Erikson (1963) hevder i sin psykososiale utviklingsteori at barnets første utviklingskonflikt er tillit versus mistillit. Barnet vil erverve en grunnleggende tillit til andre hvis behovet for omsorg i de første leveårene blir møtt (Erikson, E. H., 1963, s. 247-251). En traumatisk hendelse, uavhengig av når den inntreffer i livet, kan rukke ved individets følelse av trygghet og grunnleggende antakelser om seg selv og verden (Allen, 1995, s. 37-38).

Herman (1992) baserer sin forståelse av traumatisering på blant annet tilknytningsteori og Eriksons utviklingsteori. Hun hevder at traumatiske hendelser bryter ned både selvets struktur og påvirker tilknytningssystemet. Opplevelsen av tilknytning til en omsorgsfull annen er selve grunnlaget for personlighetsutviklingen, og fordi traumatiseringen bryter ned denne forbindelsen kan den traumatiserte miste den grunnleggende selvopplevelsen. Herman hevder videre at den brutte forbindelsen med tilknytningspersoner fører til at tidligere løste utviklingskonflikter blir aktuelle igjen, og tvinger den traumatiserte til å gjenoppleve sine tidligere utfordringer med tillit, autonomi, initiativ, kompetanse, identitet og intimitet. (Herman, 2015, s. 52).

Med utgangspunkt i denne forståelsen av traumatisering vil bedring være avhengig av relasjoner til andre. I relasjoner til andre kan den traumatiserte gjenetablere en følelse av

trygghet som antas å være avgjørende for bedring. Behandlingsrelasjonen antas derfor å være av særlig betydning for traumatiserte pasienter. (Allen, 1995; Anthony & Cloitre, 2008; Herman, 2015)

1.4.2 Mentalisering og epistemisk tillit

Bateman og Fonagy sin teori om mentalisering ser traumer og tillit i lys av psykologiske teorier om tilknytning og utvikling, og omhandler viktigheten av trygge relasjoner som utgangspunkt for læring og væren i verden (Bateman & Fonagy, 2012).

Mentalisering er kapasiteten til å forstå seg selv og andre i lys av psykologiske kapasiteter, en evne som støtter alle sosiale interaksjoner (Fonagy, Campbell, & Luyten, 2017, s. 373). Å forstå egne og andres handlinger som uttrykk for indre tilstander og motiver er grunnleggende i samspill med andre, og sentralt i reguleringen av følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Allen, Fonagy og Bateman (2008) argumenterer for at terapeuten og pasientens arbeid med mentalisering er den mest grunnleggende fellesfaktoren i all psykoterapi. Mentalisering er en viktig del av terapiprosessen fordi det gjør pasienten i stand til å lære, og er en generisk måte å etablere epistemisk tillit på. Epistemisk tillit kan defineres som evnen til å stole på andre som reliable kunnskapskilder. (Fonagy, Luyten, & Allison, 2015).

Evnen til mentalisering og epistemisk tillit utvikles, ifølge Fonagy, i konteksten av tidlige tilknytningforhold, hvor omsorgsgiver blir en referanse gjennom markert speiling. Det vil si at barnet lærer om seg selv og sine omgivelser ved at foreldrene rommer og gir tilbake det barnet uttrykker. Et traume innebærer, ifølge denne tenkningen, at man mister slike referanser og blir alene i en overveldende og truende verden (Fonagy et al., 2017, s. 373-374). Traumer hemmer evnen til mentalisering og epistemisk tillit. Når mentaliseringen svekkes blir individet lukket inne i seg selv og egne forestillinger. Traumer, spesielt i tilknytningsforhold, kan således føre til *epistemisk mistillit* og en rigid personlighetsfungering. (Fonagy et al., 2017, s. 378; Fonagy et al., 2015).

Fonagy et al. (2015) argumenterer for at de pasientene som ikke oppnår bedring gjennom terapi mangler en elementær tillit til at det den andre formidler er sant og gyldig for dem. Denne epistemiske mistilliten kan føre til at de ikke er i stand til å lære noe av terapeuten.

Terapiens mål blir så at pasienten utvikler mer tillit i relasjonen til behandler, og med det gjenvinner evnen til å åpne seg og lære av andre.

1.5 Kontekst for studien: Hovedprosjektet på NKVTS

Vi har fått tilgang til materiale fra forskningsprosjektet *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger* på Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS), ledet av Sverre Varvin og Marianne Opaas. Prosjektet har et utvalg bestående av 54 voksne deltagere med fluktbakgrunn. De hadde en gjennomsnittlig botid i Norge på 10 år da de startet i behandling i spesialisthelsetjenesten. Inklusjonskriteriene var at deltagerne hadde opplevd potensielt traumatiserende hendelser relatert til krig og brudd på menneskerettighetene og at de strevde med posttraumatiske plager. At deltagerne oppfylte PTSD-diagnosen var ikke et krav i seg selv.

Prosjektet har et naturalistisk og longitudinelt design, uten spesifikke krav til terapeutisk metode eller varighet av terapi. Behandlerne har ulike profesjoner. Noen arbeider på offentlige klinikker, mens andre er privatpraktiserende.

Deltagerne har blitt fulgt opp med semistrukturerte intervjuer og kartleggingskjemaer på flere tidspunkt i løpet av behandlingen. Forskningsintervjuer ble gjort rundt behandlingsstart (T1), etter ca. ett (T3), tre (T4), fem (T5), syv (T6) og 10 (T7) år etter behandlingsstart, og ved behandlingsslutt (T2). Ulike verktøy for kartlegging og vurdering av symptomer, livskvalitet, personlighet og tilknytning ble benyttet. Prosessintervjuer, hvor terapeuter og deltagere ble spurt om sitt syn på behandlingen og behandlingsrelasjonen, ble utført på tidspunkter som falt utenom de andre intervjuene.

1.6 Rasjonale og problemstilling

Mye av forskningen på behandling av traumatiserte flyktninger har fokusert på PTSD-diagnosen og effekt av behandling målt ved symptomreduksjon. Flyktninger har ofte vært utsatt for ekstrem traumatisering som kan føre til negative endringer i selvoppfattelse, vansker med å regulere affekt og relasjonelle vansker, i tillegg til de klassiske PTSD-symptomene.

Traumatisering kan gjøre det vanskelig å stole på andre, hvilket representerer en utfordring for behandlingsrelasjonen. De få studiene som har undersøkt flyktningpasienters opplevelse av samtalerapi har vist at en god relasjon til behandler blir ansett som særlig betydningsfullt, der tillit blir trukket fram som en viktig komponent. Vi ønsket derfor å undersøke betydningen av tillit nærmere, med utgangspunkt i traumatiserte flyktningers subjektive erfaringer.

Kunnskap om hva som potensielt kan fremme bedring for denne gruppen har åpenbare kliniske og samfunnsmessige implikasjoner. Raskere og mer komplett tilfriskning vil høyne pasientenes livskvalitet, og ha ringvirkninger for deres støttesystem og samfunnet forøvrig.

Det overordene formålet med studien er å generere kunnskap om hvordan traumatiserte flyktningpasienter kan hjelpes i terapi, og mer spesifikt forstå hvordan tillit kan (gjen)etableres.

Vår problemstilling er: Hva kan vi lære om betydningen av tillit basert på hva traumatiserte flyktninger i behandling forteller om seg selv, sine relasjoner til andre og om terapien?

2 Metode

For å undersøke traumatiserte flyktningers subjektive erfaringer brukte vi kvalitativ metode, mer spesifikt fortolkende fenomenologisk analyse (FFA). FFA er en norsk oversettelse av det engelske begrepet Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Det overordnede målet i kvalitativ forskning er å forstå og fremstille menneskelige fenomener, slik de oppleves av deltagerne (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999, s. 219)

Vi valgte kvalitativ metode og FFA fordi vi ønsket å undersøke flyktningpasienters subjektive opplevelser. Det faktum at vi fikk tilgang til mange intervjuer per person muliggjorde dette. Vi valgte et lite, relativt homogent utvalg for å kunne fordype oss i deres subjektive erfaringer, hvilket er i overensstemmelse med FFA (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 4).

I det videre vil vi tydeliggjøre (2.1) vår teoretiske forankring og (2.2) utvalg og materiale (2.3) etiske betraktninger og (2.4) analyseprosessen.

2.1 Teoretisk forankring

Noe av det som skiller FFA fra andre liknende metoder, som tematisk analyse, er deres eksplisitte filosofiske rasjonale (McLeod, 2011, s. 147). Smith et al. (2009) hevder at den bakenforliggende filosofien er vel så viktig som fremgangsmåten, og at forskere som bruker denne metoden bør sette seg inn i relevante filosofiske teorier. Vi har etterstrebet dette, og vil i det videre gjennomgå og ta stilling til filosofiske, så vel som metodologiske spørsmål. Av hensyn til plass og leservennlighet vil vi begrense gjennomgangen til det som har mest direkte relevans for gjennomførelsen av studien.

2.1.1 Fortolkende fenomenologisk analyse

I FFA fokuserer forskeren på å forstå personers opplevelser, gjennom å engasjere seg intenst og detaljert i materialet. Tolkningene skal være tydelig fundert i deltagerens egen forståelse, men kan også gå utover dette. Vi valgte FFA fordi det muliggjør en kobling mellom deltagerens opplevelser og psykologiske teorier (Smith et. al, 2009, s. 187). Vi har valgt å ta

utgangspunkt i et tilknytningsperspektiv og begrepet epistemisk tillit i vår analyse av materialet.

FFA er påvirket av tre kunnskapsfilosofiske retninger: ideografi, fenomenologi og hermeneutikk. Ideografi omhandler verdien av å fokusere på enkeltfenomener, og fordrer en forsiktighet med tanke på generalisering. Fenomenologi kan betegnes som studiet av opplevelser, og hermeneutikk som teorien om tolkning. (Smith et al., 2009, s. 11-39). Fenomenologi og hermeneutikk ble syntetisert av Heidegger til hermeneutisk fenomenologi, og senere videreutviklet av filosofer som Gadamer og Ricoeur (Thompson, 1981, s. 70).

FFA er fenomenologisk i den forstand at forskeren forsøker å fange deltagerens opplevelser, og hermeneutisk i den forstand at tolkning anses for å være den eneste måten deltageren og forskeren kan få tilgang til fenomener. Deltageren prøver å forstå egne opplevelser, og forskeren prøver så å forstå deltageren. Dette utgjør en dobbel hermeneutikk, med en førsterangs og en annenrangs fortolkning. Et annet sentralt begrep fra hermeneutikken er 'den hermeneutiske sirkelen', som beskriver hvordan forskeren prøver å forstå deltagerens opplevelser gjennom å bevege seg mellom helheten og enkeltdeler. I vår analyse har vi for eksempel fortolket et sitat, for deretter å lese intervjuet på nytt, for så å gå tilbake til det samme sitatet. Denne sirkulære metoden kan hjelpe forskeren å skape kunnskap, når hun med sin førforståelse undersøker et nytt fenomen. (Smith et al., 2009, s. 11-39).

Heidegger og Gadamer vektla nettopp at den som fortolker påvirker funnet med sin førforståelse, med andre ord sin kontekst og læringshistorie. Det at alle tolkninger er situert krever, jf. Gadamer, at forskeren besitter en sensitivitet og kulturell bevissthet (McLeod, 2011, s. 18- 56). Ricoeur forsvarte bruken av teori for å kunne falsifisere eller verifisere tolkninger, for å sikre objektivitet og hindre selvbekreftende, 'onde hermeneutiske sirkler' (Ricoeur, 1984, s. 206).

2.1.2 Epistemologisk og ontologisk ståsted

Ontologi omhandler spørsmål om hva tilværelsen består i, og epistemologien behandler spørsmål om kunnskapsdannelse (McLeod, 2011, s. 19-20). Vi har tatt utgangspunkt i en oppfatning om at det deltagerne sier i intervjuene ikke simpelthen gjenspeiler språkkulturelle konvensjoner, men også resonnerer med deres indre virkelighet (Hollway & Jefferson, 2000,

s. 4). Dette betyr at vi inntar en essensialistisk epistemologisk posisjon som kalles *kritisk realisme* (Bunge, 1993, s. 231), også omtalt som et postpositivistisk (McLeod, 2011) eller neo-kantiansk syn på kunnskap, hvilket fremdeles står sterkt i vitenskapelige disipliner (Zachrisson, 2013). Vi tror at det finnes en objektiv virkelighet, men at vår tilgang på den er begrenset. Den hermeneutisk-fortolkende dimensjonen av kvalitative studier kan i så måte sies å svekke den objektive sannhetsverdien til funnene, da virkeligheten filtreres gjennom forskeren (McLeod, 2011, s. 44-51).

2.1.3 Kvalitetssikring

Validitet og reliabilitet vedrører studiers sannhetsverdi. Stiles (1993) skiller mellom reliabilitet som dataenes pålitelighet, og validitet som tolkningenes troverdighet (Stiles, 1993, s. 601). Denne overføringen av begreper fra kvantitativ til kvalitativ metode har blitt mye problematisert, og mer overordnet snakker vi derfor nå om kvalitetssikring. Utviklingen av kvalitetskriterier i kvalitativ metode er en omstridt, kompleks og nødvendig oppgave (McLeod, 2011, s. 265-281).

Rennie argumenterer for en metodisk hermeneutikk, en systematisk og transparent analyse som gir leseren nok prosedural informasjon til å sjekke om funnene er tilstrekkelig objektive og forankret i virkeligheten (Rennie, 1999; McLeod, 2011, s. 45). Elliot et al. (1999) har utviklet en konsensusstøttet oversikt over kvalitetskriterier for kvalitative studier. Her vektlegges viktigheten av refleksivitet, kontekstualisering, eksemplifisering, kredibilitetsjekker, sammenheng, tilpasning av siktemål med tanke på generaliserbarhet og resonans med leseren.

I overensstemmelse med vårt syn på hvordan kunnskapsdannelse foregår, som påvirket av forskerens førforståelse og subjektivitet, fremholder vi viktigheten av refleksivitet. Refleksivitet omhandler forskerens vilje og evne til å gjøre de fortolkende prosessene eksplisitte, slik at leseren kan bruke denne informasjonen til å forstå funnene (McLeod, 2011, s. 46-51).

Vi ønsker å bidra til transparens og etterprøvbarehet gjennom beskrivelser av filosofisk ståsted, metodologiske valg, vår førforståelse og fremgangsmåte. Beskrivelser av utvalget og gjengivelse av sitater gis for at leseren skal ha mulighet til å bedømme

funnenes generaliserbarhet og tolkningenes gyldighet. Videre har vi tatt vare på data fra alle steg i analysen, slik at vår fremgangsmåte kan etterprøves (Smith et al., 2009).

Videre, som kredibilitetsjekk, har vi benyttet oss av triangulering på flere måter. Triangulering handler om å konsultere ulike perspektiver og flere kilder, for å se om de sammenfaller (Stiles, 1993, s. 608). Begge forfatterne har gjennomgått alle steg i analyseprosessen og bearbeidingen av materialet hver for seg, for så å sammenligne og sammenstille underveis. Veilederne har fått innsyn i analysen og materialet gjennom hele prosessen, for å kunne kvalitetssikre utviklingen. Til sist har vi brukt teori for å skape mening og sammenheng i materialet. Ved bruk av teori kan ulike tolkninger stilles opp mot hverandre, slik at noen falsifiseres og andre støttes. Trianguleringen gjør at man kan unngå selvbekreftelse i tolkningsarbeidet (Ricoeur, 1984, s. 206).

2.1.4 Vårt utgangspunkt og forventninger til funn

Vår forforståelse bygger på metodisk og faglig kunnskap, så vel som personlige erfaringer, og kan påvirke analysen (Haavind, 2000, s. 155). De store forskjellene i kontekst og bakgrunn mellom forfatterne og deltagerne fordrer kulturell sensitivitet med tanke på fortolkninger og språk (Blakar, 1996, s. 174-192). Vi vil derfor gi leseren et innblikk i vårt utgangspunkt.

Forfatterne er to etnisk norske kvinner i slutten av tyveårene, med liknende utdanningsbakgrunn og et politisk ståsted på venstresiden. Begge har vært engasjert i flyktningers situasjon over flere år og har arbeidet som frivillige ved asylmottak og i flyktningleir. Vårt utgangspunkt for å skrive denne oppgaven springer ut fra en oppfatning om at oppfølgingen av flyktninger er mangelfull og at det psykologiske behandlingstilbudet ikke er godt nok, og at flyktningers perspektiver er lite representert i litteraturen. Vi ønsket derfor å løfte frem deres subjektive opplevelser.

Før vi begynte å arbeide med materialet, skrev vi ned våre forventninger. Vi forventet at deltagerne ville streve med en del praktiske utfordringer i hverdagen, og uttrykke frustrasjon knyttet til mangelfull oppfølging på systemnivå. Vi hadde også forventet at de ville beskrive integreringsprosessen som utfordrende og at det kunne være vanskelig å etablere nye relasjoner i Norge.

2.2 Utvalg og materiale

2.2.1 Utvalg

Vårt utvalg består av åtte menn i alderen 36-58 år, som kommer fra ulike land og verdensdeler. Alle har flyktet til Norge i voksen alder og har vært bosatt her i 8–32 år. Alle har permanent oppholdstillatelse eller norsk statsborgerskap.

Deltagerne gikk i terapi av ulik varighet, fra 8 måneder til ti år. De hadde behandlere med ulik profesjonsutdannelse, og deltok i ulike former for terapi. Fire gikk i behandling ved DPS, og fire hos privatpraktiserende terapeuter.

Seks av deltagerne har familie og bor sammen med kone og barn, de to andre bor alene. Alle har vært i arbeid i kortere eller lengre perioder i Norge tidligere. Ved oppstart var alle delvis eller fullt sykemeldte. Deltagerne behersker norsk i varierende grad. Bare én av deltagerne brukte tolk under intervjuene.

Utvelgelsen av deltagerne ble gjort av prosjektleder og veileder Marianne Opaas, informert av vårt ønske om å fokusere på klienter som opplevde å få noe positivt ut av terapiforløpet. Dette ønsket grunnet i et rasjonale om at det behøves mer kunnskap om hva som kjennetegner slike forløp. Opaas kjenner godt til alle deltagerne og terapeutene i prosjektet, gjennom utførelse av intervjuer og bearbeiding av materialet. Hun gjorde en helhetsvurdering av klientenes utfall.

Vi valgte kun menn for å minske variasjonen. Det var også et praktisk aspekt som styrte utvelgelsesprosessen: Vi valgte deltagere ut fra mengden tilgjengelig og transkribert materiale, da vi trengte mye stoff for å få en utfyllende forståelse.

2.2.2 Vårt materiale

Vårt materiale består av 31 semistrukturerte forskningsintervjuer med åtte deltagere. Antall transkriberte intervjuer per person varierte, fra 3 til 5.

Intervjuene er fra ulike tidspunkter av behandlingen. Vi har T1 (ved oppstart) og T3 (et år etter oppstart) for alle deltagerne. Vi har T2-intervjuer for de som hadde avsluttet

behandlingen, og oppfølgingsintervjuer (opp til 10 år etter avslutning) for noen av disse. Intervjuer utført mellom de standardiserte tidspunktene, kalt prosessintervjuer, er også inkludert i vårt materiale.

T1-intervjuet fokuserer på deltagerens bakgrunn og traumatiske erfaringer, samt deres hverdag og utfordringer i dag. I de påfølgende intervjuene ble disse temaene fulgt opp, og prosessintervjuene fokuserte spesielt på behandlingen.

Vi leste også utredningsrapporter (sammenfatninger av resultater fra kartleggingen) og terapeutintervjuer. Disse ble ikke brukt for å gi oss en større forståelse av kontekst, men ble ikke brukt direkte i resultatene.

2.3 Ethiske betraktninger

Deltagerne i forskningsprosjektet er traumatiserte flyktninger. Dette er en sårbar gruppe som har opplevd store belastninger i livet, og som fortsatt strever med alvorlige konsekvenser av dette. Innsamling av data med denne gruppen kan være både tidkrevende og belastende for informantene. Vi har derfor valgt å bruke materiale som allerede er innsamlet, for å sikre at dette verdifulle stoffet benyttes.

Studien er godkjent av REK, og intervjuene er allerede gjennomført. Det originale materialet var til en viss grad anonymisert, men inneholdt omfattende og sensitiv informasjon om pasientenes historie og livssituasjon i dag. Vi var derfor svært forsiktige med å gjengi materialet direkte, og der vi valgte å gjøre dette endret vi detaljer slik at det ikke er gjenkjennelig. Leder for forskningsprosjektet kontrollerte underveis at deltagerne var tilstrekkelig anonymisert. Vi tok nødvendige forholdsregler for å sikre at materialet ikke kom på avveie. Vi arbeidet på NKTVS frem til materialet var tilstrekkelig abstrahert, og brukte krypterte datamaskiner og et sikret arkivrom til oppbevaring.

Vår studie har også en politisk dimensjon, da forskning benyttes for å styrke eller endre populær opinion og ideologi. Forskning kan bidra til å skape og styrke stereotyper og undertrykking av minoritetsgrupper. Én av måtene dette har blitt gjort på er gjennom et overdrevent fokus på sykdom (Sue & Sue, 2008, s. 71-77). Vår studie fokuserer på psykiske vansker, og kan således sies å bidra til en patologisering av flyktninger. Samtidig er utvalget

pasienter som har oppsøkt behandling for psykiske plager. Studien omhandler gruppen flyktningpasienter, heller enn flyktningpopulasjonen generelt. Formålet med studien er å løfte frem deltagerens subjektive erfaringer, noe som i liten grad er vektlagt i forskningslitteraturen og i samfunnet for øvrig. Forhåpentligvis vil det å få en større forståelse av hvordan det er å leve med posttraumatiske plager kunne bidra til å gjøre behandlingsapparatet bedre i stand til å yte hjelp.

Analysen av materialet innebar at vi fortolket materialet. Vi har vært nøye med å presisere hva som er deltagerens egne tolkninger og hva som er våre. Gjennomgående har vi forsøkt å være bevisste på vårt ståsted, og å være ydmyke overfor deltagerens opplevelser og kontekst.

2.4 Analyseprosessen

2.4.1 Steg 1 Bli kjent med materialet

Det første vi gjorde var å bli kjent med materialet fra hovedprosjektet gjennom å transkribere og lese intervjuer. Dette hjalp oss å lande et fokus for oppgaven. Vi valgte å fordype oss i mye materiale om få personer, i overensstemmelse med metodikken i FFA (Smith et al., 2009, s. 4). Begge forfatterne leste, hver for seg, alle de transkriberte intervjuene som forelå på de åtte deltagerne og deres terapeuter.

2.4.2 Steg 2 Koding

Vi markerte utdrag underveis, og kodet innholdet i utdragene med et beskrivende ord eller en setning (McLeod, 2011, s. 147-151). Valget av utdragene var informert av vårt teoretiske rammeverk, hvilket gjorde at vi inkluderte alle utdrag om relasjonell fungering og selvopplevelse. Videre ønsket vi å bevare konteksten, slik at abstraheringen ikke ville fremstå løsrevet fra informantens uttrykk og virkelighet (Hollway & Jefferson, 2000, s. 5; Wallace, 2005)

2.4.3 Steg 3 Triangulering

Etter å ha arbeidet individuelt med å kode alt materialet, sammenliknet vi de foreløpige kodene. Vi oppdaget at det generelt var en høy grad av sammenfall med tanke på hva vi hadde valgt ut og hva vi hadde kalt kodene. I de tilfellene hvor kun én hadde lagt merke til

noe, valgte vi i første omgang å inkludere utdraget for å sikre en bredde i materialet. Når vi hadde like utdrag, men ulike koder, leste vi gjennom på nytt og diskuterte (med utgangspunkt i subjektiv oppfatning og teoretisk forståelse) hvordan vi best kunne forstå funnet. Dette resonnerer med Ricoeurs metode for å unngå sirkularitet (Ricoeur, 1984, s. 206). Vi gjentok denne prosedyren for triangulering da vi etablerte kategorier (steg 4 og 6) i analyseprosessen.

2.4.4 Steg 4 Kategorier og kasusformulering for hver deltager

Etter at vi hadde kondensert intervjuene, jobbet vi hver for oss med å organisere kodene og utdragene i kategorier for hver deltager. Neste steg var å skrive en kasusformulering for hver person. Vi ønsket å gjøre dette for å tydeliggjøre sammenhengen i enkeltpersonenes opplevelser, i tråd med FFAs fokus på dybdeforståelse av den enkelte (Smith et al., 2009), og for å unngå fragmenteringen av materialet, slik som abstrahering kan føre til (Holloway & Jefferson, 2000, s. 5). Videre muliggjorde kasusformuleringene en inklusjon av informasjon fra intervjuene om tilknytning og bakgrunn, samt prosessintervjuer med terapeutene. Dette gjorde at vi bedre kunne forstå funnene i sin kontekst (Elliott et al., 1999).

2.4.5 Steg 5 Etablere felles kategorier og underkategorier

Da vi hadde fått et utfyllende bilde av hvert enkelt subjekt var vi klare for å se på materialet på tvers, det vil si sammenlikne og utdype funn som var felles for deltagerne (Haavind, 2000; Smith et al., 2009).

Vi kategoriserte dataene for å redusere detaljvolum og samtidig ivareta kompleksiteten (Smith et al., 2009, s. 91). Vi ønsket at hver kategori og underkategori skulle fange opp noe som gjaldt alle, eller de fleste, deltagerne. Vi organiserte med andre ord ut ifra et kriterium om metning, slik at det var tilstrekkelig med personer og sitater til å utgjøre en meningsfull kategori (Wallace, 2005, s. 74).

Vi satte alle kodene, med tilhørende sitater, inn i tabeller og prøvde ut ulike grupperinger. For å få færre og fyldigere kategorier gikk vi bort fra å kategorisere materialet ut fra intervjutidspunkt. Vi beholdt en nedskrevet og internalisert oversikt over tidsaspektet for å kunne drøfte utviklingen. Ulike fargekoder ble benyttet for å skille deltagerne, og for å se hvor mange deltagere som hadde utsagn innenfor de ulike temaene. Gjennom triangulering landet vi organisering av kategoriene.

Underkategorier ble etablert gjennom å samle koder som liknet konseptuelt. Et eksempel er at kodene «jeg er feil» og «jeg er annerledes» ble gruppert sammen i underkategorien «jeg er ødelagt». Fellesnevner var her at det å ha blitt utsatt for destruktive hendelser opplevdes som ødeleggende for selvfølelsen. Underkategoriene ble så gruppert i tre hovedkategorier som tilhørte hver sin dimensjon: utsagn om en selv, andre og behandlingen. Vi forsøkte å gi kategoriene og underkategoriene navn som formidlet hva vi hadde funnet, og som representerte deltagerens subjektive opplevelse (Sandelowski & Leeman, 2012, s. 1407).

3 Resultater og diskusjon

For å undersøke betydningen av tillit analyserte vi relevante tekstutdrag som omhandlet hvordan deltagerne omtalte (1) seg selv, (2) relasjoner og (3) terapien. Disse tre fokusområdene ble til tre dimensjoner for gruppering av data. Essensen av det som ble skildret innenfor hver dimensjon fanges opp i tre respektive hovedkategorier, hver med to underkategorier som benevner ulike aspekter. Fenomenene i de ulike kategoriene er ikke uavhengige av hverandre, slik de heller ikke vil fremstå i deltagerens liv. Kategoriene vi kom frem til gjennom analyseprosessen er gjengitt i tabellen under:

Dimensjon	Hovedkategori	Underkategori
Jeg (klientenes selvforståelse)	1: Jeg strever med å ha tillit til meg selv	a. Jeg føler meg ødelagt b. Jeg strever med å vite hvor grensene i meg går
Andre (klientenes opplevelse av relasjoner)	2: Jeg ønsker og frykter nærhet	a. Jeg holder andre på avstand b. Jeg trenger andre
Terapi (klientperspektiv)	3: Jeg har ikke blitt så mye bedre, men terapien er viktig for meg	a. Når jeg føler meg trygg kan jeg åpne meg litt mer b. Jeg ønsker endring, men det er vanskelig

Vi har etterstrebet å gjengi deltagerens opplevelser på en nøyaktig og nyansert måte, selv om abstrahering nødvendigvis medfører en viss forenkling og fortolkning. Diskusjon av funnene følger underveis for å tydeliggjøre grunnlaget for våre slutninger. Betegnelsen *de fleste* viser til at alle med unntak av én deltager (7) beskrev fenomenet. *Mange* indikerer over halvparten (5-6), og *noen* viser til at under halvparten (2-3) uttrykte et fenomen. (Hill, 2012). Vi har satt inn underoverskrifter for å fremheve fenomener og lette lesningen.

Av hensyn til leservennlighet og anonymisering har vi valgt å benevne alle terapeutene med feminint pronomen. Sitater er rettet språklig av samme årsak. For å vise at noe er tatt ut av teksten brukes (...), og [] markerer ord som er satt inn i teksten. Informantene omtales som

«deltagere» og enkelte ganger som «pasienter» i relasjon til terapeutene. Vi har gitt deltagerne fiktive navn. Vi valgte populære arabiske navn, selv om deltagerne kommer fra ulike land.

3.1 Jeg strever med å ha tillit til meg selv

Den første hovedkategorien har vi kalt for «*Jeg strever med å ha tillit til meg selv*». I denne kategorien har vi samlet og abstrahert utsagn fra deltagerne som omhandler deres syn på seg selv, inkludert hvem de kan være for andre. Hovedkategori 1 består av to underkategorier, henholdsvis a) *Jeg føler meg ødelagt*, b) *Jeg strever med å vite hvor grensene i meg går*.

3.1.1 Jeg føler meg ødelagt

Ødelagt av traumatiske erfaringer

Deltagernes beskrivelser av seg selv vitner om at de strever med et skjørt selvbilde og en usikkerhet knyttet til om de kan være noe godt for andre. De brukte betegnelser som «skadet», «ødelagt» og «ikke normal» om seg selv. En underliggende følelse av å være feil eller mindreverdig går igjen. Deltagerne knyttet denne følelsen opp mot å ha vært offer for traumatiske hendelser som tap av nære, vold og tortur, forut for flukt:

De [fengselsbetjentene] begynte å slå oss, og bruke stygge ord: 'Dere er ingenting, dere er null. Vi skal drepe dere, og ingen skal finne dere. Dere er dyr'. Mye som får deg til å miste personligheten i hvert fall. (Malik).

Dette sammenfaller med kunnskap om hvordan alvorlig traumatisering kan bryte ned oppbygningen av selvet og føre til endringer i selvoppfattelse (Herman, 2015). Å være utsatt for vold, og særlig tortur, kan forstås som en ekstrem trussel mot selvet. Silove (1996) påpeker at tortur i tillegg til fysisk vold ofte innebærer bruk av psykologiske teknikker for å undergrave individets holdninger, verdier, selvbilde og personlighetsutvikling. Videre hevder han at selve hensikten med tortur er å svekke eller ødelegge individets identitet og opplevelse av kontroll. (Gorman, 2011; Silove, 1996)

Følelsen av å være ødelagt ble også knyttet til barndomserfaringer. Halvparten av deltagerne fortalte om vanskelige oppvekstkår i form av fattigdom, sult, tap av nære omsorgspersoner,

eller vold. Mange beskrev barndommen som utrygg, og én vektla det å ha blitt utsatt for vold innad i familien og separasjon fra foreldrene som det vondeste: «Jeg ble ødelagt allerede som barn». (Amir)

Funn fra hovedprosjektet viste at potensielt traumatiserende hendelser i barndom var sterkere relatert til psykiske vansker og dårlig livskvalitet, enn de senere traumatiske hendelsene i forkant av flukten (Opaas & Varvin, 2015). Beskrivelsene av barndomstraumer i vår studie, viser at også deltagerne vektla dette som en årsak til plagene de strever med i dag.

Tilstedeværelsen av barndomstraumer kan også bety at deltagerne ikke har hatt forutsetninger for å utvikle grunnleggende tillit. I lys av Eriksons psykososiale utviklingsteori (Erikson, E. H., 1963) kan det tenkes at blant deltagerne, som i den øvrige populasjonen, vil være noen som ikke har løst den første utviklingskrisen knyttet til mistillit versus tillit (Ní Raghallaigh, 2014).

Manglende annerkjennelse forsterker opplevelsen av verdiløshet

Noen av deltagerne vektla at manglende annerkjennelse i hjemlandet for krigsinnsatsen deres da krigen var over, gjorde at de følte seg mindre verdt: «I en liten periode etter krigen, sa de ‘Dere er best!’ Men etter en tid var vi bare søppel». (Malik)

Spesielt én deltager etterlyste offentlig oppreisning, som han mente var nødvendig for å kunne bli bedre. Dette og lignende utsagn viser at behovet for rettferdighet kan oppleves å være sentralt i bedringsprosessen.

Sveaas & Lavik (2000) vektlegger den moralske dimensjonen i klinisk arbeid med mennesker som har vært utsatt for menneskerettighetsbrudd. Det innebærer at behandlere må være bevisste på den uretten som ligger til grunn for individets lidelser, og ta aktiv stilling til dette. Videre understreker de betydningen av at også offentlige instanser og rettsorganer fastslår ansvar for den uretten som har blitt begått, slik at individet oppnår rettferdighet gjennom en rettsprosess og økonomisk erstatning. De hevder at moralsk oppreisning, en er sentralt for individers bedringsprosess.

Tap av positiv identitet

Opplevelsen av å være ødelagt ble også knyttet opp mot tap. Noen av deltagerne fortalte om hvem de var *før*, og beskrev så et tap av positive egenskaper eller en positiv identitet. De hadde en tydelig oppfatning av hva som hadde endret dem, henholdsvis sykdom, krig og ankomsten til Norge.

Før [krigen] var jeg veldig glad. Jeg var veldig lett å ha kontakt med. Jeg hadde mange venner (...) Vi [tidligere ektefelle og jeg] var glade i hverandre før jeg dro i krigen, men da jeg kom tilbake var jeg ikke den samme personen. (...) Hun prøvde å hjelpe meg, men etter noen år ble hun lei. Jeg har vært veldig snill mot henne, men det var ikke jeg som.. når jeg blir deprimert, så skriker jeg når jeg sover. Hun kanskje var redd hele tiden, for at noe skulle skje. (Malik).

Endringen i selvopplevelse ser også ut til å handle om tap av sosiale rolle og status i møte med et nytt samfunn. Én av deltagerne fortalte om hvordan han alltid har vært en som har hjulpet og støttet andre. Dette later til å ha vært en sentral del av hans identitet: «Før hjalp jeg alle mennesker. Her er jeg et null, jeg er støv.» (Khalid).

Deltagerne beskrev en negativ endring i selvoppfattelse, og et strev med å beholde verdighet og ressurser. I sitatene ser vi at deltagerne later til å knytte egenverdi opp mot hvem de kan være for andre, hvilket understreker betydningen av relasjoner og sosiale roller for identitet og selvfølelse. Dette er i tråd med andre studier som har vist at tap av verdsette sosiale roller har en negativ innvirkning på flyktingers helse og livskvalitet (Goodkind et al., 2014).

At deltagerne vektla positive egenskaper som har gått tapt, kan forstås som en idealisering av det som var før (Varvin, 2015). Det kan tenkes at deltagerne forsøker å beholde noe godt, gjennom å beskytte og idealisere fortellinger om sitt fortidige jeg.

Jeg frykter andres blikk

Deltagerne ga uttrykk for at de fryktet at andre skulle fordømme dem eller komme for nær, hvilket førte til at mange sosiale situasjoner ble ubehagelige. Noen av deltagerne fortalte at de trodde det var synlig for andre at det var noe feil med dem. Én forklarte usikkerhet og skamfølelse med at han ikke har tillit til seg selv, og at han ikke har noe å bidra med:

Jeg har lyst til å forsvinne noen ganger, til et sted hvor folk ikke kjenner meg (...) Du orker ikke leve liksom (...) Når alt har blitt tomt, når alt har blitt ensomt. Du har ingenting å bidra med. Verken til deg selv eller andre i samfunnet, så du orker ikke at folk skal se på deg. (Youssef)

Deltagerne ser ut til å uttrykke en sterk følelse av mindreverd og skam. Skam involverer en opplevelse av å være udugelig og feil, og fører til en lengsel etter å gjemme seg eller forsvinne (Allen, 1995, s. 59). Det at de ikke orker å bli sett, kan videre tolkes som en projeksjon av selvforakt inn i andres vurderinger og blikk.

Deltagerne fortalte at de strevde med å fortelle andre sin historie, også de som sto dem nær. De kjente på ubehag og skamfølelse knyttet til det de hadde opplevd.

Hva om man giftet seg med en kone eller kjæreste og blir kjent, man kan ikke sitte og fortelle henne om overgrep eller at jeg har blitt banket i en måned og sånt, det er veldig, du føler det er skam å si det, så derfor har du alltid et sånn - mellom sånn - du blir skremt, fordi de tingene der.. det er ikke lett (...) du føler kanskje hvis hun får vite om det vil hun ikke ha deg, kanskje. (Hamza)

Etter alvorlig traumatisering trenger individet å gjenetablere kontakt med andre, fordi bedringen skjer i relasjon til andre (Herman, 2015). Deltagernes beskrivelser illustrerer hvordan skamfølelse kan bidra til å holde mye tilbake, som igjen kan hindre at de får støtte og hjelp til å bearbeide vanskelige følelser.

3.1.2 Jeg strever med å vite hvor grensene i meg går

Denne underkategorien handler om deltagerne beskrivelser av kontrolltap. Deltagerne beskrev utfordringer med å forstå og integrere inntrykk, samt frykt knyttet til hvordan sinne kan komme til uttrykk og påvirke andre. Vi vil først se på de indre, deretter de ytre, manifestasjonene av kontrolltap.

Tap av kontroll

Deltagerne fortalte at de plages av ubehagelige tanker og minner, mareritt, dårlig hukommelse og sterke følelser som de strever med å håndtere. De beskrev at dette fører til en

opplevelse av å ikke kunne stole på seg selv. Mange av deltagerne fortalte at de er redde for å miste kontroll eller bli gale. De ga uttrykk for å oppleve et indre kaos som tidvis kunne gi en opplevelse av ikke å ha kontroll over sitt eget sinn. Dette var knyttet til kaotiske tanker, å høre skremmende lyder i sitt eget hode og en følelse av å bli fylt av et mørke. Én fortalte også om en episode hvor han mistet kontroll over kroppen, noe han opplevde som veldig skremmende, og som han frykter skal skje igjen. Med frykten for indre fragmentering fulgte frykten for å bli, gal, og for å oppfattes som gal: «Jeg har vært redd for å bli gal - sånn som man ser på gata. Folk det har tørna helt for, som lever på gata.» (Amir)

Disse beskrivelsene kan ligne en svekkelse av grunnleggende tillit, en svekkelse av troen på seg selv og omgivelsene, på selve logikken og strukturen i menneskers liv (Erikson, K., 1991, s. 470). Opplevelsen av seg selv og omgivelsene har blitt endret, og dette 'fremmede' minner deltagerne om galskap. Det kan ikke forståes, mentaliseres, og blir dermed en kilde til frykt.

Individens kunnskap, trygghet og evne til emosjonsregulering blir ifølge Fonagy et al. (2017, s. 373-374) ervervet og modulert gjennom forbindelsen til og internaliseringen av tilknytningspersoner. Med utgangspunkt i denne forståelsen kan deltagerens opplevelse av indre fragmentering og strevet med å mentalisere, tenkes å henge sammen med et traumatisk tap av indre representasjoner og av emosjonelle forbindelser til seg selv og andre. I forlengelse av dette synes deltagerne å bære med seg en opplevelse av forlatthet, overveldelse og kontrolltap.

Vansker med å håndtere eget sinn

Når det kommer til de atferdsmessige uttrykkene, var frykten for egen aggresjon et felles tema for alle deltagerne. Erfaringer med å bli overveldet av sinne later til å ha svekket deltagerens opplevelse av kontroll og tillit til seg selv:

I tre dager tenkte jeg, hvorfor drepte jeg ham ikke, hvorfor ødela jeg ikke alt, det er noe inni hjernen, jeg liker ikke å gjøre sånt, men jeg har ikke balanse, fordi jeg har ikke kontakt med meg selv (...) jeg blir redd. (Khalid)

Sinne vekkes når individet opplever noe urettferdig eller krenkende og motiverer til selvheldelse og selvbeskyttelse (Solbakken, 2013, s. 150). Deltagerne har vært utsatt for overgrep og tortur og har opplevd å være hjelpeløse i møte med overgripere. De har vært i

situasjoner hvor andre har hatt makten og hvor forsøk på å avverge lidelse har vært nytteløse. I situasjoner der deltagerne føler seg misforstått eller krenket kan det late til at dette sinnet vekkes igjen, noe som oppleves belastende i deltagerens hverdag. Dette resonnerer med Siloves (1999) beskrivelser av hvordan menneskerettighetsbrudd rammer individets iboende behov for rettferdighet og kan opprettholde et voldsomt raseri.

Noen av deltagerne beskrev hevntanker og et ønske om rettferdighet, men tenkte at det var umulig å oppnå.

For å være ærlig, så er jeg litt redd det sinnet jeg har inni meg. Når det kommer et sinne inni meg og jeg tenker på de personene og hva de har gjort med meg (...) så blir jeg redd for at jeg skal la det gå ut over andre. (Hamza)

Fantasier om hevn kan sees som et ønske om å kvitte seg med en uutholdelig hjelpeløshet, gjennom å bytte rolle eller identifisere seg med aggressor (Varvin, 2015, s. 106-107; Vetlesen, 2014, s. 133). Samtidig kan det innebære et tap av egen og andres tillit til seg selv som god, da de selv blir en aggressor. Å gjenopprette det som skjedde oppleves imidlertid som umulig. Deltagerens utsagn kan forstås som at de ikke finner et konstruktivt utløp for sitt sinne. At sinnet ikke kan rettes mot den aktuelle overgriper kan da føre til at aggresjonen forskyves til andre personer og situasjoner, slik deltagerne gir uttrykk for å oppleve og frykte. Overveldelsen som ligger i traumets natur, vil også kunne føre til at emosjoner, slik det beskrives her, blir vanskeligere å regulere. Når sinnet ikke kan kontrolleres eller forstås, virker dets form og kraft skremmende (Varvin, 2015).

Deltagerne beskrev en variasjon i hvilke uttrykk sinnet kunne få, fra åpenbare sinneutbrudd til irritasjon. Konsekvensene kunne også variere, fra at andre trakk seg unna deltagerne, til at deltagerne selv unngikk personer eller situasjoner. Noen av deltagerne beskrev vansker med å håndtere følelser som noe av årsaken til at de har mistet venner og unngår andre:

Det [relasjonen til fetter] ble vanskelig (...) på grunn av mine problemer. Vi har fortsatt nesten ikke kontakt. Men egentlig var det min skyld. Fordi jeg blir veldig fort sint og veldig fort lei meg. (...) jeg tenkte flere ganger på å ta mitt eget liv. (Malik)

Noen beskrev unngåelse av situasjoner eller personer som en strategi for å roe seg ned. De opplevde det som positivt at de hadde funnet måter å håndtere sinnet på, slik at det ikke gikk utover familie eller andre.

Hvis det er noe som skjer ute i gata, ute på byen og sånn, prøver jeg å gå vekk fra det. I det første minuttet må jeg vekk! Hvis jeg blir lenger blir jeg veldig mye... Jeg må vekk, da roer jeg meg ned. Det er noe jeg fant ut sjøl. (Amir)

Deltagerne ga uttrykk for at de kunne kjenne på mye sinne, og at de har erfart eller frykter at de ikke klarer å kontrollere hvilket uttrykk sinnet deres får. Unngåelse av situasjoner og personer lot til å være en delt mestringsstrategi blant deltagerne for å kontrollere eget sinne. Denne strategien som, i utgangspunktet kan være hensiktsmessig, så ut til også å få negative konsekvenser for deltagerne ved at de isolerte seg mer. Dette funnet er i tråd med funn fra PTSD-feltet om hvordan det å kjenne tap av kontroll over tanker og følelser kan føre til dysfunksjonelle mestringsstrategier for å undertrykke disse (Øktedalen, 2015). Frykt for at andre ikke vil forstå eller fordømme deres reaksjoner, kan derfor føre til unngåelse av sosiale situasjoner (Ehlers & Clark, 2000). Samtidig kan det at de vedkjente seg at de bar på aggressive impulser og raseri tenkes å kunne være noe som kan minske behovet for å projisere og destruere dette i andre (Vetlesen, 2014, s. 63). Det reflekterer således et ønske om å beholde relasjoner, og en forpliktelse til å leve med, snarere enn å kvitte seg med sin egen sårbarhet og smerte.

3.2 Jeg ønsker og frykter nærhet

Hovedkategorien «Jeg ønsker og frykter nærhet» handler om deltagerens opplevelse av relasjoner til andre. Hovedkategori 2 har to underkategorier, a) *Jeg holder andre på avstand* og b) *Jeg trenger andre*. Disse gjenspeiler noe som kan oppfattes som en indre konflikt mellom et ønske om og en frykt for nærhet.

3.2.1 Jeg holder andre på avstand

Deltagerne fortalte om en hverdag preget av sosial tilbaketrekning, og om at de av ulike grunner strever i relasjoner til andre. Det fremgikk at deltagerens tilbaketrekning kan handle om både et behov for å beskytte seg selv og et ønske om å skåne andre.

Jeg strever med å stole på andre

Gjennomgående for deltagerne er at de har krigsrelaterte erfaringer med at andre ikke har vært til å stole på, og at de fortsatt strever med å stole på andre. Én beskrev at krigen fratok ham troen på at mennesket er godt: «Jeg stoler ikke så mye på andre nå (...) jeg tror aldri tilliten kan komme tilbake (...) Jeg må lære mine barn at de ikke kan stole på andre» (Ayaan)

Usikkerheten knyttet til om andre er til å stole på kunne også handle om frykt for å bli overvåket og angitt til regimet i hjemlandet, noe som kan være en reell fare. Én deltager fortalte at han på grunn av dette holder seg unna landsmenn og lever nærmest i skjul: «Jeg er mye redd (...) Jeg snur meg ofte og ser bak meg» (Amir)

Deltagerne besøkes av erfaringer med å ha vært offer for grusomheter, og i noen tilfeller selv å ha utført voldelige handlinger i krig. Dette uforutsigbare, destruktive, kan sees som et potensial i alle, og slik føre til vaksomhet og mistillit (Vetlesen, 2014, s. 71).

Jeg når ikke frem til andre

Deltagerne beskrev en opplevelse av avstand mellom seg og andre, som består av en følelse av ensomhet og av å være annerledes. For noen av deltagerne ser denne opplevelsen ut til å være særlig sentral: «Jeg forstår ikke andre, andre forstår ikke meg. Jeg føler at vi snakker forskjellige språk.» (Youssef)

Følelsen av at ingen kan forstå ser ut til å gjøre at kontakt med andre kan oppleves som vondt og meningsløst.

Hvorfor skal jeg være med folk som ikke forstår (...) for det første er det litt flaut, for det andre.. Det er litt tøft å sitte og snakke med folk som ikke forstår (...) hva er vitsen, det er som om du sitter og snakker med deg selv. (Hamza)

Én deltager fortalte at selv om han kunne glede seg over sosial kontakt med venner og familie, var følelsen av avstand og ensomhet ofte tilstede:

Jeg føler ofte at jeg er adskilt fra andre mennesker. Og så drømmer jeg om kameratene mine, at de roper på meg, og så våkner jeg og oppdager at de ikke er her. Det gjør at jeg føler meg veldig ensom. (Omar)

Følelsen av avstand ser ut til å kunne minke i samvær med mennesker som har lignende erfaringer. Noen fortalte at det opplevdes meningsfullt å være sammen med andre som er i samme situasjon og har lignende problemer, at de da kan åpne seg og være mer tilstede.

Fremmedfølelsen og ensomheten beskrevet her, ser ut til å handle om en selvoppfattelse av å være bærer av unike, skamfulle erfaringer. Det at deltagerne er bosatt i et nytt land, kan bidra til at avstanden og ulikhetene oppleves enda tydeligere.

Jeg er en belastning for andre

Mange av deltagerne fortalte om en tiltagende tilbaketrekning, også fra den nærmeste familien. De fortalte at de er redde for å være en belastning for andre og at de ønsker å skåne familien for problemene sine, noe som innebærer at de holder seg mye for seg selv og lar være å fortelle andre om vanskene sine.

En negativ ting er at jeg bare vil være med meg selv, jeg klarer ikke være med i det sosiale livet. Jeg gikk ut minimalt det siste året nå, jeg klarte ikke være med familien på ferie. Om jeg er med dem er jeg redd for å ødelegge for dem (...) jeg gjør ikke noe vondt for folk, men jeg vil heller gå og sove, mens folk er glade.. Det er ikke lett.
(Youssef)

Mange fortalte, i likhet med Youssef, at de plages av å ikke være mer delaktige i familien. Det å forsøke å skjule sine problemer for familien kunne også oppleves smertefullt:

Det som var ganske farlig var at jeg var helt alene her, ingen kunne se meg, og jeg kontaktet dem bare når jeg var i bedre form, men det var ikke lett, det var ganske kjipt å være to personer, det var veldig vanskelig. (Malik)

Tilbaketrekningen fra familie og venner kan tenkes å henge sammen med en forventning om at andre ikke er til å stole på. Sett at traumer gjør koblingen til tidlige tilknytningspersoner utrygg, kan det å nærme seg andre oppleves som truende (Opaas, 2016, s. 12; Varvin, 2012, s. 58). Fonagy et al. (2015) hevder at en person i en tilstand av epistemisk mistillit ikke kan endre seg gjennom interpersonlig erfaring, fordi de ikke er åpne for å motta kunnskap fra andre. Dette er en måte å forstå den beskrevne, destruktive, sirkelen av selvtvil og

tilbaketrekning. Opplevelsen av å være ødelagt kunne potensielt blitt reparert gjennom erfaringer med å være noe verdifullt i andres øyne, men dersom man unngår kontakt med andre, eller ikke stoler på det den andre formidler, forblir ens egen overbevisning ukorrigert. Den epistemiske mistilliten kan således medføre en rigid personlighetsfungering og eksistensiell ensomhet.

3.2.2 Jeg trenger andre

Seks av deltagerne bor sammen med egen familie, mens to av deltagerne verken har partner eller barn. De første seks beskrev tydelige positive kvaliteter ved familielivet, mens de to siste fortalte at de plagdes av en sterk ensomhet. Alle deltagerne tilskrev relasjoner stor betydning, fra verdien i å kunne bidra, til det å selv motta omsorg fra andre.

Familien støtter meg

Deltagerne som lever i parforhold omtalte partneren som en avgjørende støtte, som gir omsorg og aksept, med unntak av én som opplevde ekteskapet som konfliktfullt. Familien og barna ble beskrevet av alle som en kilde til støtte, glede og stolthet. «Jeg har familien, så jeg er ikke ensom (...) De holder meg flytende» (Ayaan).

Én av måtene familien ble beskrevet å kunne hjelpe, er ved at de demper deltagerens plager gjennom å vise forståelse og ved å avlede:

Jeg går bare inn i meg selv. Så skjønner barna at jeg er litt borte. Så kommer de bort til meg og spøker for at jeg skal glemme, for at det skal komme ut fra meg. Så de hjelper meg. (Omar)

Det er godt å hjelpe andre

Noen av deltagerne fortalte hvor viktig det var for dem å hjelpe andre, og at dette kan gi dem en følelse av stolthet og verdi. Mange vektla at det å hjelpe barna var det som ga hverdagen mening: «At våre barn har en fremtid. At vi hjelper dem. Egentlig – er det vårt prosjekt.» (Ayaan)

Én deltager fortalte at han strever med å delta i sin egen familie, og knytter egen verdi til det å kunne bidra og være en del av et større fellesskap. At andre skal få hjulpet ham, beskriver han også som sitt ansvar:

I dag avhenger alt av deg selv. Åpne deg så andre kan åpne seg når du er lukket selv. Om du er dårlig, er det opp til deg. Samfunnet er ikke bare til for at noen skal ta vare på deg, du skal ta vare på andre også. Ikke mange vet hva du har med deg. Så da blir det fort misforståelser. (Youssef)

Varvin (2015) beskriver at alvorlig traumatisering kan føre til brudd i forbindelser til både familien og storsamfunnet. Vi ser her at deltagerne, tross alt, har klart å beholde en viss tilknytning til mindre eller større fellesskap. Dette vitner om ressurser i deltagerne, og i deres nettverk.

Ensomhet

To av deltagerne bor alene, har lite nettverk, og begge plages av sterk ensomhet. Ensomheten oppleves som en sentral utfordring, og nærhet til andre sees som løsningen.

Jeg vet jeg aldri kommer til å bli helt frisk, men (...) min plan, eller mitt mål, selv om jeg har tenkt at jeg har prøvd alle muligheter. Men jeg har ikke prøvd å være i et forhold og sånn, så hvis jeg får til et godt ekteskap og barn, så vil kanskje halvparten av problemene mine bli løst. (Hamza)

De to deltagerne beskrev ulike strategier og utfordringer knyttet til å nærme seg andre. Én fortalte at han flyttet inn til en venn fordi han ikke klarte seg alene, og viser med det at han evner å oppsøke andre når egen uro oppleves som uutholdelig. Den andre deltageren ga uttrykk for at han strever med å initiere kontakten han trenger, grunnet frykt for avvísning: «Hvis jeg blir avvíst, da er jeg ferdig» (Hamza)

Sammenfattet, kan deltagerens beskrivelser forståes som sentrert rundt en konflikt mellom nærhet og avstand. Herman (1992) hevder dette er en vanlig følge av traumatisering. Hun påpeker at traumatisering ofte fører til følelser av skam, skyld og underlegenhet, som gjør at individet får et behov for å trekke seg unna andre. Samtidig fører traumatiske hendelser til en frykttilstand som forsterker behovet for tilknytning til andre. Derfor kan individet i ettetid

stadig veksle mellom å isolere seg og klamre seg til andre (Herman, 2015, s. 131-136).

3.3 Jeg har ikke blitt så mye bedre, men terapien er viktig for meg

Her er deltagerens utsagn om terapeuten og behandlingen samlet, med den hensikt å kunne se på terapiens rolle og betydningen av tillit. Hovedkategori 3 har to underkategorier som gjenspeiler deltagerens felles tematikk, henholdsvis a) *Når jeg føler meg trygg kan jeg åpne meg litt mer* og b) *Jeg ønsker endring, men det er vanskelig*.

3.3.1 Når jeg føler meg trygg kan jeg åpne meg litt mer

Vi har god kontakt

Alle deltagerne ga uttrykk for at de har god kontakt med terapeuten. De svarte lite utfyllende på direkte spørsmål om behandler, med utsagn som: «Vi har bra kontakt», «Jeg har mye tillit til behandler» og «Hun er bra». Samtidig kommer det ikke alltid tydelig fram på hvilken måte kontakten og relasjonen hadde vært god og viktig. Generelt bærer deltagerens utsagn om terapeutene preg av å være lite utdypende eller nyanserende. Videre er skillet mellom intervjuerne og terapeutene enkelte ganger uklart i deltagerens utsagn:

Hun [terapeuten] har hjulpet meg mye, i hvert fall har vi snakket mye hos henne, hun er lett å snakke med. Da fikk jeg også bli kjent med deg. Jeg hadde det mye bedre med dere to (...) hvis jeg nå skulle åpne meg til andre, skulle jeg aldri gjøre det sånn altså. (Malik)

De positive, men lite nyanserte beskrivelsene av terapeutene kan handle om norskferdigheter og kulturforskjeller. Det kan også tolkes som at terapeutene er lite differensiert som personer i deltagerens indre. Den manglende differensiering mellom intervjuer og terapeut, kan igjen tyde på at det for noen er en *funksjon* snarere enn en *person* som har blitt internalisert gjennom forskningsprosjektet (Stänicke & Killingmo, 2013).

Vi får gradvis bedre kontakt

Et år inn i terapien beskrev halvparten av deltagerne at relasjonen hadde blitt bedre og at de kunne være mer åpne med terapeuten. De fortalte at de har tiltro til at terapeuten kan hjelpe dem. Terapeuten ser ut til å ha blitt en viktig person for dem ut over i behandlingsløpet.

(...) de tingene der har jeg gjemt for meg selv, men noen ganger hvis jeg føler meg trygg, så prøver jeg å si litt av dette her ikke sant, hva jeg har vært utsatt for, altså hvordan jeg.. for de tingene der gjør meg veldig vondt når jeg tenker på det. (Hamza)

Dette tyder på at pasientene og terapeuten har klart å gradvis bygge opp en mer tillitsfull relasjon. Det har tatt noe tid, men gradvis har deltagerne blitt trygge nok i relasjonene til å dele mer skamfullt og sårbart materiale. Noen av deltagerne beskrev at den gode relasjonen til terapeuten ikke var tilstrekkelig for at de fikk det bedre, og etterspurte mer konkrete råd:

Så jeg trivdes med henne, men psykisk er det mørkt. Jeg fant ikke ut av hvordan jeg kan komme meg ut av det jeg har inni meg. Jeg fant det ikke med henne, heller ikke hun kunne gi meg råd om hvordan jeg gjør alt sånt. Det eneste vi fant ut var at jeg kan arbeide. Kanskje jeg kan begynne å arbeide igjen. Bli sliten, komme hjem. (Amir)

Deltagernes uttrykk for tvil og resignasjon kan fortolkes som tegn på epistemisk mistillit, i den forstand at de strever med å tro på at terapeuten har nyttig kunnskap og kan hjelpe dem. (Fonagy et al., 2015).

Frykt for å bli avvist

Noen av deltagerne uttrykte at de var redde for at terapeuten skulle kjede seg eller slutte, noe som kan forstås som en frykt for avvisning. Én deltager hadde tidligere opplevd at flere behandlere hadde sluttet, og sa: «Jeg blir redd for å si at jeg blir bedre – jeg blir redd for å miste henne også». (Khalid)

Dette utsagnet kan også forstås som at tidligere terapiforløp har blitt avsluttet for tidlig, eller at bytte av behandler opplevdes som belastende. Sveaas & Eide Johansen (2006) understreker at i psykologisk behandling med mennesker som har vært utsatt for politisk vold og brudd på menneskerettighetene, er det viktig å skape en trygg ramme som gir så mye forutsigbarhet som mulig for klienten. Frykten for å miste behandler kan også handle om å miste en betydningsfull relasjon, noe som kan tenkes å være særlig belastende for mennesker som på grunn av krig og flukt ofte har opplevd brutte relasjoner og smertefulle tap.

Noen av deltagerne beskrev at de opplevde å gjenta seg selv og sin historie i timene. De var redde for at terapeuten skulle kjede seg og bli lei av dem. Én deltager sa han snakket mye i timene og at behandler sa lite, noe som gjorde at han lurte på hva hun syntes om ham. Det at han delte så mye, gjør at han fremstår som tillitsfull, samtidig som han selv beskriver at det kunne være vanskelig å forholde seg til terapeuten:

Jeg har ikke noe å skjule, men noen ganger når jeg snakker om den ensomheten og sånn og det (...) det er litt tøft å snakke (..) om hva man tenker og sånn, men jeg tenker at hun ikke er der på en måte, at jeg bare sier det som jeg har på hjertet. (Hamza)

Det å tenke at den andre ikke er der, kan forstås som en måte å regulere nærhet og avstand til terapeuten på. Scenarioet som utspiller seg i terapirommet, hvor han ønsker noe fra terapeuten samtidig som han stenger henne ute, kan således tolkes som en iscenesettelse av en indre konflikt mellom behovet for nærhet og frykten for avvisning. Nærhet med andre vil kunne gi støtte og være til hjelp for å bearbeide vanskelige følelser, samtidig som denne nærheten kan oppleves som truende og farlig (Varvin, 2015, s. 78).

Deltagernes frykt for å miste eller kjede behandleren kan altså forstås som et uttrykk for separasjonsangst, mistillit, og ambivalens knyttet til relasjoners skjørhet. Deltagerne har tidligere opplevd overgrep og smertefulle brudd. Dette kan gi opphav til en frykt for nærhet og avvisning, samt en gjennomgripende skam. Frykten for hva som foregår i terapeutens sinn kan handle om at de tror hun vil devaluere og forakte aspektene de selv skammer seg over.

Terapeuten har hjulpet meg

Utover i terapiforløpet og ved behandlingsslutt beskrev alle å ha noe fått hjelp av terapeuten, og trakk frem ulike aspekter som betydningsfulle. Halvparten vektla at terapeuten hadde hjulpet dem med praktiske ting, som søknader og kontakt med andre instanser. Dette ser ut til å være sentrale utfordringer for flere. Én plagdes av dårlige boforhold og spurte: «Hvordan kan jeg bli frisk når jeg bor her?».

Å hjelpe pasienten på deres premisser kan således bety å bidra med praktisk hjelp. Dette kan gi pasienten en opplevelse av at noen hjelper dem med det de trenger og dermed være noe som bygger tillit over tid (Anstorp & Benum, 2014, s. 64-65).

Noen av deltagerne sa at de kan stole mer på fagfolk enn andre. De ga uttrykk for at terapeutens mening betyr noe, og utviste tiltro til at behandlerne kan hjelpe dem.

Ja, det [terapien] var til hjelp, og jeg tror at jeg lærte å hjelpe meg selv, nå tenker jeg ikke så mye på det. Jeg fikk for første gang sjansen til å prate om alt som skjer med meg, kan si nesten alt og slipper å tenke på om du sier det videre til noen. Hvis jeg prater om de temaene med venner eller sånt, da kan de prate bak ryggen min, men jeg stoler på dere. (Ayaan)

Jeg er opptatt av hva hun [terapeuten] mener, og det er bra behandling og.. Jeg har alltid trodd at.. det fantes noen medisiner, medikamenter og sånne ting. Det som er medikamenter her er å snakke.. finne veien ut, å leve.. (...) du lever i dag, du lever ikke i går, sier hun til meg. Husk at du lever i dag. (Youssef)

Det at deltagerne etterspurte og fulgte råd fra terapeutene, samt referer til eller parafraserer behandlerens utsagn, kan forstås som at de ser på terapeuten som en reliabel kunnskapskilde. Med andre ord, kan det sies at deltagerne utviser epistemisk tillit (Fonagy et al., 2015).

3.3.2 Jeg ønsker endring, men det er vanskelig

Denne underkategorien sammenfatter deltagerens utsagn om samtalebehandlingen, fra oppstart til etter avslutning av terapien.

Samtalene er viktige

Deltagerne uttrykte at terapien var viktig for dem. De sa at de har et behov for å «tømme seg» eller «få det ut», og at det var godt å snakke med behandler. Deltagerne uttrykte også forståelse for at terapi kan være en tidkrevende prosess, og det ikke finnes noen rask løsning på deres problemer. Noen av deltagerne sa at de har erfart at medisiner ikke hjelper, og derfor trenger en annen type behandling.

Det som skjer er at jeg får plass og mulighet til å snakke (...) Med en sånn type situasjon som jeg har, får man ikke resept for å gå og kjøpe medisin, jeg er ferdig med det. (...) Min situasjon kan ikke løses på 1-2-3 (...) Det er ikke som å ha vondt i magen og få medisin (...) De samtalene er ofte veldig viktige for meg, fordi jeg prøver å

snakke fritt og åpent og hvert fall tømme meg, jeg kan ikke huske å ha forberedt hva jeg skal si. (Yasin)

Ambivalens

Deltagerne ga uttrykk for at det å åpne seg kunne oppleves som både godt og smertefullt. Mange fortalte at det var en umiddelbar lettelse å få det ut, at det hjalp å få fortalt om det vonde til terapeuten. Andre beskrev at det å snakke om vanskelige og sårbare temaer vekket vonde minner og følelser.

Det er noen ganger (...) jeg er nødt til å gå og snakke [med terapeuten] for å få ting ut (...) når jeg snakker om de vonde tingene så føler jeg meg litt sliten og så tenker jeg nei, jeg vil ikke snakke om det. (Hamza)

Flere deltagere uttrykte at de kunne kjenne seg utslitt etter en samtale med terapeuten, at de kunne oppleve å bli verre og derfor stilte spørsmål til om terapien nyttet.

Det er veldig slitsomt at det går frem og tilbake, å forvente at det en dag skal bli bedre, og så skjer det ikke. Jeg har fortalt henne [terapeuten] at hvis det fortsetter slik, da må jeg slutte, fordi jeg sliter med økonomien. (Omar)

Svingninger i motivasjon og håp

Gjennom terapiprosessen beskrev deltagerne store svingninger i motivasjon og håp om å bli bedre. Noen beskrev etter ett år at de opplevde fremskritt, og uttrykte tiltro til at terapien hjalp, men uttrykte etter to år resignasjon med tanke på å kunne bli bedre, og valgte å avslutte terapien. Å åpne seg kunne oppleves som så smertefullt at deltagerne ikke orket å fortsette i terapi: «Etter jeg har vært hos henne [terapeuten] blir jeg utslitt. Du vil gjerne bare late som ting fungerte bra, sånn forsøker jeg å gjøre med familien og». (Youssef)

Én deltager uttrykte stadig tvil knyttet til terapiprojektet, men ser ut til å drives av en sterk indre motivasjon. Han fortalte at han velger å fortsette fordi han ikke vil være ensom lengre, og utviser en tiltro til at terapeuten kan hjelpe ham med å nærme seg andre. Forankring i et felles prosjekt så altså ut til å kunne styrke behandlingsmotivasjonen.

Jeg har ikke blitt bedre, men..

Deltagernes beskrivelser av bedring i løpet av terapiprosessen er ofte tvetydige. På direkte spørsmål om bedring (et år etter behandlingsstart eller ved terapislutt) svarte mange at de ikke var bedre, noe som ofte ble knyttet opp mot at de fortsatt var plaget av posttraumatiske symptomer. Samtidig fortalte alle at de syntes det hadde hjulpet å snakke med terapeuten. Noen beskrev positive livsendringer som å ha blitt rusfri, i større grad våge å nærme seg andre, ha giftet seg, begynt å studere eller kommet tilbake i jobb. Andre fortalte at de hadde det bedre fordi de hadde fått en større forståelse av, eller aksept for, seg selv.

Det var en god hjelp, av og til kommer det [plagene] tilbake og jeg tenker mye, men nå har jeg kanskje en forklaring, men før klarte jeg ikke å forklare hvorfor det skjer.
(Ayaan)

(...) det kunne vært verre da, så jeg setter pris på det, det som jeg har gjort med behandler. (...) det har hjulpet veldig mye, å være sterk nok, det er meg, jeg må akseptere hvordan jeg er (...) Det er langt fra hva det har vært. Jeg har hatt det veldig vondt. Men nå har jeg kommet litt fram. Ett skritt fram, synes jeg. (Youssef)

Deltagernes opplevelse av bedring fremstår derfor som sammensatt. Det kan se ut til at de beskrev både en opplevelse av *å ikke være bedre* (frisk) samtidig som de beskriver *å ha det bedre*. Vi har ikke sett på de kvantitative målene av bedring i denne studien, men deltagerne beskriver tilsier at symptomtrykket fortsatt er høyt. Dette er i tråd med studier har vist at traumatiserte flyktninger i behandling ofte ikke oppnår klinisk signifikant bedring, målt med symptomreduksjon, selv etter flere år i terapi (Carlsson et al., 2010).

4 Oppsummerende diskusjon og konklusjon

Det overordnede målet for vår studie var å generere kunnskap om hvordan traumatiserte flyktningpasienter kan hjelpes i terapi, og mer spesifikt å forsøke å forstå hvordan tillit kan (gjen)etableres. Problemstillingen var: *Hva kan vi lære om betydningen av tillit basert på hva traumatiserte flyktninger i behandling forteller om seg selv, sine relasjoner til andre og om terapien?*

Det fremkommer av våre resultater at deltagerne hadde liten tillit til seg selv, i den forstand at de strevde med en ødelagt selvfølelse og hadde liten tro på at de kunne være noe godt for andre. De opplevde å ha lite kontroll over egne tanker og følelser, og var redde for å være en belastning for andre. Det fremkommer også at deltagerne strevde med å stole på andre mennesker, samtidig som de ønsket mer nærhet. De trakk fram familien som en avgjørende støtte, og også det å kunne bidra til fellesskapet var viktig for deres opplevelse av mening og verdi. Behovet for å skåne andre og beskytte seg selv førte til en tiltagende tilbaketrekning, som så ut til å opprettholde den svekkede tilliten til seg selv og andre.

Beskrivelsene av selvopplevelse og relasjonell fungering var i stor grad i overensstemmelse med hva vi forventet å finne, basert på litteratur om denne gruppen og konsekvensene av ekstrem traumatisering (Herman, 2015; Varvin, 2015).

I tråd med kunnskap om at en svekket evne til å stole på andre kan vanskeliggjøre etableringen av en god arbeidsallianse (Herman, 2015, s. 131-136) og være et hinder for positive endringsprosesser (Varvin, 2015, s. 76), kan det tenkes at deltagerne hadde et dårlig utgangspunkt for terapi. Til tross for dette opplevde deltagerne at terapien kunne være til hjelp. Deltagerne viste en tiltro til at terapeuten kunne hjelpe dem, og beskrev at de gradvis ble trygge nok til å dele sårbare erfaringer.

Sammenfattet ser det ut til at ulike former for tillit gjorde seg gjeldende ved ulike stadier av terapien. Ved behandlingsstart viste deltagerne en tiltro til at terapeutene var til å stole på, noe de knyttet opp mot deres rolle som fagfolk. Terapeutene og intervjuerne så ut til å bli unntatt mistilliten og vaksomheten som preget andre relasjoner. Dette kan tilskrives kontekst og rolleforventninger, i overensstemmelse med en forståelse av tillit som sosialt situert (Ní

Raghallaigh, 2014; Wuthnow, Alexander, Marx, & Williams, 2004), og ligner på det Behnia (2008) beskriver som tillit basert på troverdighet. Deltagerne hadde forventningene til terapeutene basert på deres rolle som profesjonell, som videre så ut til å fasilitere en opplevelse av terapeutenes forklaringer og råd som relevante og nyttige. Med andre ord så det ut til at troverdighetsbasert tillit til terapeuten som fagperson fremmet epistemisk tillit.

Allen et al. (2008) hevder at mentaliseringsarbeid er en virksom fellesfaktor i all psykologisk behandling, som fremmer epistemisk tillit. Det vil si at på tvers av behandlingsretninger, vil utforsking og interesse for pasientens indre kunne skape en følelse av å bli forstått, hvilket kan fremme pasientens mentaliseringsevne og samtidig bygge epistemisk tillit til behandler. Våre funn viste at det å finne forklaringer og få en større forståelse eller aksept for seg selv sammen med terapeuten ble vektlagt som viktig og endringsskapende. Det ser altså ut til at tilliten til terapeutenes kunnskap ble hjulpet av troverdighetsbasert tillit, og etablert gjennom mentaliseringsfremmende arbeid.

Utover i behandlingsforløpet vektla deltagerne at en opplevelse av trygghet var nødvendig for å kunne våge å fortelle om sårbare temaer og traumatiske erfaringer. Det å skape en følelse av trygghet hos pasienten kan ses som grunnleggende i all terapi (Ni Raghallaigh, 2014). Flere har argumentert for at dette er av særlig betydning i behandling av traumatiserte pasienter fordi traumatiske erfaringer rokker ved den grunnleggende opplevelsen av trygghet (Allen, 1995; Herman, 2015; Pearlman & Courtois, 2005). Behnia (2008) argumenterer for at den tidlige tilliten (basert på terapeutens troverdighet, klientens utgangspunkt og karakteristikk ved deres relasjon) er tilstrekkelig for å etablere en terapirelasjon, men at en dypere tillit må etableres for at klienten skal være i stand til å dele sårbar informasjon. I overenstemmelse med dette, fant vi at det tok tid før deltagerne opplevde relasjonen som tilstrekkelig trygg til å kunne åpne seg. En implikasjon av dette for klinisk praksis er at det kan være avgjørende med rammebetingelser som tillater langvarige behandlingsforløp.

Våre funn viste at deltagerne hadde ulik motivasjon for behandlingen, og at de vektla ulike aspekter ved terapien som betydningsfulle. Ikke overraskende ble betydningen av å løse praktiske problemer vektlagt av deltagerne. Mange flyktninger har flere psykososiale utfordringer i hverdagen, knyttet til blant annet arbeid, bolig og økonomi som kan oppleves som mer presserende enn bearbeiding av traumatiske erfaringer (Sveaas & Eide Johansen, 2006). At praktisk hjelp oppleves som viktig er også vist i andre studier (Mirdal et al., 2012).

Det kan virke som om terapeutene evnet å gjøre seg tillitverdige gjennom å engasjere seg i pasientens prosjekter, slik at pasientene opplevde at noen ville og kunne hjelpe dem. Kanskje er det nettopp slike erfaringer som bygger tillit og katalyserer endring (Fonagy et al., 2015, s. 593).

Samtalenes nytte og egenverdi ble også vektlagt av deltagerne, og ofte satt opp mot medikamentell behandling. Deltagerne viste gjennomgående at de tok ansvar for problemene de opplevde i hverdagen og i relasjoner, og forklarte disse med utgangspunkt i egne vansker. Deltakerne fremstår som selvkritiske, selvreflekterende og lite ansvarsfraskrivende, og kan i så måte sies å ha en internaliserende mestringsstil. Forskning har vist at de med en internaliserende mestringsstil vil ha bedre utbytte av terapi som fokuserer på innsikt, heller enn adferd og symptomer (Bohart & Wade, 2013), hvilket kan være med på å forklare at deltagerne vektla det å få en større forståelse av seg selv som viktig i terapien.

Våre funn viste at deltagerne knyttet motivasjon for behandling opp mot opplevd eller ønsket symptomendring. Mange opplevde liten grad av symptomendring, hvilket førte til svekket håp og tro på terapien. Samtidig oppnådde flere et økt funksjonsnivå, noe de også beskrev som en viktig endring. Davidson & Roe (2007) skiller mellom to typer bedring, henholdsvis klinisk bedring og personlig bedring. Veseth (2014) sammenfatter at beskrivelser av personlig bedring, basert på kvalitative studier og førstepersons-fortellinger, vektlegger det å «gjenvinne roller som aktive og deltakende samfunnsborgere». Å kunne leve meningsfulle liv, gjennom å finne måter å håndtere plagene sine på, kan av pasienter oppleves som viktigere enn å nå ytre mål på bedring (Råbu & Haavind, 2017; Veseth, 2014). Vårt materiale viser at flere av deltagerne er i en prosess hvor de gjenetablerer eller prøver ut nye roller, ved å komme tilbake i arbeid og innlede forhold til andre. Samtidig vektlegger de viktigheten av symptomlette for opplevelsen av å være bedre. I deltagerens fortellinger beskrives altså symptomreduksjon og positive livsendringer som to samvirkende, heller enn motstridende, aspekter ved det å bli bedre.

4.1 Studiens styrker og begrensninger

En innvending mot overføringsverdien av våre funn er at vi valgte å se på deltagere som rapporterte å ha fått noe positivt ut av behandlingen. Dette utelukker åpenbart mange andre typer erfaringer med terapi. Samtidig muliggjorde det en undersøkelse av hva som

kjennetegner flyktningpasienter som oppnådde positive endringer gjennom terapi, hvilket det foreligger lite kunnskap om (Opaas, 2016). Vi så for eksempel at deltagerne hadde tilgang på sosial støtte og fellesskap, og opplevde dette som avgjørende. Dette er i overensstemmelse med empiri som underbygger at sosial støtte er av betydning for flyktnings psykiske helse og livskvalitet (Donà & Young, 2016; Teodorescu et al., 2012), samt for bedringsprosessen etter traumatisering (Anthony & Cloitre, 2008). En implikasjon av dette er at ivaretagelse og oppbygging av klienters sosiale nettverk er svært viktig.

Studiens kvalitative design har gjort det mulig for oss å undersøke flyktningpasientenes subjektive erfaringer, med et fokus på hvilken betydning tillit har i behandlingsprosessen. Våre funn sier noe om akkurat dette utvalgets opplevelser. Samtidig kan vi anta at disse funnene vil kunne si noe om andre mennesker i samme kontekst (Willig, 2008). Den store variasjonen i data, fra terapienes varighet og metode til deltagerens utgangspunkt, er materialets store fordel og ulempe. Variasjonen har gjort det utfordrende å identifisere fellestrekk og sammenhenger, samtidig som det har gjort det mulig å fremheve nettopp de individuelle forskjellene.

En annen mulig begrensning ved studien er at vi ikke har gjennomført intervjuene selv. Dette gjorde at vi ikke kunne vinkle intervjuene inn på temaene vi ønsket å undersøke. Samtidig medførte dette at vi kunne se tillit i sammenheng med deltagerens beskrivelser av andre fenomener. Vi har ikke undersøkt materiale fra terapitimene, og vi har med det svært begrenset informasjon om hva som ble gjort, samt når og hvordan endring fant sted. Med utgangspunkt i våre funn, vil det være nyttig å forske videre på dette. Vi forholdt oss til deltagerens beskrivelser, men hva de vektla som viktig kan selvsagt henge sammen med for eksempel hvilken metode og endringsmodell terapeuten brukte. Utvalgsstørrelsen og metoden tilsier imidlertid at resultatene forsøksvis fanger noe essensielt ved deltagerens opplevelser på tvers av de ulike forløpene, som kan resonneres bredere med menneskelige fenomener.

4.2 Konklusjon

Vår studie viser at selvopplevelse og relasjoner er sentralt i forståelsen av plager i etterkant av alvorlig traumatisering. Deltagerens vansker med å stole på seg selv og andre, som følge av traumatisering, understreker at de hadde et behov for å gjenetablere tillit. Det at de utover i

terapien og etter behandlingslutt var noe mer delaktige i relasjoner og i samfunnet for øvrig, kan handle om at terapien har skapt et rom der en mulig gjenetablering kan skje. Det at de i større grad nærmet seg andre, åpner opp for muligheten av at de kan gjøre seg nye korrigerende erfaringer av at de selv og andre er til å stole på.

Vi så at stor symptomreduksjon var vanskelig å oppnå, og at bedringsprosesser med flyktningspasienter kan være preget av ambivalens og manglende symptomendring. En implikasjon av dette er at et overdrevent fokus på symptommål kan kamuflere annen viktig endring, som økt evne til å delta i arbeidsliv og i relasjoner. I terapi med flyktningspasienter er det derfor nødvendig å jobbe med nettopp ambivalens og stagnasjon, og vektlegge relasjonsbyggingen og tillitsutvikling som en sentral del av bedringsprosessen.

Litteraturliste

- Abebe, D. S, Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60-67. doi: 10.1007/s10903-012-9745-9
- Allen, J. G. (1995). *Coping With Trauma: A Guide to Self-Understanding*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*: American Psychiatric Publishing.
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Anthony, C, & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 301-328. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*: American Psychiatric Pub.
- Behnia, B. (1996). Distrust and Resettlement of Survivors of War and Torture. *International Journal of Mental Health*, 25(4), 45-58. doi: 10.1080/00207411.1996.11449378
- Behnia, B. (2004). Trust Building from the Perspective of Survivors of War and Torture. *Social Service Review*, 78(1), 26-40. doi: 10.1086/380768
- Blakar, R. M. . (1996). *Språk er makt* Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010040603034
- Boehnlein, J. K, Kinzie, J. D, Sekiya, U, Riley, C, Pou, K, & Rosborough, B. (2004). A Ten-Year Treatment Outcome Study of Traumatized Cambodian Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 658-663. doi: 10.1097/01.nmd.0000142033.79043.9d
- Bogić, M, Ajduković, D, Bremner, S, Frančišković, T, Galeazzi, G. M, Kučukalić, A, . . . Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 216-223. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084764
- Bogic, M, Njoku, A, & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
- Bohart, A. C, & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. I J. E. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (6 utg., s. 219-257). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Briere, J. (2004). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States: Phenomenology, Diagnosis, and Measurement* (2 utg.): American Psychological Association.
- Bunge, M. (1993). Realism and antirealism in social science. *Theory and Decisions*, 35(207), 207-235. doi: doi: 10.1007/BF01075199
- Carlsson, J, Sonne, C, & Silove, D. (2014). From Pioneers to Scientists: Challenges in Establishing Evidence-Gathering Models in Torture and Trauma Mental Health

- Services for Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 630-637. doi: 10.1097/nmd.000000000000175
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M., & Mortensen, E. L. (2010). Late Mental Health Changes in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 824-828. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181f97be3
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: doi:10.1002/jts.20444
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-based Guide*: Guilford Publications.
- Dahl, S., Sveaas, N., & Varvin, S. (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger - veileder*. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Daniel, E.V., & Knudsen, J.C. (1995). *Mistrusting Refugees* Hentet fra <https://books.google.no/books?id=SVWSQ4ouorUC>
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi: 10.1080/09638230701482394
- Donà, G., & Young, M. (2016). Refugees and forced migrants. I David L. Sam & John W. Berry (Red.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (2 utg., s. 153-172). Cambridge: Cambridge University Press.
- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I Was Going to Kill Myself, I Wouldn't Be Calling You. I am Asking for Help: Challenges Influencing Immigrant and Refugee Women's Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290. doi: 10.3109/01612840.2010.550383
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229. doi: doi:10.1348/014466599162782
- Elsass, P. (1997). *Treating Victims of Torture and Violence: Theoretical, Cross-cultural, and Clinical Implications*: New York University Press.
- Enger, M. M. (2018). Flukt og traumer - fokuset på flyktningers mentale helse i Norge. *Fortid*, 60-67.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society* (2 utg.). New York: Norton
- Erikson, K. (1991). Notes on Trauma and Community. *American Imago*, 48(4), 455-472. .
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *Lancet*, 365.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Lastet ned fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Fonagy, P., Campbell, C., & Luyten, P. (2017). Mentalizing. I S. N. Gold (Red.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (s. 373-388). Washington, DC, US: : American Psychological Association.

- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders, 29*, 575-609.
- Goodkind, J. R., Hess, J. M., Isakson, B., LaNoue, M., Githinji, A., Roche, N., . . . Parker, D. P. (2014). Reducing refugee mental health disparities: A community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychological Services, 11*(3), 333-346. doi: 10.1037/a0035081
- Gorman, W. (2011). Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(5), 443-451. doi: 10.1037/0735-7028.32.5.443
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry, 172*(1), 90-94. doi: 10.1192/bjp.172.1.90
- Hartmann, Ellen (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap IKirsten Benum, Eva Dalsgaard Axelsen & Ellen Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 21-49). Oslo: Pax
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1995). Organised Violence and the Stress of Exile: Predictors of Mental Health in a Community Cohort of Vietnamese Refugees Three Years after Resettlement. *British Journal of Psychiatry, 166*(3), 360-367. doi: 10.1192/bjp.166.3.360
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery* (3 utg.). New York BasicBooks.
- Hill, C. E. (2012). *Consensual qualitative research. A practical resource for investigating social science phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hollway, W., & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative and the Interview Method*: SAGE Publications.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic), 48*(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*: Gyldendal
- Jakobsen, M., Sveaass, N., Eide Johansen, L. E., & Skogøy, E. (2007). Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere (Vol. 4 s. 48-49): Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 36-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.017>
- Kramer, S. (2005). Getting closer: Methods of research with refugees and asylum seekers. I D Ingleby (Red.), *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons* (s. 129-138). New York Springer
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology, 62*(1), 28-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000048>
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S., & Chun, C. (2005). Mental health of cambodian refugees 2 decades after resettlement in the united states. *JAMA, 294*(5), 571-579. doi: 10.1001/jama.294.5.571

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. doi: 10.1007/bf00975140
- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*: SAGE Publications.
- Mirdal, G. M., Ryding, E., & Essendrop, S. M. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(4), 436-455. doi: doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x
- Ni Raghallaigh, M. (2014). The Causes of Mistrust amongst Asylum Seekers and Refugees: Insights from Research with Unaccompanied Asylum-Seeking Minors Living in the Republic of Ireland. *Journal of Refugee Studies, 27*(1), 82-100. doi: 10.1093/jrs/fet006
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chic), 48*(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Oddli, W. H., & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant - alliansen som knutepunkt IKirsten Benum, Eva Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 194-215). Oslo Pax.
- Opaas, M. (2016). *Trauma, personality function, and posttraumatic reactions: A retrospective and prospective study of traumatized refugee patients* (Doktorgradsavdeling), Universitetet i Oslo Oslo
- Opaas, M., Hartmann, E., Wentzel-Larsen, T., & Varvin, S. (2016). Relationship of Pretreatment Rorschach Factors to Symptoms, Quality of Life, and Real-Life Functioning in a 3-Year Follow-Up of Traumatized Refugee Patients. *J Pers Assess, 98*(3), 247-260. doi: 10.1080/00223891.2015.1089247
- Opaas, M., & Varvin, S. (2015). Relationships of Childhood Adverse Experiences With Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre-Flight Experiences of War and Human Rights Violations. *J Nerv Ment Dis, 203*(9), 684-695. doi: 10.1097/NMD.0000000000000330
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: Continuity and change. I M. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 utg., s. 307-389). New York Wiley.
- Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of Affective Disorders, 131*(1), 8-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005>
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 449-459. doi: doi:10.1002/jts.20052
- Ricoeur, P. (1984). The Model of the Text: Meaningful Action Considered As a Text. *Social Research, 51*(1/2), 185-218.
- Råbu, M., & Haavind, H. (2017). «Hvor langt kom vi?» Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54*(3), 284-293.
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing Usable Qualitative Health Research Findings. *Qualitative Health Research, 22*(10), 1404-1413. doi: 10.1177/1049732312450368
- Silove, D. (1996). Torture and refugee trauma: Implications for nosology and treatment of posttraumatic syndromes. I F. L. Mak & C. C. Nadelson (Red.), *International review*

- of psychiatry (2 utg., s. 211-232). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
- Silove, D. (1999). The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma: Toward an Integrated Conceptual Framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200-207.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 128.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications.
- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser - integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 142-172). Oslo: Pax.
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Personer med flyktningbakgrunn. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/flyktninger>
- Steel, Z, Chey, T, Silove, D, Marnane, C, Bryant, R. A, & van Ommeren, A. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549. doi: 10.1001/jama.2009.1132
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 593-618. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90048-Q](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90048-Q)
- Stänicke, E., & Killingmo, B. (2013). Object trust: A specific kind of analytic change. *Psychoanalytic Psychology*, , 30(3), 423-437.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and Practice* Hentet fra <https://archive.org/stream/CounselingTheCulturallyDiverseTheoryAndPractice/Counseling%20the%20Culturally%20Diverse%20Theory%20and%20Practice#page/n455>
- Sveaas, N., & Eide Johansen, L. E. (2006). Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1282-1291.
- Sveaas, N., & Lavik, N. J. (2000). Psychological Aspects of Human Rights Violations: The Importance of Justice and Reconciliation. *Nordic Journal of International Law*, 69(1), 35-52. doi: 10.1163/15718100020296170
- Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 84. doi: 10.1186/1477-7525-10-84
- Thompson, J.B. (1981). *Critical Hermeneutics: A Study in the Thought of Paul Ricoeur and Jürgen Habermas*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Utlendingsdirektoratet. (2018). Ord og begreper: Flyktning. Lastet ned fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>
- Valibhoy, M. C., Kaplan, I., & Szwarc, J. (2017). "It comes down to just how human someone can be": A qualitative study with young people from refugee backgrounds about their experiences of Australian mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 54(1), 23-45. doi: 10.1177/1363461516662810
- Varvin, S. (2012). Indre og ytre eksil. I S. Gilbert, E. Stänicke & F. Engelstad (Red.), *Psyke, kultur og samfunn* (s. 55-70). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre: Hva vi kan lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(1), 29-35.
- Vetlesen, A. J. (2014). *Studier i ondskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wallace, S. (2005). Observing method: recognizing the significance of belief, discipline, position and documentation in observational studies. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research In Health Care* (s. 71-86). Maidenhead: Open University Press.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (2 utg.). Berkshire: McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). Lastet ned fra [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Wuthnow, R., Alexander, J.C., Marx, G.T., & Williams, C.L. (2004). Trust as an Aspect of Social Structure IJ.C. Alexander, G.T. Marx & C.L. Williams (Red.), *Self, Social Structure, and Beliefs: Explorations in Sociology*: University of California Press.
- Zachrisson, A., F.I.L.L.I.C.(P.H.D.). (2013). The Internal/External Issue: What Is an Outer Object? Another Person as Object and as Separate Other in Object Relations Models. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67, 249-274.
- Øktedalen, T. (2015). *Are Trauma-related Shame and Guilt Part of the PTSD Construct?* , Universitetet i Oslo.