



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	24-04-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 MOPPG 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	210
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	19876
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Å møte komplekse traumer hos andre – en hermeneutisk-
fenomenologisk studie

Meeting complex traumas in others – a hermeneutic-phenomenological study

Inga Smørås Berge

Kandidatnummer: 210

Master i psykisk helse og rusarbeid

Institutt for velferd og deltaking

Veileder: Liv Grethe Kinn

Innleveringsdato: 15. mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Forord

Arbeidet med å utarbeide en prosjektplan for dette studiet startet våren 2022. I etterkant ser jeg tilbake på en lang og krevende prosess, som også har vært svært lærerik. Noen av stegene i forskningen har tatt lenger tid enn jeg først antok, og da særlig analysen av datamaterialet. Jeg vurderer likevel at den delen av arbeidet har bidratt til en helt ny forståelse av prosessene som kreves for å oppnå et resultat. I etterkant sitter jeg igjen med verdifull kunnskap over stegene i en forskningsprosess og arbeidet som ligger bak en kvalitativ studie.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til informantene som sa seg villige til å bidra med sin klokskap, kunnskap og erfaring i denne oppgaven. Jeg er ydmyk for at de ønsket å dele av sin tid med meg. Prosjektet kunne aldri ha blitt til uten deres hjelp.

Jeg vil også takke mine gode venner, min omsorgsfulle familie og min kjære samboer for at dere har trodd på meg underveis. Dere har heiet meg fram og oppmuntret meg – også de dagene jeg selv har holdt på å miste troen.

Tusen takk til kolleger og ledelse på min arbeidsplass som underveis har vist interesse for prosjektet og vist raushet gjennom å tilrettelegge turnusen slik at jeg har fått oppgaven i havn.

Jeg vil også takke mine kjære medstudenter og venninner, Malene og Marie. Den støtten dere har vist gjennom prosjektet har vært uvurderlig, og jeg er svært takknemlig for at arbeidet med masteroppgaven førte oss sammen.

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en stor takk til min kunnskapsrike veileder, Liv Grethe Kinn. Takk for at du har delt av din erfaring og av din tid. Dine innspill har bidratt til å løfte oppgaven til et resultat jeg er stolt over å presentere.

Sammendrag

Bakgrunn: Kompleks PTSD er inkludert som en diagnose i den ellefte utgaven av Verdens helseorganisasjons diagnosemanual, ICD-11. Denne studien ønsker å finne ut hva behandlere i DPS vektlegger for å skape trygg relasjon med pasienter som har symptomer på kompleks PTSD.

Formål: Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan behandlere ved DPS erfarer å utvikle relasjoner med pasienter som viser symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Gjennom forskningsprosessen ønsker jeg å bidra til økt kunnskap om tilnærming til pasienter med symptomer på kompleks PTSD og komplekse traumer i det psykiske helsefeltet.

Forskningsspørsmål: Hva vektlegger behandlere i DPS i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD?

Metode: Studien har et kvalitativt design med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. For å finne informanter har jeg benyttet et strategisk utvalg, og gjennomført individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide. Som analysemetode har jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater: Analysen resulterte i fire hovedtema, med ett subtema. Hovedtemaene var: *åpne opp for å snakke om traumer, hjelp til å forstå og leve med egen historie, bidra til at pasienten kan få en opplevelse av kontroll og å bry seg på ekte.*

Konklusjon/avslutning: Informantene påpekte betydningen av å være åpen, og å benytte evidensbaserte terapeutiske tilnærminger i møte med pasientene. Dette var med å bidra til at de kunne hjelpe pasientene til å forstå og mestre livet til tross for sine traumatiske erfaringer. Informantene vektla å gi pasientene en følelse av kontroll i behandlingsprosessen, samtidig som de praktiserte en empatisk og omsorgsfull tilnærming for å skape en terapeutisk allianse

Nøkkelord: cptsd, ptsd, kompleks posttraumatisk stresslidelse, posttraumatisk stresslidelse, komplekse traumer, behandler, traume, relasjon, distriktpsikiatrisk senter, anerkjennelse, terapeutisk allianse, terapeutisk relasjon

Abstract

Background: Complex PTSD is included as a diagnosis in the eleventh edition of the World Health Organization's diagnostic manual, ICD-11. The aim of this study is to investigate what clinicians in DPS prioritize in order to establish a safe and secure relationship with patients who have symptoms of Complex PTSD.

Purpose: To explore how clinicians in DPS experience establishing a therapeutic relationship with patients who have symptoms of complex PTSD. It is also to contribute to increase knowledge of approaches to individuals with complex PTSD and complex trauma.

Research question: What do clinicians in DPS prioritize in their relational work with patients who have symptoms of the diagnose complex PTSD?

Method: The study has a qualitative design with a hermeneutic-phenomenological approach. To recruit participants, I have used a strategic sampling strategy and conducted individual interviews using a semi-structured interview guide. The analysis method that was used, was systematic text condensation (STC).

Results: The analysis resulted in four main themes, with one sub-theme. The main themes where: *opening to talk about trauma, assistance with understanding and coping with their own history, contributing to the patient's sense of control and give genuine care.*

Conclusion/ending: The participants highlighted the importance of being open and using evidence-based therapeutic approaches in their interactions with patients. This enabled them to better assist patients in understanding and coping with their traumatic experiences. The participants also were focused on giving patients a sense of control in the treatment process, while practicing and empathetic and caring approach to create a therapeutic alliance.

Key words: cptsd, ptsd, complex posttraumatic stress disorder, posttraumatic stress disorder, complex trauma, therapist, trauma, relationship, community mental health center, acknowledgement, therapeutic alliance, therapeutic relationship

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1 INNLEDNING.....	8
1.1 Tidligere forskning.....	9
1.2 Presentasjon av forskningsspørsmål og formål.....	12
1.3 Begrepsavklaringer.....	12
1.3.1 Distriktpsikiatriske sentre.....	13
1.3.2 Relasjon.....	13
1.3.3 Traume.....	13
2 TEORI.....	14
2.1 Den terapeutiske relasjonen.....	14
2.2 Tilknytningsteori.....	15
2.3 Anerkjennelse.....	16
2.4 Overføring og motoverføring.....	19
2.5 Psykoedukasjon.....	19
2.6 Aktuelle evidensbaserte metoder.....	20
3 METODE.....	22

3.1	Metodologi	22
3.1.1	Hermeneutikk.....	23
3.1.2	Fenomenologi.....	23
3.1.3	Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.....	24
3.2	Rekruttering.....	25
3.3	Utvalg.....	25
3.4	Datainnsamling og intervjuguide.....	26
3.4.1	Pilotintervju	27
3.4.2	Gjennomføring av intervju	27
3.5	Transkripsjon	28
3.6	Forskningsetikk	29
3.7	Forforståelse.....	30
3.8	Analysemetode.....	31
3.8.1	Helhetsinntrykk	31
3.8.2	Meningsbærende enheter	32
3.8.3	Kondensering.....	33
3.8.4	Syntese	35
4	RESULTATER.....	36
4.1	Åpne opp for å snakke om traumer	36
4.1.1	Evidensbaserte metoder som et verktøy.....	38
4.2	Hjelp til å forstå og leve med egen historie.....	40

4.3	Bidra til at pasienten kan få en opplevelse av kontroll	42
4.4	Å bry seg på ekte	43
5	DISKUSJON	45
5.1	«Trollet går opp i røyk»	45
5.2	Metoder eller relasjon?	47
5.3	Balansen mellom behandlernes kunnskap og pasientenes følelse av kontroll	49
5.4	Kunsten å bry seg på ekte	51
5.5	Prosjektets pålitelighet og gyldighet	53
5.6	Implikasjoner for forskning og praksis.....	57
6	AVSLUTNING	58
	Referanser	60
	Vedlegg 1: Intervjuguide	63
	Vedlegg 2: Prosjektgodkjennelse fra Sikt (tidligere NSD)	64
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	68
	Vedlegg 4: Samtykkeerklæring	71

Tabell 1: Kodegrupper og subgrupper

1 INNLEDNING

Bakgrunn for valg av tema er flere års erfaring som miljøterapeut på en barnevernsinstitusjon. Her har jeg møtt mange ungdommer, som ofte har til felles at de har en kompleks traumehistorikk. Som miljøterapeut er det avgjørende å forstå hvordan slike traumer påvirker ungdommenes atferd, livskvalitet og psykiske helse. Det faglige fokuset dreier seg om hvordan vi kan gi støtte og skape trygge omgivelser for å gi ungdommene en bedre hverdag. Denne erfaringen har gjort meg interessert i hvordan tidlige erfaringer påvirker oss i livet, og da særlig inn i voksenlivet. I dette prosjektet har jeg ønsket å undersøke hvordan voksne personer med komplekse traumeerfaringer, som har symptomer på diagnosen kompleks posttraumatisk stresslidelse, blir møtt av behandlere i helseapparatet. Jeg har ønsket å finne ut hvordan det oppleves for behandlere å utvikle tillitsfulle og positive relasjoner til voksne pasienter med kompleks traumehistorikk.

Judith Herman var blant de første som så på kompleksiteten rundt det å ha opplevd flere traumeerfaringer, og hvilke symptomer dette kunne medføre. Hun kalte det for kompleks posttraumatisk stresslidelse (kompleks PTSD) (Nordanger & Braarud, 2017, s. 19). Kompleks PTSD har blitt omtalt som en egen diagnostisk kategori siden 1990-tallet. Likevel ble den ikke anerkjent som en egen diagnose før i 2018, da den ble inkludert av Verdens helseorganisasjon i diagnosemanualen ICD-11 (Thelle & Hagen, 2021, s. 126). ICD er Verdens helseorganisasjons diagnosesystem. På engelsk betyr forkortelsen «International Classification of Diseases» (Nordanger & Braarud, 2017, s. 19). Verdens helseorganisasjon har godkjent den ellefte versjonen av diagnosemanualen, ICD-11. Denne er imidlertid enda ikke oversatt til norsk, og per i dag setter norske klinikere diagnose på bakgrunn av ICD-10. Den nye versjonen er likevel på vei inn i norsk praksis, og er delvis tatt i bruk i arbeidet med ulike traumelidelser (Thelle & Hagen, 2021, s. 121).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan oppstå hos mennesker som har vært utsatt for en traumatisk opplevelse. Dette kan for eksempel være fysiske eller seksuelle overgrep, krig, naturkatastrofer eller andre alvorlige ulykker. Etter slike hendelser, er det vanlig å kjenne på sterke psykiske reaksjoner i etterkant. Diagnosen PTSD gis til personer med langvarige plager. Dersom tilstanden varer i tre måneder eller lenger, blir den vurdert som kronisk

(Nilsen & Underland, 2014). Kriterier for å få diagnosen PTSD er å ha opplevd et traume, ha symptomer som mareritt og gjenopplevelser fra traumet (flashbacks), unngåelse av situasjoner som minner om traumet og kroppslige stressreaksjoner (Bækkelund, 2019).

Huseby (2016) beskriver at kompleks PTSD kan regnes som den mest alvorlige utgaven av PTSD. Ofte kan man finne denne diagnosen hos dem som har gjennomgått alvorlig relasjonstraumer i barndommen. Kompleks PTSD omfatter de samme symptomene som enkel PTSD. Den skiller seg imidlertid fra enkel PTSD ved å inkludere ytterligere tre symptomer (Thelle & Hagen, 2021, s. 122):

1. Utfordringer knyttet til å regulere egne følelser
2. Lav selvfølelse og en opplevelse av å være verdiløs. Dette kan ofte knyttes opp til følelser som skam og skyld.
3. Manglende evne til å etablere og opprettholde nære relasjoner.

Symptomene vil ha en betydelig negativ innvirkning på flere viktige funksjonsområder, herunder personlige, familiære, yrkesmessige, utdanningsmessige og/eller sosiale forhold (Thelle & Hagen, 2021, s. 122).

«Sammen om mestring» er en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Veilederen fungerer som et verktøy for både kommune og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014, s. 1). Veilederen fremhever at når et menneske utsettes for ulike alvorlige hendelser som overgrep, vold, omsorgssvikt, krig og katastrofer kan det føre til psykiske lidelser. Basert på hendelsens alvorlighetsgrad, øker også risikoen for symptomer på posttraumatisk stresslidelse. For å finne riktig diagnose til disse menneskene, vil det være avgjørende for helsepersonell å ha grunnleggende traumeforståelse (Helsedirektoratet, 2014, s.28-29). Videre går det frem av veilederen at lokalt psykisk helsearbeid for voksne innen spesialisthelsetjenesten, først og fremst skal foregå hos distriktpsikiatriske sentre (DPS) (Helsedirektoratet, 2014, s. 9).

1.1 Tidligere forskning

For å finne aktuell forskning har jeg benyttet meg av databaser og søkemotorer som PsycInfo, Cinahl og Google Scholar. Jeg har tilstrebet å gjøre systematiske søk, med

utgangspunkt i et PICO-oppsett. Jeg har brukt søkeord som *complex trauma*, *cptsd* og *complex posttraumatic stress disorder*. For å finne forskning som konkret retter seg mot det relasjonelle forholdet mellom pasienter med denne diagnosen og fagpersoner, har jeg brukt søkeord som *therapeutic alliance*, *therapeutic relationship* og *relational aspects*. Jeg har benyttet Idunn og nettsiden til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for å finne forskning foretatt i Norge.

Funn fra Robinson et al. (2019) sin «mixed-method»-studie indikerer at opplæring av ansatte i bruk av psykoedukasjon i en døgnavdeling er sentralt i deres møte med pasienter med komplekse traumer. Eksempelvis ble de ansatte undervist i samtaleteknikker for å etterspørre traumer, og hvordan de kunne fremme en opplevelse av trygghet og stabilitet for pasienten. Informantene i studien rapporterte at opplæringen gav dem økt selvtillit i møte med komplekse traumer. Ifølge Robinson et al. (2019) vil kontinuerlig veiledning og opplæring være avgjørende for videre utvikling av traumefokuserte tjenester (Robinson et al., 2019).

En studie med kvalitativ, deltakende tilnærming ønsket å utforske pasienters syn på psykoterapi i behandling av diagnosen kompleks PTSD. Pasienter med denne diagnosen intervjuet hverandre om behandlingen av diagnosen. Resultatene viste at viktige faktorer for bedring handlet om å gjenoppbygge relasjoner, og da først og fremst til terapeuten. For å knytte relasjoner med andre, ble gruppeterapi fremhevet som positivt fordi dette reduserte skam. Gjenoppbygging av relasjoner basert på tillit viste seg å være en viktig faktor for endring og bedring av kompleks PTSD. Studiens deltakere uttalte at tilstrekkelig tid, gjerne minst ett år med psykoterapi hvor de hadde ukentlige økter, var nødvendig (Matheson & Weightman, 2021).

De samme forskerne utforsket gjennom et kvalitativt deltakende design hvordan pasienter med diagnosen kompleks PTSD erfarte å delta i et forskningsprosjekt, og hvilke påvirkninger dette hadde på deres psykiske helse. Studien indikerer at det å delta i forskningsprosjektet gav økt selvtillit og bidro til en opplevelse av bli sosial inkludert for pasientene med kompleks PTSD. Dette ble særlig nyttig på bakgrunn av at pasientene som deltok i lys av sin diagnose kunne kjenne seg verdiløse og ha utfordringer med mellommenneskelige relasjoner. Det kom fram at det å gi deltakerne makt gjennom å delta i forskningen var

særlig viktig, gitt deres tidligere erfaringer med å ha kjent på hjelpeløshet og maktesløshet (Matheson & Weightman, 2021).

På lignende vis fant en metaanalyse fra 2015 at det å være utsatt for traumer og delta i traumeforskning kan føre til noen umiddelbare psykiske belastninger. Disse belastningene var imidlertid ikke ekstreme. Deltakerne rapporterte stort sett at det å delta i forskningen var en positiv opplevelse, uavhengig av om de hadde diagnosen PTSD og hvilke traumer de hadde erfart. Resultatene antyder at det å etterspørre andre om deres traumeerfaringer ikke vil forverre symptomene, og at traumerelatert forskning ikke skader deltakerne (Jaffe et al., 2015).

Topor og Denhov (2015) foretok en kvalitativ studie hvor de intervjuet 58 personer. Alle intervjudeltakerne hadde alvorlige psykiske lidelser, og de ønsket å få svar på hva som skulle til for at de opplevde at profesjonelle hjelpere gav dem nyttig og god hjelp. Det å bli sett og behandlet som et unikt individ var av stor betydning. I tillegg trakk deltakerne fram viktigheten av at den profesjonelle delte noe av personlig art, som kunne si noe om hvem de profesjonelle var som personer. Dette kunne gjerne bygge på noe felles mellom pasient og behandler. Det ble også formidlet at deltakerne satt pris på å oppleve at de profesjonelle anså dem som viktige, og at de ble likt på ordentlig av sin hjelper. At deltakerne ble sett som den de var, som et menneske med mange ulike sider, uavhengig av sin sykdom, ble også ansett som betydningsfullt. Overordnet framhevet deltakerne positive erfaringer til at de profesjonelle gikk litt utover det tradisjonelt sett var forventet av dem som i dem i rollen som hjelper.

Gulliksen et al. (2020) foretok en fortolkende fenomenologisk studie for å undersøke traumatiserte flyktningers opplevelse av tillit i psykoterapi. Deltakerne i studien hadde store utfordringer knyttet til mistillit til seg selv og andre på bakgrunn av traumene sine. Etter at behandlingen var slutt, ble deltakerne mer delaktige i samfunnet og i sine relasjoner. Funnene indikerer at tilliten som oppstod mellom deltaker og behandler i den terapeutiske relasjonen, bidro til at de fikk større grad av tillit til andre rundt seg.

En kvantitativ studie hadde som mål å evaluere effekten av EMDR og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) som tilbys i poliklinikker for psykisk helse for voksne i Norge. Det ble undersøkt hvor vidt behandlingsresultatene viste seg å være annerledes for personer med kompleks

PTSD sammenlignet med enkel PTSD. Studien viste at begge behandlingene førte til gode resultater for pasienter med både PTSD og kompleks PTSD. Dette indikerer at evidensbaserte behandlinger kan være effektive for behandling av kompleks PTSD (Bækkelund et al., 2022).

Søkene etter tidligere forskning viser flere effektstudier over evidensbaserte metoder i behandling av både PTSD og kompleks PTSD. Jeg finner også en del studier som sier noe om hva pasienter med alvorlige psykiske lidelser verdsetter i relasjonen med sine profesjonelle hjelpere. Jeg har funnet en begrenset mengde forskning som direkte undersøker forholdet mellom terapeut og pasient med kompleks PTSD, samt hvilke faktorer som vil være avgjørende for å etablere en trygg relasjon. Dette gjelder både forskning som er fra pasientenes perspektiv og fra terapeutenes perspektiv.

1.2 Presentasjon av forskningsspørsmål og formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan behandlere ved DPS erfarer å utvikle relasjoner med pasienter som viser symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Gjennom forskningsprosessen ønsker jeg å bidra til økt kunnskap om tilnærming til pasienter med symptomer på kompleks PTSD og komplekse traumer i det psykiske helsefeltet.

Prosjektet har følgende forskningsspørsmål:

Hva vektlegger behandlere i DPS i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD?

Etttersom kompleks PTSD ikke er anerkjent som en egen diagnose i det nåværende norske diagnosesystemet, ICD-10, har jeg valgt å inkludere ordene «som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD», framfor å fastslå at pasientene faktisk har denne diagnosen.

1.3 Begrepsavklaringer

Under vil jeg gjøre rede for begreper som er av relevant betydning for forskningsspørsmålet.

1.3.1 Distriktpsikiatriske sentre

Hos distriktpsikiatriske sentre (DPS) tilbys personer over 18 år psykisk helsehjelp. De vanligste arbeidsmetodene i DPS er samtale i grupper eller individuelle samtaler (Akershus Universitetssykehus HF, 2022). Opptrappingsplanen for psykisk helse var en reform som varte fra 1998-2008. I Opptrappingsplanen ble det utviklet flere nye tilbud og tjenester. DPS ble opprettet på sykehusnivå, som en del av spesialisthelsetjenesten. Hovedoppgaven til DPS ble å utføre sykehusenes psykiske helsetjenester, og disse tjenestene skulle være tilgjengelige for folk der hvor de bodde. Tanken var at pasienter ville få den beste behandlingen hvis de fikk den i sitt nærmiljø (Bøe & Thomassen, 2018, s. 18). Malt (2021) definerer DPS som en selvstendig og faglig enhet som har ansvar for allment psykisk helsevern i Norge. På DPS kan man motta ulike typer tjenester og tilbud, herunder: døgntjenester, dagtjenester, polikliniske tjenester og ambulante tjenester (Malt, 2021).

1.3.2 Relasjon

Ordet relasjon betyr ifølge Aubert (2020) en forbindelse, en samhörighet, et forhold eller en sammenheng mellom ulike individ. Bøe og Thomassen (2018, s. 145) beskriver at relasjon handler om at forholdet mellom to mennesker har utviklet seg i en slik retning at det finnes en gjensidig opplevelse av å bety noe for hverandre.

1.3.3 Traume

Ordet «traume» stammer fra det greske språk, og betyr sår. Når ordet sår sees i sammenheng med traumer, kan man kalle det for et psykisk sår (Hagen, 2021, s. 28). Et psykisk traume kan oppstå når et menneske gjennomgår opplevelser som er skremmende, intense, overveldende og uforståelige på en slik måte at de er vanskelige å ta inn over seg på en vanlig måte (Helsedirektoratet, 2014). Begrepet traume betyr opprinnelig en skade som forårsakes av en enkeltstående hendelse. Det vil likevel også være aktuelt å bruke begrepet for å definere omfattende og mer langvarige påkjenninger. Når skadevirkningene skjer over lenge tid, vil de kunne påvirke utviklingen av personligheten, og særlig dersom de inntreffer tidlig i livet (Benum, 2016, s. 24-25). Symptomer som oppstår hos et individ etter å ha vært utsatt for et traume, vil ofte minne om symptomer på PTSD. Det kan i tillegg omfatte andre symptomer, som for eksempel angst, depresjon, rusproblemer eller atferdsvansker. Dersom

et barn får traumesymptomer, vil de kunne oppleve en stor endring i sin måte å se seg selv og verden rundt dem på. Et traumesymptom vil være å ha ulike traumepåminnere, eller triggere, som minner individet på det opprinnelige traumet. Dette kan være spesifikke steder, personer, lyder, lukter og situasjoner. Personer med traumesymptomer kan gjenoppleve det opprinnelige traumet gjennom å konfronteres med sine triggere (Cohen et al., 2018, s. 30).

2 TEORI

2.1 Den terapeutiske relasjonen

Pasienter som er i kontakt med helsepersonell har gjerne ulike oppfatninger av den profesjonelle relasjonen. At den terapeutiske relasjonen skal oppleves som hjelpsom, handler ifølge Ljungberg et al. (2015) om faktorer på både den profesjonelle og den mellommenneskelige dimensjonen. I sin studie med meta-etnografisk tilnærming, fant de at relasjonen mellom profesjonelle og personer med alvorlige psykiske lidelser bør anerkjennes både som en relasjon mellom pasient og hjelper, men også som en relasjon mellom to personer. Med andre ord må pasientene ikke bare sees som en pasient, men også som et menneske med individuelle behov, meninger og ønsker. Den terapeutiske relasjonen kan imidlertid også oppleves som et hinder for en pasients bedringsprosess, ifølge Bøe og Thomassen (2018, s. 133). Trekk ved en profesjonell relasjon som kan framstå som hindrende for en pasients positive utvikling kan være at den profesjonelle viser liten grad av omsorg, ikke viser tro på pasienten sine evner til bedring, eller er respektløse og forhindrer pasientens medvirkning. I tillegg kan samhandlingen i slike tilfeller være preget av mangel på forutsigbarhet, for lite tid og opplevelse av tvang fra pasientenes side (Bøe & Thomassen, 2018, s. 133). Forskning på psykoterapi viser til gode resultater på spesifikke metoder og teknikker innenfor psykoterapi. Noen forskermiljøer utfordrer imidlertid ideen om at det er metodene som gir gode resultater innenfor psykoterapien, eller om dette i større grad handler om det kontekstuelle og relasjonelle innenfor terapien, altså det som skjer mellom behandler og pasient (Bøe & Thomassen, 2018, s. 138). Røkens & Hanssen (2012, s. 178) beskriver videre at relasjonen vil være viktigere enn det som faktisk blir gjort og sagt i terapirommet. Det behandleren velger å si og gjøre i møtet med pasienten, vil bli tolket

basert på hvilken relasjon de har fra før. I en trygg relasjon kan kritikk bli tolket som omsorg og hjelp, mens det samme vil kunne bli tolket negativt i en utrygg relasjon. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012, s. 180) er det tre forhold som er av særlig betydning for å kunne skape en trygg relasjon: væremåte, empati og anerkjennelse.

2.2 Tilknytningsteori

En kan si at tilknytningsteori omhandler menneskers grunnleggende behov for å opprettholde relasjoner og etablere kontakt med andre (Råbu, 2021, s. 355). John Bowlby blir regnet som tilknytningsteorens far. Han var opptatt av et individs behov for å knytte seg følelsesmessig til andre mennesker. Et barn kan utvikle både en trygg og en mer utrygg tilknytning til sine nære omsorgspersoner. Ved å ha en trygg tilknytning opplever barnet tilhørighet, beskyttelse og omsorg fra sine nærmeste. For å ha en trygg tilknytning, kreves det at mor (eller andre omsorgspersoner) er emosjonelt tilgjengelig. En trygg tilknytning vil kunne hjelpe barnet å utvikle selvrefleksivitet. Dette er fordi det gir barnet rom til å reflektere over egne tanker, og til å repetere og øve på handlinger i dagliglivet. Det vil også gi barnet rom til å bearbeide følelsene sine. Opplevs tilknytningen derimot utrygg, vil barnet i større grad måtte være på vakt og sjekke om foreldrene er emosjonelt og fysisk tilgjengelig. Man får da ikke samme mulighet og rom til å utforske seg selv og verden. Mennesker som har hatt en barndom preget av trygg tilknytning, vil ha større sjanse for å kunne gi dette videre til egne barn. Reflekterte foreldre bidrar også til tryggere barn, og foreldre som har evne til selvrefleksivitet, bidrar til at barnet utvikler det samme. Barnet vil på denne måten ha lettere for å kunne regulere egne følelser (Schibbye, 2012, s. 101-104).

Bowlby (sitert i Schibbye, 2012, s. 144) hevdet at det det er en sammenheng mellom tap av eller separasjon fra omsorgsperson og psykiske lidelser. Videre skal han ha sammenlignet tilknytning med immunforsvaret vårt. En utrygg tilknytning vil kunne bidra til sårbarhet for psykiske lidelser, slik som svakt immunforsvar kan føre til sårbarhet for somatisk sykdom. Utrygg tilknytning kunne ifølge Bowlby knyttes til tilstander som fobier, depresjon og unormal sorg (Schibbye, 2012, s. 144). Det finnes med andre ord en teoretisk forklaring på hvorfor lidelser og symptomer utvikles, basert på et barns tidlige relasjoner og tilknytningsmønstre. På samme måte kan en se forholdet mellom behandler og pasient. Gjennom at pasienten opplever å bli møtt, sett, forstått og tålt, vil tidligere negative

relasjonserfaringer kunne bli helet i den terapeutiske relasjonen. Kvaliteten på denne relasjonen vil være en sentral ingrediens til selve bedringen (Skårderud, 2021, s. 25).

2.3 Anerkjennelse

Schibbye (2012, s. 38-39) lener seg til en dialektisk relasjonsforståelse. Hun forklarer at det i en dialektisk forståelse ikke vil dreie seg om *enten-eller*, men snarere *både-og*. I et slikt perspektiv vil ikke en terapeut kunne velge mellom å leve seg inn i pasientens opplevelsesverden, eller å ha et mer ytre perspektiv på relasjonen. I stedet terapeuten tilstrebe å veksle mellom å ta del i pasientenes følelser og opplevelser, og å ha et mer observerende og reflektert syn på relasjonen og pasientens følelser. Videre beskriver hun at for å kunne framstå empatisk ovenfor pasienten, må man også kunne ha en viss avstand til situasjonen (Schibbye, 2012, s. 39).

For at det som oppleves fastlåst i en relasjon skal kunne endres, er gjensidig anerkjennelse en nødvendighet. Begrepet anerkjennelse kan forstås på ulike måter, og har gjerne ofte blitt assosiert med være beundret, belønnet eller å være noen som skiller seg ut på en positiv måte (Schibbye, 2012, s. 257-258). Imidlertid kan begrepet i terapeutisk sammenheng ha en annen betydning. Schibbye (2012, s. 258) definerer begrepet anerkjennelse som «den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge, nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske». Videre beskriver Schibbye (2012, s. 259) at filosofen Hegel mente anerkjennelse handler om å være i stand til å empatisk sette seg inn i den subjektive opplevelsen til andre og se ting fra deres perspektiv. Dette kan kalles en «subjekt-subjekt»-holdning. Schibbye gjøre rede for fire ingredienser som er inkludert i begrepet anerkjennelse: lytting, forståelse, aksept og toleranse, og bekreftelse (Schibbye, 2012, s. 266). Nedenfor følger en beskrivelse av hver av disse komponentene.

Å lytte

Det kan være vanskelig å beskrive hvordan man kan lytte terapeutisk. Det handler om å høre mer enn bare det som kommer fram gjennom det verbale budskapet. Fenomenologiens holdninger kan bidra til å hjelpe oss å forstå dette. Vi må la fenomenet vise seg for oss slik

det er. Vår bevissthet er aldri helt «tom», og vi er alltid bevisst «om noe». For å lytte i terapi, må dette «noe» bli satt i parentes (Schibbye, 2012, s. 267). Vi må skjerpe sansene våre, slik at vi klarer å ta inn og forså det fenomenet som opptrer foran oss, og være åpen for nye inntrykk. Å lytte krever at terapeuten er mottakelig, og er villig til å la seg bli følelsesmessig beveget av det pasienten formidler. For å klare dette må terapeuten være emosjonelt tilgjengelig og ha fokus på pasientens opplevelse. Gjennom å være emosjonelt tilgjengelig for pasienten, kan terapeuten ta i bruk sine egne følelser for å både ta hensyn til og registrere følelser som usikkerhet, forvirring og angst. Terapeuten kan med andre ord klare å fange opp andre detaljer i samtalen enn det som blir formidlet gjennom ord (Schibbye, 2012, s. 266-269).

Behandler må i tillegg lytte innover i seg selv, og kjenne etter hvordan pasientens beskrivelser påvirker deres egen indre verden. Eget reaksjonsmønster, kan hjelpe behandleren å forstå pasientene enda bedre. Dersom behandleren kjenner på følelser som tungsinn, så kan kanskje dette være påvirket av pasientens underliggende tristhet (Schibbye, 2012, s. 269). Å arbeide som behandlere eller terapeuter krever teoretisk forankring. Denne teorien kan lett komme i veien for fenomenet som viser seg, og det er derfor viktig å trene seg på å sette teorien til side. Det blir en stadig prosess og balansegang gjennom å stadig være terapeutisk lyttende, men også å ha med seg sin teoretiske forankring (Schibbye, 2012, s. 270).

Forståelse

For å oppnå en terapeutisk forståelse, er det nødvendig for behandleren å oppnå en indre forståelse av pasientenes opplevelser. Behandleren kan ha en ytre forståelse av at pasienten opplever vanskelige følelser. For at denne forståelsen skal bli til en indre forståelse, må behandleren ta del i pasientens opplevelsesverden gjennom å kjenne på lignende følelser i seg selv. En måte å oppnå dette på er at behandleren møter pasienten med en undrende holdning, og forsøker å forstå pasientens opplevelse. Dersom behandlerens undrende kommentar samsvarer med pasientens opplevelse, kan pasienten oppleve en økt grad av bevissthet rundt egne følelser. Her kan begrepet speiling være verdt å nevne. Som pasient får man speilet egne følelser og opplevelser tilbake fra behandleren, som igjen kan bidra til å øke pasientenes refleksivitet (Schibbye, 2012, s. 272-273).

Aksept og toleranse

Mange pasienter kan sitte med opplevelser og følelser de selv har utfordringer med å akseptere. Gjennom at behandleren forstår og anerkjenner sider som pasienten selv opplever som negative, kan bidra til at pasienten ser seg selv i et nytt lys. Når pasientenes selvførdømmelse blir møtt med respekt, toleranse og varme, kan pasientene også se seg selv gjennom behandlerens øyne. Behandleren kan formidle at han eller hun godtar pasientens opplevelse av egne negative sider, og samtidig formidle at de ikke er enig i fordømmelsen. Behandleren etterstreber med dette å øke pasientens grad av refleksivitet, og å bygge opp et grunnlag for positiv endring (Schibbye, 2012, s. 275-276).

Bekreftelse

Schibbye (2012, s. 278) beskriver at begrepet bekreftelse kan sies å være ganske likt begrepet anerkjennelse i seg selv. Hun skriver videre at det også vil inngå i de overnevnte ingrediensene i anerkjennelsesbegrepet. Graden av bekreftelse i møtet med pasienten, vil ligge i måten man faktisk lytter på. Gjennom sin måte å være på, vil behandleren signalisere at det er pasientens følelser og opplevelser som er viktige. Behandleren vil også gjennom å gi bekreftelse vise at han eller hun aksepterer pasienten, uten å dømme deres måte å oppfatte verden. Terapeuter kan oppleve at anerkjennelsen blir tilnærmet umulig med noen pasienter, og særlig dersom pasienten kanskje har lav grad av selvinnsikt og selvrefleksivitet. Behandleren må så langt det lar seg gjøre tilpasse seg den pasienten de møter, fordi alle vil være forskjellige. Det alle pasientene imidlertid vil ha til felles, er at de trenger en behandler som verdsetter dem for den de er, og så opptrer anerkjennende, genuint og ekte ovenfor dem. For å oppnå dette må behandleren være i stand til å oppfatte reaksjoner fra pasienten som knapt er sansbare, for så å tilpasse seg etter disse (Schibbye, 2012, s. 278-279).

Schibbye (2012, s. 280) forklarer at det er svært krevende å ha en anerkjennende holdning. Det blir beskrevet som en tilstand, og ikke som en prosess. Det vil være menneskelig å ikke være i stand til å mestre holdningen til enhver tid. Man kan ikke si at man er anerkjennende som behandlere eller fagfolk, men at det er noe man forsøker å bli. For å oppnå dette, må en ha en tydelig for forståelse av hva det vil si å være anerkjennende (Schibbye, 2012, s. 280).

2.4 Overføring og motoverføring

Begrepene overføring og motoverføring står sentralt i Freuds psykoanalyse (Schibbye, 2012, s. 281-285). Overføring kan sees som en prosess hvor pasienten tillegger egenskaper i behandleren som han eller hun har erfart i tidligere relasjoner. Pasienten kan da ubevisst forskyve erfaringer fra fortiden inn i nåtiden, og kan mistolke relasjonelle opplevelser basert på tidligere relasjonserfaringer (Schibbye, 2012, s. 282-283).

Motoverføring kan på sin side sees som de følelsene og reaksjonene pasientene vekker i behandleren (Schibbye, 2012, s. 285). Motoverføringer og overføringer vil gjensidig bidra til å påvirke en relasjon. Man kan ikke alene si at en pasient overfører sine tidligere erfaringer til en behandler, uten å nevne at behandleren også vil bidra. Som behandler må en etterstrebe å forstå pasienten og hans eller hennes overføringsreaksjoner. I tillegg til dette må behandleren være bevisst sin egen påvirkningskraft inn mot å skape disse overføringsreaksjonene (Schibbye, 2012, s. 287-288). Behandleren vil ikke være helt objektiv i møte med pasientene sine, og kan bli følelsesmessig aktivert i pasientmøtene.

Motoverføringen vil dreie seg om både behandlerens egne skjulte problemer, og hvilke følelser og reaksjoner pasienten framkaller i behandlerens indre. Behandleren må derfor undersøke innover i seg selv, og vurdere hvor vidt egne utfordringer bidrar til å påvirke pasientens væremåte (Schibbye, 2012, s. 292). Dersom terapien aktiverer følelser i behandleren, kan det føre til at vedkommende kjenner på motoverføring og overføring. De kan da få tilgang til prosesser i sitt eget selv. Gjennom å få kjennskap til disse prosessene, vil det også være lettere å få forståelse for hvordan det er å være pasienten. På en anerkjennende måte kan behandleren tilstrebe uttrykke denne forståelsen i dialog med pasienten (Schibbye, 2012, s. 295).

2.5 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon handler om å få informasjon og undervisning omkring vanlige reaksjoner som kan oppstå etter å ha gjennomgått traumatiske hendelser. På denne måten vil pasientene kunne få kunnskap og forståelse om sin egen lidelse. Når typiske reaksjoner blir forstått som normale reaksjoner på unormale hendelser, vil det også kunne hjelpe pasientene til å forstå seg selv og sitt eget liv. Denne forståelsen kan også bidra til økt motivasjon for terapi (Thelle & Hagen, 2021, s. 136). Psykoedukasjonens viktigste mål, vil

være å normalisere voksne og barns reaksjoner på traumatiske erfaringer, og forsikre seg om at pasienten har riktig oppfatning av det som har skjedd (Cohen et al., 2018, s. 123).

2.6 Aktuelle evidensbaserte metoder

EMDR:

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en metode som benyttes for å bearbeide traumatiske minner (Jakobsen, 2016, s. 155). I denne metoden skal pasienten starte med å tenke på en særlig ubehagelig del av sine traumatiske minner, som det er ønskelig å få bearbeidet. Terapeuten hjelper pasienten å lage seg et bilde av det den delen av traumet som i størst grad er forbundet med negative følelser. Pasienten blir da oppfordret til å komme med et negativt utsagn om hendelsen, som for eksempel «jeg er ikke god nok». Pasienten blir så bedt om å rangere følelsene sine knyttet til minnet fra 0-10, og hvilke kroppslige reaksjoner han eller hun kjenner på. Deretter vil pasienten og behandleren i fellesskap finne en mer positiv vinkling på minnet, hvor pasienten er mer positiv mot seg selv. Pasienten kan da for eksempel heller tenke «jeg er god nok», eller «jeg klarer dette». Det som er særlig unikt med EMDR som metode er at pasienten blir bedt om å holde det aktuelle minnet, følelsene og de kroppslige reaksjonene i sin bevissthet, samtidig som følger behandlerens fingre med øynene. Dette kan vare fra mellom 20 sekunder til flere minutter av gangen. Dersom pasienten får intense reaksjoner, vil behandleren gjerne holde på lenger, fordi det kan bidra til å redusere pasientens følelse av ubehag. Når det er pause, vil pasienten bli bedt om å si noe om hvordan de opplevde behandlingen. Målet er at når pasienten går tilbake til å tenke på traumet sitt, vil de kjenne på mindre ubehag, og at den positive beskrivelsen av seg selv i situasjonen oppleves som mer sann for pasienten (Jakobsen, 2016, s. 156-157).

Kognitiv terapi:

Kognitiv terapi er populær og etterspurt i store deler av verden. Den er stadig i utvikling, og inneholder mange ulike teknikker og teorier. Det er likevel noen ting som går igjen, som at en kognitiv atferdsterapeut er opptatt av nåtiden framfor fortiden, og at den har et empiristisk grunnlag (Herbert & Forman, 2011, s. 3-4). Kognitiv terapi er egnet for å løse

mentale problemer hos pasienter. En mental reaksjon på en hendelse, blir vurdert som en del av en rekke andre reaksjoner, og at de ulike reaksjoner forårsaker hverandre. Et eksempel på dette kan være at søvnproblemer kan henge sammen med bekymringer for morgendagen, som igjen vil bidra til anspenthet (Hoffart, 2021, s. 225-226). Gjennom kognitiv terapi tilbys pasienten det en kan kalle for kognitiv restrukturering. Dette vil si å reflektere over egne tanker og følelser, og finne motbevis og bevis for tankene. Dette kan gjøres gjennom assosiative metoder, hvor pasienten setter seg godt til rette og på nytt tenker over hendelsen. På denne måten vil pasienten få hjelp til å organisere traumeminnet, og får kanskje nye forklaringer og forståelser av det som skjedde. En slik kontrollert gjenopplevelse av minnet, kan være aktuelt for pasienter med PTSD. Pasienten forsøker å visualisere at de går inn igjen i traumet, og påvirker det videre forløpet. Dette kan for eksempel være gjennom å ta makten fra en overgriper, eller å gi seg selv mer omsorg enn det man fikk da traumet intraff (Hoffart, 2021, s. 233-234).

Emosjonsfokusert terapi

Emosjonsfokusert terapi anser mennesket som en selvrealiserende, erfarende og meningssøkende organisme. Innenfor denne metodikken tenker man at følelsene våre bidrar til at vi tilpasser oss omgivelsene rundt oss, og forteller oss om hvordan omgivelsene er. Målet med denne terapiformen er å forsøke å forandre de emosjonelle erfaringene som ikke lenger gjør at man tilpasser seg omgivelsene sine på en hensiktsmessig måte (Stiegler, 2021, s. 399-400). Den mest sentrale teorien i emosjonsfokusert terapi er at hvordan vi ser, opplever, erfarer og skaper mening i verden er påvirket av våre emosjoner. Med andre ord vil alt vi gjør og sier være preget av emosjonene våre (Stiegler, 2021, s.402). Ektefølt terapi fra terapeuten sin side, blir beskrevet som essensielt for at pasienten skal våge å være sårbar i terapirommet. Slik empati kjennetegnes av å møte pasienten der vedkommende er i sine følelser og opplevelser, samtidig som man lytter til pasientens smerter (Stiegler, 2021, s. 400-401).

3 METODE

Under følger beskrivelser av de metodiske overveielene jeg har tatt i dette prosjektet.

3.1 Metodologi

For å utforske hva behandlere i DPS vektlegger i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD, har jeg benyttet kvalitativ metode. Denne metoden bygger på det fortolkende paradigmet. Historisk sett har medisin og helsefag vært preget av det positivistiske paradigmet. Positivismen representerer en forståelse av fenomener som er stabile og kan måles, observeres og gi objektive fakta. Det er dette kvantitativ forskning bygger på (Crotty, 2003, Alvesson og Sköldbberg, 2009, gjengitt i Malterud, 2017, s. 26 og 27). Hans Skjervheim beskrives som en sentral person når det gjelder kritikk av positivismen i Norge. Han hadde fokus på at mennesket var både tilskuer og deltaker på samme tid (Skjervhem, 1960, gjengitt i Malterud, 2017, s. 27). Det fortolkende paradigmet bygger på andre prinsipper enn positivismen. Dette paradigmet setter subjektet i sentrum, og subjektet undersøkes, samtidig som forskeren anses som et medvirkende redskap. Grunnforståelsen bygger på at verden vil oppfattes ulikt for alle, basert på at man har ulike ståsteder (Malterud, 2017, s. 27).

Kvalitative metoder benyttes gjerne når en ønsker å vite mer om andres opplevelser, tanker, erfaringer, holdninger, forventninger og motiver. Vi kan dermed innhente opplysninger som sier noe om hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017, s. 31). I min oppgave ønsket jeg å få et innblikk i mine informanter sine opplevelser, erfaringer og tanker knyttet til å være i en terapeutisk relasjon med mennesker som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Malterud (2017, s. 31) beskriver at kvalitative metoder vil være særlig nyttig når man utforsker dynamiske prosesser, som for eksempel samhandling. Ettersom jeg undersøker behandlernes opplevelse av samhandlingen mellom dem og pasientene, anså jeg kvalitativ metode som den best egnede metoden for å oppnå dette formålet.

3.1.1 Hermeneutikk

Hermeneutikken bygger på spørsmål knyttet til fortolkning og forståelse. Opprinnelig betyr begrepet fortolkningskunst eller fortolkningslære (Thornquist, 2018, s. 167). Det finnes to tradisjoner innenfor hermeneutikken; *den tradisjonelle hermeneutikken* og *den filosofiske hermeneutikken*. Den tradisjonelle hermeneutikken bygger på et mål om å finne fram til rett tolkning av en tekst, basert på forfatterens liv, bevissthet og den epoken han eller hun levde i (Thornquist, 2018, s. 169). Målet er å forsøke å finne fram til forfatterens opprinnelige mening (Thornquist, 2018, s. 24). Schleiermacher og Dilthey blir regnet som hermeneutikkens «fedre» og er sentrale navn innenfor den tradisjonelle hermeneutikken. Den fortolkende hermeneutikken kom senere. Der hvor den tradisjonelle hermeneutikken er mer metodeorientert, er den fortolkende hermeneutikken preget av ontologiske spørsmål. Interessen dras mot forholdet mellom leseren og teksten. Teksten sees ikke som nøytral fakta, men som noe som et formet av vår menneskelige erfaring og forståelse. Heidegger og Gadamer har vært betydningsfulle personer innenfor den filosofiske hermeneutikken (Thornquist, 2018, s. 168-169). Sentrale begreper innenfor filosofisk hermeneutikk er *forståelseshorisont* og *fordom*. Forståelseshorisont handler i korte trekk om våre erfaringer, forventninger og oppfatninger, og at vi ikke alltid er bevisst hva vi bringer med oss i vår forståelseshorisont. Fordom handler om at vi kommer til tekster, saker, situasjoner og lignende med en bagasje preget av våre tanker og erfaringer. Dette er med å bestemme hvordan vi forstår og fortolker en situasjon. Som mennesker vil vi alltid ha med oss en forforståelse uavhengig av hva man skal fortolke og/eller mene noe om (Thornquist, 2018, s. 170-171). Når en skal tolke tekst, vektlegger hermeneutikken særlig *den hermeneutiske sirkel*, som dreier seg om forholdet mellom deler og helhet (Malterud, 2017, s. 28).

3.1.2 Fenomenologi

Edmund G.A Husserl blir regnet som fenomenologiens grunnlegger. I fenomenologien blir oppmerksomheten dratt mot hvordan verden erfares og oppleves for et subjekt. Subjektiviteten blir sett på som en forutsetning for å oppnå forståelse, og står i sterk kontrast til empiristiske og positivistiske retninger som er opptatt av å fjerne det subjektive (Thornquist, 2018, s. 22-23). Fenomenologien blir ofte framstilt som læren om det som kommer til syne og som viser seg (Thornquist, 2018, s. 101). I fenomenologisk forståelse vil en etterstrebe å se bort i fra tidligere kunnskap, og heller rette søkelys mot individets

subjektive erfaring, sett i lys av sin livsverden (Malterud, 2017, s. 28). Husserl ser på livsverden som en tilstand av å være-i-verden. Hver enkelt sin livsverden vil ikke kunne viskes ut, men den kan analyseres og undersøkes. Individets meninger og erfaringer uttrykkes på ulike måter. Ved å analysere handlinger, samhandling, samtaler og praksiser, kan en få tilgang til andres livsverden. Vi kan ta vår egen livsverden for gitt. Å studere andres livsverden kan skape rom for selvrefleksjon, og gi oss ny innsikt om tiden vi lever i (Thornquist, 2018, s. 110).

3.1.3 Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming

Jeg har nå forsøkt å gjengi hovedtrekk ved hermeneutikken og fenomenologien som to ulike vitenskapsteoretiske retninger. I dette studiet vil jeg la meg påvirke av begge disse retningene og benytte et hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. I en slik tilnærming vil man være opptatt av fenomenologiens syn på å utforske den subjektive opplevelsen og erfaringen til enkeltpersoner eller grupper (Kafle, 2011). Videre beskriver Kafle (2011) at alt vil være en del av en tolkningsprosess, også de beskrivelsene vi får fra andre. Ifølge Thornquist (2018, s. 205) utviklet Paul Ricoeur en egen fortolkningsteori, som både byr på brudd og kontinuitet knyttet til hermeneutiske retninger. Ricoeur støttet seg til Gadamer og Heideggers ontologiske tankegang, om at mennesket er i verden og at vi alle er fortolkende og forstående vesen. Han hadde samtidig noen innvendinger mot den filosofiske hermeneutikken, og da knyttet til metodiske og metodologiske spørsmål. Ricoeurs tanke sett slår sammen hermeneutikken og fenomenologien, og han så på dem som gjensidig berikende. Fenomenologien er opptatt av å rette bevisstheten mot noe som gir oss mening, mens hermeneutikken sier oss at dette «noe» ikke er gitt, men må tolkes (Thornquist, 2018, s. 205).

For å besvare forskningsspørsmålet i denne oppgaven har den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen vært aktuell. De åpne spørsmålene i intervjuguiden bygger på den fenomenologiske tradisjonen. Jeg ønsket her å få tilgang til informantenes livsverden knyttet til deres erfaringer og opplevelser av det relasjonelle møtet med pasienter som har diagnosen kompleks PTSD. Senere vil det informantene delte av sin livsverden omgjøres til tekst i en transkriberingsprosess. Den hermeneutiske tradisjonen gjør seg gjeldende i analyserings- og tolkningsarbeidet av den transkriberte teksten.

3.2 Rekruttering

Jeg startet rekrutteringsprosessen med å ringe til resepsjonen ved ulike DPS i Helse Vest, og be om e-post til ledere for allmenn poliklinikk. Jeg sendte deretter ut e-poster med informasjonsskriv (vedlegg 3) om studiens tema og formål. Lederne ble oppfordret til å dele informasjonen videre med kandidater som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. De som ønsket å delta, kunne ta direkte kontakt med meg via telefon eller e-post. Jeg fikk ikke svar på alle e-postene med en gang, og etter ca. to uker sendte jeg ut en ny e-post med påminnelse om prosjektet. Tre informanter tok direkte kontakt med meg etter å ha fått informasjon om studiet via sin leder. De andre informantene fikk jeg kontakt med ved hjelp fra medstudenter, som kjente kandidater som kunne tilfredsstillte inklusjonskriteriene. Etter å ha mottatt nødvendige kontaktopplysninger, tok jeg direkte kontakt med dem for å avtale intervju.

3.3 Utvalg

For å definere hvilke informanter som skulle rekrutteres til studien, benyttet jeg et strategisk utvalg. Det vil si at jeg bevisst valgte de informantene jeg trodde ville kunne belyse studiens forskningsspørsmål på best måte (Creswell & Poth, 2018, s. 148). Inklusjonskriteriene for å delta i studiet, var:

1. Psykologer, psykologspesialister eller spesialsykepleiere innen psykisk helse ved DPS i Helse Vest
2. Med erfaring og kompetanse innenfor traumefeltet
3. Minst to års erfaring ved DPS
4. Som kunne beherske norsk skriftlig og muntlig

Jeg hadde ellers ingen eksklusjonskriterier knyttet til kjønn, alder eller tidligere erfaring.

Jeg fikk etablert avtale om intervju med seks informanter, som alle hadde kunnskap om og erfaring med å jobbe med pasienter med diagnosen kompleks PTSD. Alle informantene jeg samarbeidet med til dette studiet, var ansatt på allmenn poliklinikk ved fem ulike DPS i Helse Vest, og alle var kvinner. Alle informantene hadde flere års erfaring i å jobbe med traumeproblematikk.

Under framstillingen av resultatene i prosjektet, har de seks informantene fått fiktive navn. Dette har jeg gjort for å tydeliggjøre at informantenes tanker, opplevelser og erfaringer kommer fra virkelige personer. De seks informantene har fått navnene *Line, Anna, Kari, Vilde, Mona* og *Zara*.

3.4 Datainnsamling og intervjuguide

Som datainnsamlingsmetode har jeg gjennomført individuelle intervju, med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Slike intervjuer velges gjerne når en ønsker å gi informantene tid og mulighet til å hente fram egne erfaringer i trygge omgivelser (Malterud, 2017, s. 133). I samarbeid med veileder hadde jeg i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål som var utformet med den hensikt å svare på forskningsspørsmålet. Den inneholdt også forslag til oppfølgingsspørsmål som kunne bli aktuelle i intervjusituasjonen. Jeg tilstrebet å utforme spørsmålene på en slik måte at de spesifikt hjalp til med å få fram informantenes opplevelser av fenomenet. Kvale og Brinkmann (2017, s. 166-167) beskriver ulike former for intervju spørsmål. De nevner blant annen introduksjonsspørsmål, som har som mål å få fram rike beskrivelser fra informantene. Et eksempel fra egen intervjuguide kan være: *Kan du fortelle om en situasjon da du opplevde relasjonsbyggingen som utfordrende?* eller *kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde å lykkes i å utvikle en terapeutisk allianse?* Her vil informantene få muligheten til å fremme det de selv synes er viktig å nevne angående den aktuelle tematikken. Inngående spørsmål brukes når intervjueren ønsker mer informasjon, eller vil utforske et tema dypere. Slike spørsmål vil hjelpe intervjueren å forstå informantenes erfaringer, opplevelser og perspektiver bedre, og kan gi et rikere datamateriale. Et eksempel på slike spørsmål, og som står skrevet i egen intervjuguide er: *Kan du gi en detaljert beskrivelse av dette?* eller *kan du gi et eksempel på dette?* (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 166-167). En intervjuguide skal hjelpe forskeren å strukturere det som skjer i intervjuforløpet. Det kan variere om spørsmålene stilles i bestemt rekkefølge, eller om forskeren benytter skjønn og åpner opp for dialog som går litt utover intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 162). Malterud (2017, s. 133) beskriver at det vil være en fordel at intervjuguiden ikke er for detaljert når formålet er å tilegne seg ny kunnskap om et tema.

3.4.1 Pilotintervju

Før gjennomføringen av de seks intervjuene som skulle inkluderes i oppgaven, foretok jeg et pilotintervju med en person fra min private omgangskrets. Vedkommende hadde ingen direkte erfaring relatert til temaet som behandles i studiet. Formålet med pilotintervjuet var derfor hovedsakelig å få en øvelse i å stille spørsmål. Jeg benyttet lydopptak under intervjuet for å kunne evaluere intervjusituasjonen og bli kjent med bruken av dette i praksis.

Resultatene fra pilotintervjuet blir ikke brukt i analysen, men det gav meg nyttig erfaring i rollen som intervjuer. Etter intervjuet var ferdig, diskuterte vi opplevelsen spørsmålene og hvordan vi opplevde rollen som intervjudeltaker og intervjuer.

3.4.2 Gjennomføring av intervju

For å kunne innhente gode empiriske data, er det vesentlig at informanten kjenner seg ivaretatt og trygg. Som forsker vil det være viktig å lytte med et åpent sinn, og være klar for å oppdage informasjon som både er nyttig og uventet. Intervjueren skal tilstrebe og formulere seg åpent, for å unngå å påvirke informantenes svar (Malterud, 2017, s. 69-70). Under selve intervjusituasjonen hadde jeg med meg i intervjuguiden papirform. Jeg forsøkte imidlertid å i størst mulig grad være til stede i samtalen gjennom å huske spørsmålene i hodet, og la intervjuet forløpe seg som en naturlig dialog. Jeg stilte oppfølgende spørsmål underveis i intervjuet, for å innhente rikere beskrivelser av informantenes erfaringer.

Tjora (2021, s. 135) beskriver at det vil være en fordel dersom informantene selv får bestemme hvor intervjuene skal gjennomføres. I dette prosjektet valgte informantene selv å gjennomføre intervjuet på eget kontor, hvor jeg møtte opp til avtalt tid. En av informantene ønsket å gjennomføre intervjuet via Teams, på bakgrunn av geografisk distanse. Jeg opplevde at det var en fordel at informantene hadde sitt eget kontor. Dette bidro til at vi fikk sitte uforstyrret i omgivelser som var kjent og praktisk tilgjengelige for informantene. Tjora (2021, s. 135) beskriver at det kan være en fordel å holde intervjuene på informantenes egen arbeidsplass dersom forskningen handler om tema som er tilknyttet arbeidsplassen. Dette viste seg å stemme i dette prosjektet, da noen av informantene fysisk kunne vise meg objekter og verktøy de benyttet i sin arbeidshverdag som befant seg i rommet.

Informantene ble tilsendt informasjonsskriv i forkant av intervjuet. Her ble de blant annet gjort oppmerksom på at intervjuet ville bli tatt opp lydopptak. Bakgrunnen for å benytte lydopptak var å være sikker på at jeg fikk med meg det som ble sagt, og for å kunne være mer til stede i samtalen uten å bruke tid på å notere (Tjora, 2021, s. 180). Under selve intervjuet minnet jeg informantene på dette, og jeg innhentet skriftlig samtykke til bruken av lydopptak (vedlegg 4). I en intervjusituasjon er det en fordel å skape en avslappet og trygg stemning, hvor informantene kjenner seg trygg nok til å snakke åpent og dele personlige erfaringer (Tjora, 2021, s. 132). Som forsker var jeg opptatt av å formidle til informantene at jeg var takknemlig for at de valgte å dele tiden sin med meg, og at de ville hjelpe meg i prosessen med å innhente data til forskningsprosjektet.

3.5 Transkripsjon

Etter at datainnsamlingen var gjennomført, startet jeg med å transkribere innholdet på de seks lydfilene over til tekst. Transkripsjonen handler om å oversette talespråket som kommer fram på lydbåndopptaket, til et skriftspråk. I en transkribert tekst, vil man ikke få tilgang til kroppsspråk og stemmeleie, slik som man får i selve intervjusituasjonen. Dette kan by på noen utfordringer, og det er ikke alle deler av det muntlige språket som er like lett å gjengi i tekstform (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 204-205). Man skal etterstrebe å i størst mulig grad gjengi det opprinnelige materialet, slik informantene formidlet sine meninger og erfaringer under selve intervjuet (Maltertud, 2017, s. 77). I transkripsjonsprosessen benyttet jeg dataprogrammet «Transcribe by Wreally», hvor jeg lastet opp de ulike filene og skrev ned det jeg hørte (Wreally, u.å). I dette programmet hadde jeg mulighet til å trykke på pause og start via tastaturet, og til å justere tempoet opp og ned. Jeg brukte lang tid på å sikre at jeg fikk med meg alle ord og alt innhold. Alle pauser med ord som «hmm», «eh», «mm», latter og krent forsøkte jeg å inkludere i transkripsjonen, til tross for at noe var utfordrende å gjengi i tekstform. Intervjuet som ble gjennomført på videointervju måtte gjennomgå særlig mange ganger for å sikre at informasjonen ble korrekt gjengitt. Dette var fordi lyden i starten av intervjuet var av noe dårligere kvalitet enn resten. Etter å ha hørt lydfilen flere ganger, hvor jeg justerte tempoet på den muntlige dialogen opp og ned, opplevde jeg likevel at jeg klarte å gjengi informasjonen skriftlig slik den framstod i intervjuet. De transkriberte

intervjufilene var på mellom 15 til 24 sider.

3.6 Forskningsetikk

Alle forskningsprosjekt som innebærer personopplysninger, skal sendes inn til Sikt for godkjenning. Personopplysninger kan for eksempel være e-postadresse, navn, fødselsnummer eller stemme på lydopptak (HVL, 2019). I mitt tilfelle fikk jeg i starten av prosjektet tilgang til informantens navn, e-post, arbeidssted, samt lydopptak fra intervjuet. All informasjon om prosjektet ble derfor sendt inn til godkjenning via meldeskjema. Mitt forskningsprosjekt ble vurdert godkjent av Sikt den 7. juli 2022, med referansenummer 123029 (vedlegg 2).

I informasjonsskrivet som informantene ble tildelt på forhånd, ble det gitt informasjon om prosjektets formål og forskningsspørsmål (vedlegg 3). Informantene ble også gjort oppmerksom på at det er frivillig å delta, at de når som helst kan trekke seg, at de ikke vil kunne gjenkjennes i et publisert verk og hvilke rettigheter de har knyttet til tilgang på datamaterialet. Informasjonsskrivet jeg benyttet var basert på mal fra Sikt (Sikt, u.å.). Malterud (2017, s. 214-215) beskriver at det er strenge krav til informert samtykke og at det er vesentlig at informanten kjenner prosjektet godt nok til å vite at han eller hun ønsker å delta eller ikke. Informanten må kjenne seg trygg på at deres anonymitet vil bli tilstrekkelig ivaretatt og at ingen kan kjenne dem igjen når de leser forskningsprosjektets resultater. Eksempler på ting som kan bidra til gjenkjenning er alder, hvor prosjektet er gjennomført, dialektuttrykk eller at informantene forteller om en spesifikk hendelse. I informasjonsskrivet informantene ble tildelt, går det fram at de opplysningene som vil publiseres er utdanningsnivå, stillingstittel og kjønn. I transkripsjonsprosessen har jeg gjengitt all dialog i bokmål, for å unngå gjenkjenning på bakgrunn av dialektuttrykk.

Etter å ha sendt inn informasjon om studiet mitt til Forskningsdata-teamet på Høgskulen på Vestlandet, fikk jeg beskjed om at studiet mitt inneholdt gule data. Ifølge HVL (2021) kan gule data lagres i OneDrive. Videre beskriver de at eksempler på gule data kan være «vanlige» personopplysninger og upublisert forskningsarbeid. Navn, arbeidssted og andre personopplysninger har blitt anonymisert i de transkriberte tekstene. Både transkripsjonene og lydfilene blir lagret til OneDrive til prosjektet er avsluttet.

3.7 Forforståelse

Begrepet forforståelse omhandler de erfaringene, meningene, tankene og ideene vi har med oss inn i forskningsprosjektet. Disse vil påvirke hvordan vi tolker, forstår og leser vårt datamateriale (Malterud, 2017, s. 44).

I arbeidet med å bestemme meg for tema og forskningsspørsmål har jeg latt meg påvirke av min forforståelse. Malterud (2017, s. 45) sier at forforståelsen ofte er viktig for å finne motivasjon til å sette i gang med et prosjekt. Jeg har en ektefølt interesse for traumer og hvordan dette påvirker mennesker i dagliglivet og i interaksjon med andre. Min utdanning som sosionom, og min arbeidserfaring som miljøterapeut på en barnevernsinstitusjon vil påvirke måten jeg forstår diagnosen kompleks PTSD på. Det vil også påvirke hvordan jeg vil anta at det er å være i en terapeutisk relasjon med mennesker som har fått denne diagnosen. Min arbeidshverdag består i daglig omsorgsansvar for ungdommer mellom 12 til 18 år, som ofte har alvorlige traumeerfaringer med seg før de flytter inn. Min teoretiske referanseramme er preget av traumebevisst omsorg, og andre teorier som sier noe om hva som skal til for å skape en trygg relasjon til ungdommer. Forskjellen på ungdommene jeg møter og de voksne pasientene som får behandling på DPS, kan være tiden de har levd med traumene sine. Min forforståelse er preget av hvordan jeg har observert at flere ungdommer er mindre villige til å åpne opp og uttrykke følelsene sine til oss som miljøterapeuter, til psykologer på Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, og andre i hjelpeapparatet. Dette skyldes nok at de er i en fase av livet hvor de utvikler sin identitet, og i større grad er usikre på seg selv og egne følelser. Før jeg startet prosjektet hadde jeg en forforståelse som sa at det å være i en terapeutisk relasjon med pasienter med symptomer på kompleks PTSD i DPS, ville ligne på mine miljøterapeutiske erfaringer.

Å innta en refleksiv holdning innebærer at vi som forskere overveier og erkjenner betydningen vårt eget ståsted har i forskningsprosessen. Jeg har underveis vært bevisst på å lete etter overraskelser og elementer som står i strid med mine egne forestillinger. Underveis i prosjektet, har jeg notert disse oppdagelsene i en notatbok. Å være refleksiv i forskningen er en holdning man må innta gjennom hele forskningsprosjektet, og som må vedlikeholdes underveis (Malterud, 2017, s. 19-20). Jeg har tilstrebet å stadig innhente den refleksive

holdningen, og forsøke å legge tidligere erfaring og kunnskap i parentes, slik at informantenes stemmer blir hovedfokus i oppgaven.

3.8 Analysemetode

Som analysemetode i dette prosjekt har jeg valgt å benytte systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation – STC). Metoden er blitt utviklet med den hensikt at det skal være en overkommelig og systematisk metode å ta i bruk som nybegynner innenfor kvalitativ forskning (Malterud, 2017, s. 97). Metoden er ikke en fenomenologisk metode, men den inneholder noen likhetstrekk med fenomenologisk tradisjon likevel. En likhet mellom fenomenologi og STC er at en ønsker å belyse de mest relevante sidene ved fenomenet som forskes på. En annen likhet bygger på at man i trinn 1 i STC ønsker å etterstrebe at forskeren legger sine egne erfaringer i parentes, og lar informantenes stemmer komme fram (Malterud, 2017, s. 115-116). STC består av fire trinn:

1. **Helhetsinntrykk** – fra villnis til foreløpige temaer
2. **Meningsbærende enheter** – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. **Kondensering** – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. **Syntese** – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017, s. 99-108).

3.8.1 Helhetsinntrykk

Det første trinnet handler om å bli kjent med datamaterialet. Til sammen hadde jeg 108 sider med transkribert tekst, som jeg leste gjennom flere ganger for å skape meg et helhetsbilde. Jeg skulle så forsøke å finne fram til foreløpige temaer som representerte alle eller flere av informantenes opplevelser av det relasjonelle arbeidet med pasienter med symptomer på diagnosen kompleks PTSD. I dette trinnet vil det være viktigere å finne fram til en helhet enn å legge merke til detaljer, og en skal etterstrebe å ikke la seg påvirke av forforståelse og egen teoretisk referanseramme. Forskeren må imidlertid ikke glemme eget forskningsspørsmål (Malterud, 2017, s. 99). Jeg brukte lang tid på å lese gjennom transkripsjonene for å danne meg et helhetsbilde. I starten opplevde jeg selv at jeg var litt farget av intervjuguiden, og mine første tema ble både bevisst og ubevisst preget av den. Jeg endte opp med å bruke lengre tid på denne prosessen enn jeg hadde sett for meg. Etter å ha

satt meg enda bedre inn i betydningen av å legge forforståelse, intervjuguide og personlig interesse til side, klarte jeg å finne fram til fem foreløpige temaer som alle hadde betydning for mitt forskningsspørsmål. Dette var tema jeg opplevde gikk igjen hos alle informantene jeg snakket med. De foreløpige temaene jeg fant var:

1. Å spørre direkte om traumer
2. Samarbeide med pasienten
3. Fokus på mestring
4. Gi av seg selv
5. Forutsigbarhet

3.8.2 Meningsbærende enheter

I dette trinnet skulle jeg organisere de delene av datamaterialet jeg ønsket å se nærmere på, mens resten ble lagt til side. Målet er å finne fram til mellom tre til fem redigerte foreløpige temaer, som blir det man kan kalle for kodegrupper (Malterud, 2017, s. 100-101). Jeg startet med å lese gjennom alt det transkriberte materialet, og markere alt som kunne kalles for meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene er de delene av teksten som blir relevant for å svare på forskningsspørsmålet. Det som ikke markeres som meningsbærende enheter blir i denne sammenheng ikke sett på som like relevant, og blir lagt til side. En kan si at en filtrerer det som skal være med videre ved å gjennomgå all tekst grundig (Malterud, 2017, s. 100). I dette trinnet lagde jeg et eget dokument som jeg kalte for meningsbærende enheter og klippet inn all tekst som jeg vurderte som en meningsbærende enhet opp mot forskningsspørsmålet. I samarbeid med veileder, landet jeg til slutt på fire ulike kodegrupper i dette trinnet. Jeg forsøkte å la navnet på kodegruppene være preget av teksten og på den måten la informantens stemme komme i fokus. De fire kodegruppene var:

1. Nedtone redselen for å snakke om traumer og følelser
2. Å skape trygghet gjennom informasjon
3. Pasientene regulerer retning og tempo
4. Å bry seg på ekte

Etter å ha funnet fram til de fire kodegruppene, startet arbeidet med å sortere meningsbærende enheter som tilhørte hver kodegruppe, og det er dette som ifølge

Malterud (2017, s. 101) kalles *koding*. Jeg fargekodet alle meningsbærende enheter basert på hvem som hadde sagt hva, for å kunne skille informantene fra hverandre. Malterud (2017, s. 101-102) beskriver at navnet på kodegruppene ofte endres og justeres underveis, basert på at man får nye innspill fra datamaterialet. Dette opplevde jeg i mitt eget analysearbeid, og jeg brukte lang tid på å jobbe meg fram mot kodegruppene som blir presentert over. Jeg vurderer at samtlige kodegrupper forteller noe om hva behandlere i DPS vektlegger i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Samtidig inneholder kodegruppene meningsbærende enheter fra alle seks informantene, noe som kan indikere at kodegruppens tema går på tvers av alle intervjuene. Kodingen kan sees som en systematisk dekontekstualisering, hvor deler av teksten blir henter ut fra sin egentlige sammenheng, og blir sett i sammenheng med andre tekstelementer som sier noe om det samme (Malterud, 2017, s. 104).

3.8.3 Kondensering

I det tredje trinnet av analysen skulle jeg på systematisk vis tilstrebe å hente ut mening gjennom å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var blitt kodet sammen (Malterud, 2017, s. 105). Jeg startet med å se på kodegruppene en etter en og undersøke hvor vidt det finnes nyanser og ulike meninger knyttet til det kodegruppen omhandler. Materialet i hver kodegruppe skal i dette trinnet sorteres i to til tre subgrupper. Jeg endte opp med å sortere tre av kodegruppene i to subgrupper, mens en av kodegruppene mine fikk tre subgrupper. Hvilke subgrupper man ender opp med å opprette, vil være preget av det perspektivet man har med seg når man leser materialet. Man vil tolke teksten basert på eget faglig ståsted og perspektiv (Malterud, 2017, s. 106). Under følger en tabell som viser hvordan mine kodegrupper ble delt inn i ulike subgrupper:

TRINN 2: Kodegrupper	TRINN 3: Subgruppe 1	TRINN 3: Subgruppe 2	TRINN 3: Subgruppe 3
1 Nedtone redselen for å snakke om traumer og følelser	Nedtone pasientenes redsel for å snakke om traumer og følelser	Nedtone behandlernes redsel for å snakke om traumer	Å snakke om unngåelse
2 Skape trygghet gjennom informasjon	Hjelp til å forstå og leve med egen historie	Gi informasjon om det som skjer i behandlingen	
3 Pasientene regulerer retning og tempo	Pasientene setter grenser	Pasientene har eierskap til egen behandling	
4 Å bry seg på ekte	Behandlerne blir personlig påvirket	«Fra menneske-til-menneske»	

Tabell 1: Kodegrupper og subgrupper

Malterud beskriver at det kan være hensiktsmessig å utforme subgruppene i samarbeid med andre. På denne måten er det lettere finne fram til gode subgrupper som på best mulig måte kan belyse relevante sider av fenomenet vi undersøker (Malterud, 2017, s. 106). Jeg utarbeidet mine subgrupper i samarbeid med veileder, noe jeg erfarte som svært nyttig. Etter at subgruppene er etablert, blir det subgruppene analyseenheten, og en skal heretter lage et *kondensat*, eller kunstig sitat for hver subgruppe. Dette er et eget metodisk element for STC som analysemodell. Etter å ha sortert de meningsbærende enhetene under hver sin subgruppe, skal man lage en sammenhengende tekst basert på de meningsbærende enhetene. I det kunstige sitatet skal man bruke jeg-form. Forskeren skal forsøke å gjengi informantenes stemmer så nært som mulig slik de uttrykte seg i intervjuet. Kondensatet bygges og redigeres som en fri og sammenhengende tekst som plasseres i en logisk rekkefølge (Malterud, 2017, s. 106-107). Kondensatet som blir utarbeidet får status som arbeidsnotat,

og det er dette kondensatet forskeren skal ta utgangspunkt i for å starte analysens siste trinn. Et utdrag fra subgruppen «å bry seg på ekte» i kodegruppen «behandlerne blir personlig påvirket» lyder som følger:

Det er ikke så mye som kan vippe meg av pinnen, og som blir for tungt å høre. Jeg tåler det. Men det er jo noen historier som gjør at en bare vil legge seg ned for å gråte. Jeg er jo ganske følsom da.

Etter å ha laget ferdig kondensatet, velger man seg ut det Malterud (2017, s. 108) kaller et *gullsitat*, som på best mulig måte illustrerer den teksten man har laget for hver subgruppe. Gullsitatet blir direkte hentet fra råmaterialet.

3.8.4 Syntese

I det fjerde og siste trinnet skal tekstbitene settes sammen igjen. Forskeren skal i dette trinnet framstille de funnene man har kommet fram til, og det er viktig å være lojal mot det som informantene har formidlet. I tillegg må jeg som forsker ta ansvar for min rolle som fortolker. Kondensatene som ble laget i trinn 3 ble benyttet for å lage en analytisk tekst, som ble illustrert med passende gullsitat. Den analytiske teksten ble skrevet i tredjepersons-form, som en gjenfortelling på vegne av det informantene beskrev, slik at det blir ny kunnskap. Kodegruppene ble utviklet til det Malterud kaller for resultat kategorier. I denne oppgaven har jeg valgt å benevne dem som tema. Resultatkategoriene, eller temaene, blir oppgavens hovedfunn. Navnet på temaene er basert på de tidligere kodegruppene og subgruppene, men bærer samtidig med seg en økt innsikt knyttet til det som ble funnet ut gjennom analysen. Tittelen på temaene sammenfatter det de handler om (Malterud, 2017, s. 109-110). Jeg har funnet fire hovedtema, hvor et av temaene i tillegg har fått et subtema.

Mine tema er:

1. Åpne opp for så snakke om traumer
 - Evidensbaserte metoder som et verktøy
2. Informasjon om forløpet og hjelp til å forstå og leve med egen historie
3. Bidra til at pasienten kan oppleve å ha kontroll
4. Å bry seg på ekte

Helt til sist skal forskeren validere funnene gjennom å se dem i sammenheng med de transkriberte tekstene de er hentet ut ifra. Dette kalles for å rekontekstualisere. En skal være oppmerksom på å legge merke til beskrivelser eller tolkninger som ikke samsvarer med det opprinnelige råmaterialet (Malterud, 2017, s. 110).

I denne prosessen har jeg tilstrebet å framstille funnene mine i en analytisk tekst, som både gjenspeiler informantenes stemmer og erfaringer, samt mine fortolkninger av dem. Det ble utfordrende å sikre at funnene ble framstilt som et resultat med fellestrekk fra flere av informantenes historier, og ikke bare en oppsummering av enkeltfortellinger (Malterud, 2017, s. 109). Jeg brukte lang tid på dette arbeidet. Etter å ha fått god hjelp fra veileder til forstå hvordan dette kan gjøres, ble det etter hvert også lettere å forstå. Gjennom arbeidet med å formidle studiens funn, måtte jeg stadig gå tilbake til de opprinnelige transkripsjonene, for å sikre at kunnskapen jeg formidlet stemte overens med informantenes skildringer.

4 RESULTATER

Analysearbeidet resulterte i fire hovedtema som sier noe om hva behandlere i DPS vektlegger i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Det første temaet har i tillegg fått et subtema. Temaene går på tvers av de seks transkriberte intervjufilene, og er mine endelige resultater. De fire temaene er:

1. Åpne opp for å snakke om traumer
 - Evidensbaserte metoder som et verktøy
2. Hjelp til å forstå og leve med egen historie
3. Bidra til at pasientene kan oppleve kontroll
4. Å bry seg på ekte

4.1 Åpne opp for å snakke om traumer

Dette temaet belyser hva informantene vektla for å skape en åpenhet og trygghet for å

skulle snakke om traumer sammen med pasientene.

Ifølge informantene var det stor variasjon i hvor åpne og klare pasientene var for å dele historier fra sine egne liv. De fortalte at pasienter kunne ha en betydelig frykt for å åpne seg. Dette kunne handle om både skyldfølelse for å utlevere sine nærmeste, og frykt for å blottlegge seg før de hadde opparbeidet tillit til behandler.

Informantene hadde ulike perspektiver på hvilke faktorer som de opplevde som avgjørende for å oppnå at pasientene følte seg trygge nok til å åpne seg for dem. For det første vektla de å skape en åpen og aksepterende atmosfære i terapirommet, slik at pasientene kunne føle seg velkommen og trygg. De fleste hadde erfart å oppnå dette, selv om det også ble delt eksempler hvor de ikke lyktes. For det andre framhevet flere informanter betydningen av å ha god tid i behandlingsforløpet, og over tid vise at de tålte pasientenes ulike følelsesuttrykk. For det tredje understreket informantene at det var avgjørende å vise at man tok pasienten på alvor. Mange hadde erfaring med at pasientene synes det var godt å dele historien til noen som lyttet til dem og trodde på det de fortalte. Et fjerde perspektiv som ble delt var viktigheten av at pasientene utviklet et håp, gjennom å formidle til dem at de som behandlere hadde tro på at de ville få det bedre av behandlingen.

Flere informanter understreket at de var mer varsomme dersom en pasient viste tegn på vegring mot å gå inn på de mest alvorlige traumene sine. I slike tilfeller valgte de å først åpne opp for lettere traumer. Noen informanter hadde erfart at enkelte pasienter holdt igjen for å skåne dem som behandlere, og at de i slike tilfeller hadde gjort det tydelig for dem at de tålte å høre om traumeerfaringene deres, som illustrert i dette sitatet:

Det jeg tror er en av de viktige tingene i forhold til relasjon, er å formidle at vi snakker med pasienter om dette hele tiden. «Jeg har hørt fortellingen som ligner på din veldig mange ganger. Dette skader ikke meg, jeg tåler det, jeg har tro på at du kan tåle det». De sidene av det er viktige for relasjonen (Anna).

Flere informanter påpekte betydningen av å hjelpe pasienter til å oppnå bedre kontakt med og forståelse for egne følelser. Dette kunne bidra til å motstanden mange pasienter kunne føle når det gjaldt å fortelle om vanskelige livserfaringer med dem. Informantene beskrev at

pasientene kunne ha komplekse følelser knyttet til traumatiske opplevelser, som skam, skyld, avsky og sinne. Å åpne opp om disse følelsene, og utvikle et felles språk for dem, ble beskrevet som avgjørende. Ifølge informantene var det vanlig at pasienter som hadde undertrykt følelsene sine over lang tid, hadde en betydelig frykt knyttet til disse følelsene. Dette ble beskrevet som en utfordrende del av behandlingen. For å dempe denne angsten forsøkte de å hjelpe pasientene å forstå og kjenne på følelsene sine i et nytt lys. Som et eksempel på dette sa en informant:

Det handler om at mye av reaksjonsmønsteret de hadde, som de kan skamme seg over nå, må bli anerkjent, at det faktisk var viktig. De var beskyttende for dem da, ikke sant? Altså, de måtte gjøre det for å klare å stå i situasjonen (Line).

Dette kunne bidra til å redusere følelser som skam og skyldfølelse hos pasienten. De fleste delte historier som vitnet om informantenes betydelige ro og trygghet når det gjaldt å snakke med pasientene om alvorlige traumeerfaringer. Flere av informantene framhevet sine positive erfaringer, særlig at pasientene ikke ble dårligere av å snakke om traumene sine, som vist i dette sitatet:

Jeg lurer på om folk som ikke jobber med det tror at det er vanskeligere enn det hva det kanskje er. Og at frykten for å snakke om ting som er vanskelige, eller snakke om traumer da. På en måte så er det litt som traumer, at når du begynner å gjøre det, så går trollet litt opp i røyk, sant. At man forstår også som terapeut at det ikke er så farlig å snakke om det da (Anna).

Flere framhevet at det erfarte at åpenhet representerte en viktig del av pasientenes helbredelsesprosess. Noen framhevet at det å la være å snakke om traumer kunne tendere til å være retraumatiserende for pasienten.

4.1.1 Evidensbaserte metoder som et verktøy

Alle informantene fortalte at de anvendte ulike evidensbaserte metoder i traumebehandlingen – herunder EMDR, emosjonsfokusert terapi og kognitiv terapi. Funnene indikerte implisitt at informantene stolte på egne metoder, og at de var et nyttig verktøy for å trygge pasientene gjennom behandlingen. Flere formidlet at de fleste pasientene som mottok behandlingen som ble tilbudt, viste forbedring i sin helsetilstand. Noen informanter

uttalte at metodene de anvendte gav pasientene trygge rammer og forutsigbarhet. De hadde en opplevelse av at pasientene følte seg trygge ved å vite at de som behandlere hadde kunnskap om traumer og kunne støtte seg på et solid faglig fundament.

På ulike måter beskrev informantene at de gjennom sine metoder forsøkte å hjelpe pasientene til å bearbeide sine mest smertefulle følelser. Dette kommer til uttrykk i følgende to sitater:

Emosjonsfokuset terapi handler jo i stor grad om å «changing emotion, with emotion». Man går ned i det vondeste og dypeste, og har som mål å transformere noe (Zara).

Med EMDR, poenget med den er jo at vi skal ta utgangspunkt i flashbacks. «Hva er det du som oftest har flashbacks i forhold til?». Og så skal vi gå inn i det verste øyeblikket i den verste episoden. Men det er jo ikke alle som er klar for å gå inn i det med en gang, så da er det ofte vi begynner med litt lettere traumer (Line).

Å bearbeide de vondeste traumene til pasienten, ble beskrevet som en nøkkelfaktor for at pasientene skulle oppnå bedring. Informanten som benyttet kognitiv terapi formidlet at hun pleide å lage en tidslinje for å hjelpe pasientene å sortere indre kaos og sammensatte følelser. Etter å ha gjort dette, var hun opptatt av å gå inn for å bearbeide de områdene av livslinjen som framstod som verst for pasientene. Videre ble det beskrevet at dersom disse minnene ble bearbeidet, ville det også være lettere å jobbe seg gjennom resten. Innenfor kognitiv terapi ble det formidlet at pasientene kunne ha kognitive tolkninger og antakelser av traumene sine som var destruktive, og at det kan være en sterk opplevelse når pasientene fikk et nytt syn på egen historie, som vist i følgende sitat:

Men det er så effektivt også når folk innser at det ikke var deres skyld, fordi da. nå begynner jeg nesten å gråte. Det er bare så utrolig mektig, altså! Når folk skjønner at de har en framtid, eller det var ikke deres skyld, eller at de har en framtid (Kari).

En informant som benyttet seg av emosjonsfokuset terapi formidlet at denne metoden innebærer en særegen form for empati, som involverer en mer dyp validering av pasientenes vonde følelser. Dette ble beskrevet slik:

Man må liksom kjenne etter inni seg selv, uten at det er farlig, men hvor, hvor utrolig smertefullt dette må være for akkurat den pasienten, å ha det sånn. Og så på en

måte kunne si det til dem. Uten at det er noe som gjør dem verre, for det gjør det ikke. Det gjør jo bare at de føler at de ikke er alene (Zara).

Sitatet over vitner om at denne formen for empati kan bidra til å bedre pasientenes syn på seg selv, gjennom å føle seg mindre alene.

4.2 Hjelp til å forstå og leve med egen historie

I dette tema belyses informantenes vektlegging av å skape en trygg relasjon for pasientene gjennom å gi dem informasjon underveis i behandlingen, og normalisere symptomene som kommer til uttrykk, i lys av pasientenes historie.

På tvers av intervjuene, kom det fram beskrivelser av hvordan informantene tilstrebet å gi pasientene oversikt over typiske symptomer etter traumehendelser. Ifølge flere informanter møtte de pasienter som hadde levd med traumene sine så lenge, at de trodde traumesymptomene de kjente på i hverdagen var en normal del av det å være et menneske.

En teknikk som informantene brukte for å gi pasientene en økt forståelse av seg selv og eget symptom-bilde var psykoedukasjon. Dette kunne gi pasientene en ny innsikt, som vist i følgende sitat:

Og da ser jeg hos mange av dem med kompleks PTSD, at de kan få tårer i øynene og gjenkjenning. De kan si «ja, sånn er det», eller «nei, ikke sånn, men.. sånn», og «hvorfor er det ingen som har fortalt dette før?». Ofte trenger folk å forstå at symptomene deres er normalpsykologiske reaksjoner på unormale belastninger, som har vært for overveldende å håndtere (Vilde).

I eksempelet over refereres det til å benytte tavle for å tegne og forklare typiske reaksjoner og ettervirkninger etter å ha vært utsatt for traumer. Noen hevdet at å få diagnosen kompleks PTSD i seg selv kunne bidra til en ny forståelse av seg selv:

Det er veldig mange som føler seg møtt av å få den diagnosen. Som om det er en slags anerkjennelse i diagnosen om at det er ingenting galt med deg som person. Ja, og symptomene dine er helt forståelige logiske reaksjoner på ting som du aldri skulle ha opplevd. Så det er på en måte akkurat som en får et litt sånn mildere blikk på seg selv bare av å sette det i den kontekstesten der, sant. Jeg vil ikke si at da er jobben gjort, men ja. Det å forsone seg med ting som har vært og ja, det opplever jeg ofte at kan hjelpe litt (Mona).

Informantene reflekterte over viktigheten av å skape et trygt og forutsigbart rom for pasientene gjennom å gi dem tilstrekkelig informasjon om det som skulle skje underveis i behandlingen. Dette handlet særlig å informere om et økt symptomtrykk, som var forventet å oppstå hos de fleste pasienter som var i gang med traumebehandling. Dette kunne blant annet ved bruk av språklige bilder eller metaforer, for å gi en tydeligere beskrivelse for pasienten, som eksemplifisert i dette sitatet:

Smerteproblematikken kan øke når vi er i gang. Så det å trygge dem og normalisere at de mest sannsynlig vil få en symptomøkning etter at vi har begynt med dette her, og det er helt vanlig. Jeg sammenligner det ofte med kreftbehandling. Cellegiften dreper kreften, og skal gjøre deg frisk, men mens du holder på, så kan du noen ganger lure på om du kommer til å dø av selve behandlingen, fordi den har så mange bivirkninger sant. Og sånn er det litt med traumebehandlingen også, at når vi begynner å pirke i det betente såret, så gjør det mer vondt og du vil kjenne på det før vi har fått rensket vekk det som er betent, og en får et mer avklart forhold til at det var da og ikke nå (Line).

Informantene vektla også å informere pasientene om sin rolle som behandlere, herunder å informere dem om taushetsplikt, meldeplikt og sin tilgjengelighet. De var opptatt av å sørge for at pasientene var tilstrekkelig informert om hele behandlingsprosessen. Dessuten understreket alle informantene at de etterstrebet å snakke om avslutningen av behandlingen tidlig i behandlingsforløpet. Avslutningen ble beskrevet som spesielt sårbar for pasienter med komplekse traumeerfaringer. Dette skyldtes ofte tidligere erfaringer med avvisning og brudd i relasjoner. Det ble formidlet fra flere at behandlingsforløpet ble forbedret gjennom å ta opp avslutning som tema helt fra starten av, fordi det gav en økt forutsigbarhet for pasientene.

De fleste informantene beskrev traumebehandling som overveiende positivt. Likevel, la de vekt på å gi sine pasienter informasjon om at døren til DPS ikke var «stengt for alltid» etter at behandlingsforløpet var avsluttet. De informerte pasientene sine at gjennom å få en ny henvisning fra sin fastlege, kunne de komme tilbake i behandling dersom behovet skulle oppstå. Noen understreket også at de etterstrebet å informere pasientene om hva de kunne forvente etter behandlingen var over, for å gi dem en høyere grad av trygghet og forutsigbarhet. Dette handlet i hovedsak om å gi pasientene et bilde av at behandlingen ikke hadde som mål å fjerne alt som var vondt, men at den skulle gi dem mestringsstrategier når utfordringer oppstår, som de ikke har hatt tidligere.

4.3 Bidra til at pasienten kan få en opplevelse av kontroll

Dette tema fokuserer på informantenes vektlegging av at pasientene får hjelp til å sette grenser for sin egen behandling, og at de opplever å ha kontroll over forløpet i terapien.

Informantene var opptatt av å kommunisere til pasientene at de hadde mulighet til å stoppe og bremse i behandlingen når som helst. De understreket at pasientene ikke skulle føle seg tvunget til å delta i behandlingen. Videre ble det uttrykt at pasientene måtte være med på å bestemme behandlingens tempo. Det ble generelt sett framhevet som en viktig faktor å gi pasientene en følelse av kontroll og autonomi i behandlingsprosessen. Flere gav uttrykk for at de ønsket at pasientene skulle kunne kjenne på at det var trygt å sette grenser i terapirommet. Dette ble beskrevet som særlig viktig dersom pasientene tidligere hadde opplevd overgrep og/eller psykisk/fysisk vold. Informantene uttalte at de heiet på at pasientene sa ifra om hvordan de ville ha det i behandlingen, som formidlet i dette sitatet:

Jeg veldig tydelig på å si: "Takk for at du gir tilbakemelding, det er nyttig for meg, da vet jeg hvordan jeg kan hjelpe deg», og så videre. Sånn at.. jeg har veldig fokus på at hvis de setter grenser, så heier jeg veldig på det. Sånn at de kan erfare gjennom terapien at det er vits i å sette grenser, sant. Og det kjennes trygt, sant. Her er et sted hvor jeg kan si nei, her det sånn at terapeuten respekterer det hvis det blir for mye, eller hvis det er sånn at noe ikke er greit (Kari).

Informantene understreket at det alltid var pasientene som bestemte hva de ville dele fra egen historie. Da en av informantene ble spurt hvordan hun etterspurte traumehistorikk, formidlet hun: «Det bare spør jeg om på en måte. Men jeg passer alltid på at det er deres valg å fortelle» (Zara).

Informantene vektla at pasientenes mål for terapi skulle være hovedfokuset i behandlingen, og at pasientene skulle ha muligheten til å påvirke forløpet i tråd med sine ønsker og behov. De understrekte at alle som kom inn døren var forskjellige, og at de var opptatt av å lytte til pasientenes ønsker og behov. Alle deltakerne hadde særlig fokus på at behandlingen skulle være et samarbeidsprosjekt, som forklart i sitatet under:

Det terapeutiske prosjektet fungerer best når pasienten har et ordentlig eierskap til det. Også er det jo da å kunne få folk til å forstå at; «Dette kan du være med å påvirke. Du kan få gi meg tilbakemeldinger som psykolog på hva du synes er vanskelig. Du kan bare spørre meg; hvorfor spurte du om det spørsmålet? Hvis du

synes at det spørsmålet var rart». Altså, det å forklare til folk at jeg er åpen for innspill, dette er et samarbeidsprosjekt. Målet mitt er at du skal bli tryggest mulig her inne når vi skal jobbe med det som er vondt og vanskelig for deg. Så det er egentlig å si det rett ut (Vilde)

Sitatet kan illustrere informantenes vektlegging av å anerkjenne pasientenes subjektive følelser og opplevelser. For å sikre at pasientene fikk gi tilbakemeldinger på terapien, var flere opptatt av å evaluere behandlingen underveis. Noen etterstrebet i tillegg å hjelpe pasientene å forstå at det er de selv som er avgjørende for behandlingens suksess, som det framkommer i dette sitatet:

Det er jo pasienten som gjør jobben. Det er jo ikke terapeuten, sant. Der å klare den transformasjonen, å gå fra at det er terapeuten som skal hjelpe meg, til at å se at jeg hjelper meg selv. Terapeuten er det som en fasilitator og støtte, men det er faktisk «jeg» som gjør jobben. Jeg tror mange er klar for å avslutte når de skjønner det (Zara).

4.4 Å bry seg på ekte

I dette tema fremheves informantenes vektlegging av å møte pasientene med empati, omsorg og vennlighet, samt refleksjoner over hvordan de selv ble påvirket av relasjonen til pasientene sine.

Mange av informantene erfarte at det å dele historier fra sitt eget liv, kunne være en døråpner for å skape relasjon til pasientene. Det ble blant annet beskrevet slik: «For da skjønner de at det ikke er behandler-pasient, det er menneske-til-menneske» (Line). Det var imidlertid flere som understreket at det som ble delt fra eget liv måtte være godt bearbeidet, og at en måtte skille mellom å være personlig og privat.

Det framstod som et overordnet mål for informantene å være ydmyk, respektfull og nysgjerrig ovenfor pasientene. Det var en uttalt forståelse av at pasientene måtte oppleve at behandlerne var snille folk, som ville dem vel. En sa:

For å være en god terapeut, så er du nødt til å bry deg. På ekte, sant. Om pasienter. Jeg tror ikke det er hensiktsmessig om du er kald, på en måte, og helt frakoblet emosjonelt (Kari).

Å kunne engasjere seg følelsesmessig med pasienten, ble beskrevet som en viktig del av det

å være en god terapeut. Noen hevdet at hvilken behandler man fikk tildelt kunne være av særlig stor betydning for pasienter med kompleks PTSD, som vist i dette sitatet:

For veldig mange pasienter, så er det ikke så viktig med den der psykologen og hvem det er, liksom. Men akkurat med disse pasientene, så opplever jeg at det blir veldig viktig. At man vet at man har en trygghet i hvem man møter og at det er noen man kan stole på, på et helt annet nivå enn kanskje andre pasientgrupper. Jeg tror det er fordi de har så masse relasjonsskader fra før (Zara).

Beskrivelsene fra informantene indikerte en genuin interesse for å møte pasienter som lider av kompleks PTSD. Mange delte opplevelser av å få mye tilbake selv gjennom arbeidet, til tross for at deres hovedmål var å hjelpe pasientene. Dette skyldtes ofte de utviklet en særlig tett forbindelse med denne pasientgruppen gjennom samtaler om personlige og vanskelige tema. Noen fortalte at de synes det var givende at pasientene utviklet tillit nok til å tørre å åpne seg for dem.

De fleste informantene i studien understreket at det var sjelden de tok med seg pasienthistorier hjem. De gav uttrykk for en evne til å tåle en viss grad av emosjonell belastning. Til tross for dette, uttalte noen informanter at de kunne kjenne på vanskelige følelser under terapitimene. I enkelte tilfeller hadde de begynt å gråte som følger av det pasientene fortalte dem. I slike situasjoner opplevde de at det var en åpenhet for å kommunisere til pasientene at det som var blitt delt var grusomt, og at de selv fikk en følelsesmessig reaksjon. Det ble imidlertid understreket at dette ikke skulle være en belastning for pasientene, og de var opptatt av at pasientene skulle oppleve dette som en empatisk og validerende reaksjon. Mange fortalte at det å vise følelser ovenfor pasientene vanligvis ble positivt mottatt og at pasientene formidlet til dem at det bidro til at de fikk en følelse av å bli sett og forstått.

Det mest krevende med relasjonsarbeidet kunne være når pasientene opplevdes paranoide og forsøkte å sette behandlere opp mot hverandre, som en informant sa: «Hvis du merker at pasienten ikke stoler på deg, så blir du også på vakt» (Vilde). For å unngå å bli sekundærtraumatisert, delte en informant et begrep hun kalte for «psykologisk avstand». Hun beskrev en mental modus hvor hun så for seg et fysisk skjold mellom seg selv og pasienten, for å minne seg selv på at de var to ulike individer, som forklart i dette sitatet:

Og jeg tror kanskje det handler litt om at når jeg går inn i terapirommet, og vet at nå

skal jeg drive med bearbeiding, og jobbe med noen som har traumer, så går jeg inn i en viss mental modus. Litt sånn som at du tar på deg regnjakken når du går ut når det regner, ikke sant. Nå er jeg klar. Mentalt forberede seg litt på det. Så det er nok viktig. Det handler mye om den psykologiske avstanden (Kari).

For å oppnå en slik mental modus, krevdes det en viss grad av selvinnsikt og selvbevissthet fra behandlerens side.

5 DISKUSJON

Dette studiet resulterte i fire tema og ett subtema, som sier noe om hva informantene vektla i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Informantene påpekte betydningen av å være åpen, og å benytte evidensbaserte terapeutiske tilnærminger i møte med pasientene. Dette var med å bidra til at de kunne hjelpe pasientene både å forstå og mestre livet til tross for sine traumatiske erfaringer. Informantene vektla å gi pasientene en følelse av å ha kontroll i behandlingsprosessen, samtidig som de praktiserte en empatisk og omsorgsfull tilnærming for å oppnå en terapeutisk allianse. I dette kapittelet vil jeg diskutere de fire hovedtemaene i lys av relevant teori og forskning. Til slutt kommer en metodisk diskusjon, hvor jeg vurderer hvorvidt resultatene kan sies å være gyldige og pålitelige.

5.1 «Trollet går opp i røyk»

I dette prosjektet delte informantene historier som vitnet om at det var store variasjoner i hvordan pasientene framstod i de første møtene med dem. De hadde flere erfaringer som tilsa at pasientene kunne vise følelser som frykt, sårbarhet og usikkerhet i terapirommet. Disse følelsene kan trolig skyldes ulike traumatiske belastninger. Hvis man skal forstå disse følelsene ut ifra et tilknytningsteoretisk perspektiv, kan man tenke at pasientene kan ha hatt utrygge tilknytningserfaringer fra tidlige leveår, som har gjort dem mer sårbare for psykiske lidelser. Gjennom barndommen kan pasientene ha erfart å måtte være på vakt ovenfor sine omgivelser, fordi de ikke har hatt den nødvendige emosjonelle støtten i sine

omsorgspersoner (Schibbye, 2012). Huseby (2016) beskriver hvordan personer som har diagnosen kompleks PTSD ofte kan ha opplevd alvorlige traumer i tidligere relasjoner. Videre beskriver Thelle og Hagen (2021) at et av symptomene på diagnosen er utfordringer til å både knytte og opprettholde nære relasjoner til andre, og at diagnosen kan påvirke mange viktige funksjonsområder, blant annet opplevelsen av sosiale forhold. Pasientene kan ha tatt tidlige tilknytningserfaringer og andre relasjonelle traumer med seg inn i voksenlivet, og inn i møtet med sin behandler på DPS. En kan si at behandlerne gjennom sin måte å være på, kan oppleves som triggere for pasientenes tidligere traumeminner (Cohen et al., 2018). Det kan være rimelig å anta at en slik mistenksom interaksjon vil kunne kreve en betydelig grad av faglig trygghet og flere terapeutiske ferdigheter fra behandlerens side. Dette er spesielt relevant i lys av at terapiens mål er å oppnå en atmosfære hvor pasientene blir trygg nok til å åpne seg om spesielt sårbare tema. I en slik kontekst kan det trolig være en utfordring for behandlerne å avgjøre når pasienten har oppnådd tilstrekkelig grad av trygghet, og hvor det er skapt en stemning hvor behandleren vurderer at det er trygt å stille spørsmål om traumet. Ifølge Jaffe et al. (2015) kan spørsmål knyttet til traumeerfaringer i et forskningsprosjekt føre til umiddelbare psykiske belastninger for pasienten. Informantene fortalte i tillegg at traumebehandling kan være så smertefullt når det pågår, at det kan sammenlignes med kreftbehandling og cellegift. Basert på den forventede symptomøkningen når traumebehandlingen pågår, kan en tenke at det kan være utfordrende for en behandler å avgjøre når relasjonen er trygg nok til at slike tema kan utforskes.

På en annen side uttrykker informantene i denne studien en følelse av trygghet og komfort når det gjelder å snakke åpent med pasienter om deres traumeerfaringer. Resultatene kan tyde på at å arbeide med traumebehandling ikke er så omfattende som personer utenfor fagfeltet kanskje antar. En metafor som anvendes for å beskrive hvordan det er å snakke med pasienter om deres traumer er som når «trollet går opp i røyk». En kan forstå det slik at når behandleren først adresserer tema som omhandler pasientenes sårbarheter ovenfor dem, så oppleves det ikke så farlig som en først kunne anta, verken for pasient eller behandler. Dette samsvarer med Jaffe et al. (2015) sin studie, hvor deltakerne i stor grad erfarte sin medvirkning i traumeforskning som positivt. Dette var til tross for at de måtte svare på spørsmål knyttet til egne traumer. Samlet sett kan disse funnene tyde på at fagpersoner ikke skal være redd for å snakke med pasienter om deres traumeminner, da det

ikke vil forverre symptomene deres. Det vil tvert imot bidra til en lettelse for pasienten, da de kan ha båret på minnene sine alene i lang tid.

Informantenes positive erfaring av å berøre følsomme temaer og utforske pasientenes traumer, kan handle om at de benytter ulike relasjonelle virkemidler. Informantene uttrykte at de var bevisste på å være varsomme i sin tilnærming til pasienter som viste klare tegn til frykt under terapiøktene. Dette handlet om å bruke god tid på å skape en trygg atmosfære for pasientene. De måtte vise at de over tid kunne tåle pasientenes følelsesuttrykk, og at de ikke forlot relasjonen dersom disse ble sterke. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012) vil det behandlere sier, bli tolket ut ifra pasientenes oppfatning av sin relasjon til behandlerne. Dette kan bety at det å nærme seg pasientenes traumeopplevelser i dialog, er avhengig av den eksisterende relasjonen mellom pasient og behandler. En kan tenke at ved å være bevisst relasjonelle virkemidler, anvender behandlerne det Schibbye (2012) kaller for gjensidig anerkjennelse. Dette vil blant annet handle om at behandlerne har empatiske evner til å sette seg inn i pasientene sin opplevelsesverden, og se ting ut ifra deres perspektiv. I tilfeller hvor pasientene fremstår utrygge i starten av et terapiforhold, vil det å være varsom i sin framtoning fra behandlernes side, være et eksempel på slik gjensidig anerkjennelse. Gjennom å gå varsomt fram, viser behandlerne at de anerkjenner pasientenes sårbarhet og ønsker å ta hensyn til den. Dette kan bidra til at pasientene utvikler en økt tillit til behandlerne og til traumebehandlingen. Informantene fortalte at de la vekt på å vise pasientene at de tok deres opplevelser på alvor. De uttrykte også et mål om å gi pasientene håp om bedring, ved å si at de har tro på deres bedringsprosess. Disse tiltakene kan bidra til at pasientene opplever at behandlerne er på deres side, som kan skyldes at behandlerne inntar det Schibbye (2012) omtaler som en subjekt-subjekt-holdning.

5.2 Metoder eller relasjon?

Informantene uttrykte tro på de evidensbaserte metodene de benyttet, og flere mente at metodene hadde en betydelig innvirkning på pasientenes bedringsprosess. Både emosjonsfokusert terapi, EMDR og kognitiv terapi gir behandleren en rekke konkrete verktøy som kan bidra til en bedringsprosess for pasientene. Bækkelund et al. (2022) viser at både kognitiv terapi og EMDR gir positive resultater for behandling av kompleks PTSD hos voksne

pasienter i poliklinikk. En kan dermed si at disse metodene kan være nyttige verktøy for behandlere i arbeid med traumepasienter.

Samtidig gir Matheson og Weightman (2021) og Gulliksen et al. (2020) sine studier resultater som indikerer at tilliten som utvikles i relasjon mellom behandler og pasient er en stor del av årsaken til at pasientene blir bedre. Bøe og Thomassen (2018) skriver at til tross for at evidensbaserte metoder oppnår gode resultater, kan man stille seg spørsmål til om gode behandlingsresultater i like stor grad skyldes det som skjer i relasjonen mellom behandler og pasient. Røkenes og Hanssen (2012) underbygger dette ved å hevde at relasjonen vil være viktigere enn det som blir sagt og gjort underveis i et behandlingssamarbeid. Noen av informantene hadde erfart at pasientene synes det var trygt at de som fagpersoner lente seg på et solid og faglig fundament. Dersom man skal trekke en refleksjon ut ifra dette, kan en undre seg over om det ikke bare er de evidensbaserte metodene som spiller en rolle for pasientenes bedringsprosess, men også behandlerens holdninger til disse metodene. Det er rimelig å anta at behandlerens positive tro på metoden de anvender, kan ha stor innvirkning på pasientenes motivasjon og forventninger til behandlingen. Dette kan igjen påvirke pasientenes opplevelse av mestring og engasjement i terapien.

Forskningen som er nevnt over viser at en god relasjon og utviklingen av tillit mellom behandler og pasient, kan være av stor betydning for behandlingsutfallet hos pasienter med traumeerfaringer. På samme tid gir evidensbaserte metoder behandlerne noen klare retningslinjer for hvordan de kan systematisere traumebehandlingen. EMDR og kognitiv terapi kan ifølge Jakobsen (2016) og Hoffart (2021) bidra til å redusere pasientenes belastning ved traumeminnet, selv om de har ulike tilnæringsmetoder for å oppnå dette. I tillegg kan evidensbaserte metoder inneholde konkrete virkemidler som vil gi pasientene en opplevelse av gjensidig anerkjennelse. Det ble blant annet beskrevet hvordan man i emosjonsfokusert terapi tilstrebet å gi pasientene validering gjennom en egen form for empati. I denne formen for empati skulle man kjenne etter dypt inni seg selv for å få tilgang til pasientens smerter og opplevelsesverden. Stiegler (2021) kaller dette for ektefølt empati, og omtaler dette som en nøkkelfaktor for at pasientene tør å være sårbar i terapi. Dette kan minne om det Schibbye (2012) beskriver om terapeutisk forståelse som en av ingrediensene i den gjensidige anerkjennelsen. For at behandleren skal oppnå en indre forståelse av pasientens opplevelser, må behandleren tilstrebe å kjenne på lignende følelser i seg selv.

En kan tenke at det ikke vil være enten/eller, men snarere en kombinasjon av evidensbaserte metoder og god relasjon som er avgjørende for vellykkede behandlingsresultat. Der hvor de evidensbaserte metodene gir behandlerne veiledning og struktur, vil en god behandler-pasient relasjon gi en følelse av tillit og trygghet som kan være avgjørende for forløpet. En sterk terapeutisk allianse, som innebærer et gjensidig anerkjennende forhold mellom behandler og pasient, kan likevel være en nødvendig forutsetning for å komme i gang med bruken av evidensbaserte metoder.

5.3 Balansen mellom behandlerens kunnskap og pasientenes følelse av kontroll

Flere informanter delte en opplevelse av at pasientene fant en trygghet i at de som behandlere lente seg på et faglig fundament. Informantene vektla blant annet å gi pasientene informasjon om typiske symptomer på gjentatte traumeerfaringer, også kalt psykoedukasjon. Ifølge Cohen et al. (2018) vil psykoedukasjonens viktigste mål være å normalisere reaksjoner på traumatiske erfaringer. I ICD-11 er symptomene på kompleks PTSD blant annet kjennetegnet ved lav selvfølelse og en opplevelse av å være verdiløs. Dette kan knyttes opp mot følelser som skam og skyld (Thelle & Hagen, 2021). Cohen et al. (2018) sier at psykoedukasjon kan bidra til at behandleren kan forsikre seg om at pasienten har riktig oppfatning av tidligere traumatiske erfaringer. Følelser som skam og skyld kan oppstå som følger av at pasientene opplever at det var deres skyld at traumene oppstod, og/eller at de skammer seg over reaksjonene de hadde da traumet inntraff. Informantene delte historier om at psykoedukasjon kunne føre til takknemlighet og emosjonelle reaksjoner hos pasientene. Det ble tydelig at pasientene fra før manglet en bevissthet over sammenhengen mellom traumer og traumesymptomer. Resultatene i studien kan tyde på at å få diagnosen kompleks PTSD i seg selv kunne bidra til en større aksept og forståelse av egen historie for pasientene. Aksept og toleranse beskrives som en av ingrediensene i gjensidig anerkjennelse, ifølge Schibbye (2012). Når behandleren viser at han/hun forstår og anerkjenner sider som pasientene kanskje selv skammer seg over, vil det også hjelpe pasientene til å se seg selv i et nytt lys. Funn fra Robinson et al. (2019) sin studie indikerer at psykoedukasjon er et nyttig redskap i møte med pasienter med komplekse traumer. Studien viser at de ansatte ved en døgnavdeling fikk økt selvtillit i møte med komplekse traumer etter å ha hatt opplæring i dette. Det kan si noe om at det å ha kunnskap og en faglig

forankring, vil styrke behandlernes troverdighet og dermed også pasientens tillit til dem. Informantene delte i tillegg en opplevelse av at pasientene ble tryggere av at de var forutsigbare og at de jevnlig informerte pasientene om de ulike stegene i behandlingsprosessen. Dette handlet blant annet om å informere om en forventet økning av symptomer, og snakke om avslutningen av terapiforholdet fra starten av. Dette var for å sikre at en avslutningsprosess opplevdes forutsigbar for pasienten.

Resultatene indikerer at pasienter med kompleks PTSD kan oppleve at relasjonen og behandlingsforløpet opplevdes tryggere ved at behandlerne satt på en viss grad av kontroll, gjennom å tilby en forutsigbar og informativ prosess. På den andre siden la informantene stor vekt på å gi pasientene en opplevelse av kontroll over behandlingen. De understreket betydningen av at pasientene opplevde å ha autonomi i forløpet. Dette var nødvendig for at pasientene skulle kunne øve seg på å sette grenser for seg selv. Terapirommet skulle være en trygg arena for å gi tilbakemelding om noe var uklart, eller om det var noe de var uenig i. Ettersom alle pasientene var unike individer, var det viktig for informantene å lytte til den enkeltes ønsker og behov. Schibbye (2012) beskriver at gjensidig anerkjennelse blant annet innebærer å tilpasse seg den enkelte pasienten, og signalisere at pasientenes følelser og opplevelser er viktige. Schibbye (2012) beskriver at aktiv lytting i en gjensidig anerkjennende praksis, handler om å legge sine egne forståelser til side, og lytte til det fenomenet eller pasienten bringer inn i samtalen. Resultatene fra forskningen til Topor og Denhov (2015) viser at deltakerne i studien verdsatte hjelpere som signaliserte at de som individer var viktige. Gjennom å se den enkelte som et unikt individ, og å oppfordre pasientene til å komme med tilbakemeldinger, vil pasientene også føle at de blir verdsatt som den de er i behandlerens øyne. På denne måten blir relasjonen vurdert som en relasjon mellom to personer, og ikke bare mellom pasient og hjelper, jamfør Ljungenberg et al. (2015).

Informantene fortalte at de var opptatt av å spørre pasientene hva som var deres mål med å gå i traumeterapi, og at dette ble satt som et hovedmål. Matheson og Weightman (2021) fant at pasienter med kompleks PTSD som bidro i et forskningsprosjekt, fikk økt selvtillit. Deltakerne i studien hadde tidligere kjent på følelsen av å være hjelpeløs, mens nå opplevde de en sosial inkludering som gav dem mestringsfølelse. På samme måte som deltakelse i forskning kan gi økt selvtillit, kan opplevelse av kontroll over behandlingsforløpet gi en lignende følelse av økt selvtillit for pasientene. Gjennom å vise med kroppsspråk og handling

at pasientens meninger er viktige, kan være et godt relasjonelt virkemiddel for at behandlingen skal gi gode resultater. I lys av et tilknytningsteoretisk perspektiv, kan denne opplevelsen av kontroll oppleves helende for pasienten. Dersom pasientene har hatt utrygge tilknytningserfaringer, kan de også ha hatt en hverdag preget av uforutsigbarhet og mangel på kontroll (Schibbye, 2012).

Schibbye (2012) påpeker at behandlere bør ha en teoretisk forankring i arbeidet de gjør sammen med pasientene. Hun understreker samtidig betydningen av at behandlere trener på å balansere forholdet mellom sin teoretiske forståelse og pasientenes individuelle synspunkter og behov. Dette innebærer å kunne sette sin faglige forankring til side, og lytte til pasientenes perspektiv. Dette kan sees i sammenheng med det informantene i denne studien uttalte om å se på terapien som et samarbeidsprosjekt mellom dem og pasientene. Når terapiforholdet blir mer samarbeidsorientert, kan en si at behandlerne inntar en subjekt-subjekt-holdning, hvor både behandler og pasient spiller en like viktig rolle.

5.4 Kunsten å bry seg på ekte

Som studiens resultater blant annet formidler, så er du «nødt til å bry deg på ekte» for å være en god terapeut. Videre skildret informantene et overordnet mål om å være ydmyk og respektfull i møte med pasientene. Ifølge Schibbye (2012) vil det ikke være menneskelig for en behandler å til en vær tid ha en anerkjennende holdning ovenfor pasienter. Selv om behandlere bør tilstrebe å ha en profesjonell distanse når de møter pasientene, vil de likevel ikke kunne være fullstendig objektiv. Pasientmøtene kan både bevisst og ubevisst vekke ulike følelser i behandlerne, basert på deres tidligere erfaringer. Schibbye (2012) bruker begrepet motoverføringsprosesser for å beskrive dette. Informantene i studien delte historier som vitnet om at de kunne kjenne på vanskelige følelser i møte med pasientene. Dette kunne blant annet innebære at det pasientene fortalte fikk behandlerne til å bli berørt, eller at behandlerne opplevde å bli mer mistenksomme ovenfor pasienten dersom pasienten viste mistro eller skepsis i relasjonen. Når pasienten opptrer mistenksomt, kan en tenke at det kan vekkes motoverføring i behandleren, hvor pasientens mangel på tillit kan være en trigger fra behandlerens tidligere erfaringer av å ikke bli trodd på. I de tilfellene hvor behandlere opplever at pasientene ikke stoler på dem, kan det ifølge Schibbye (2012) være

viktig at behandlerne går inn i seg selv og blir bevisst hvordan de selv er med på å påvirke overføringsreaksjoner hos pasienten. En måte å unngå at pasienter vekker motoverføringsreaksjoner i behandleren, som kan virke hemmende for behandlingsforløpet, er å benytte seg av det som blir beskrevet i resultatene om «psykologisk avstand». Ved å ha en bevissthet rundt det faktum at behandler og pasient er forskjellige individer, vil man også kunne opprettholde en profesjonell distanse til pasienten. Behandleren må samtidig være emosjonelt tilgjengelig, og lytte til terapeutens opplevelse, slik at pasienten opplever det Schibbye (2012) beskriver om en anerkjennende tilnærming. Gjennom å ha en «psykologisk avstand» til pasienten, kan man si at behandlerne inntar en mer dialektisk relasjonsforståelse. De viser både empati og anerkjennelse ovenfor pasientens følelser og opplevelser, og opprettholder samtidig et observerende og reflektert syn på situasjonen. På denne måten skiller de mellom hva som er pasienten sine følelser og hva som er deres følelser.

Til tross for at terapeuter kan bli påvirket av pasientenes sterke historier og følelsesuttrykk, gav informantene uttrykk for å trives i sin rolle som behandlere for pasienter med diagnosen kompleks PTSD. Historiene informantene delte vitnet om en ekte glede og interesse for å hjelpe den aktuelle pasientgruppen. Dette handlet om en samlet opplevelse av at behandlingen hadde god effekt. I tillegg var det flere som sa de fikk mye igjen av å være i møte med pasientene og få ta del i livshistoriene deres. Informantene beskrev en følelse av takknemlighet for at pasientene opparbeidet nok tillit til å tørre å åpne seg for dem. Ved å kjenne på følelser som trivsel og takknemlighet i egen arbeidssituasjon, er det nærliggende å tenke at dette også skinner igjennom i samhandlingen med pasientene. For å mestre de fire ingrediensene for gjensidig anerkjennelse, som beskrevet av Schibbye (2012), kan man anta at det vil være en stor fordel å ha en grunnleggende interesse og tro på sitt arbeid.

Resultatene indikerte at personligheten til behandleren, og relasjonen som ble utviklet mellom pasient og behandler var av særlig stor betydning for pasienter med diagnosen kompleks PTSD. Dette ble begrunnet med at pasientgruppen ofte hadde et høyere antall relasjonsbrudd og negative relasjonserfaringer enn andre, basert på sin komplekse traumehistorikk. Det ble derfor beskrevet som viktig at pasientene var trygge på hvem de skulle møte i terapirommet, og at dette var et menneske de opplevde å kunne stole på. En kan også tenke at en viktig faktor for å gi denne tryggheten handler om «å bry seg på ekte».

Ifølge Gulliksen et al. (2020) og Matheson og Weightman (2021) vil tilliten som utvikles i relasjon til behandleren være en nøkkelfaktor for bedring, fordi dette blir en positiv relasjonserfaring som pasienter kan ta med seg videre til andre relasjoner. Topor og Denhov (2015) sin kvalitative studie viste at deltakerne satt pris på at de profesjonelle delte noe av personlig art, som gjerne gav et større bilde av hvem de var som personer. Ved at behandlerne gav av seg selv, opplevde deltakerne at behandlerne satt pris på dem som individer og de fikk en opplevelse av at de var på samme nivå. Disse funnene kan gjenspeiles i informantenes erfaringer med at det å dele fra egne erfaringer kan være en døråpner for å oppnå en god relasjon. Dette kunne bidra til at pasientene erfarte at møtene var «fra menneske-til-menneske», eller subjekt-subjekt (Schibbye, 2012), og ikke «fra behandler-til-pasient». Gjennom å dele fra egne erfaringer, viser behandlerne at de også er mennesker, og møtet mellom pasient og behandler blir i større grad til et møte mellom to likeverdige personer. En kan anta at når pasienten får tilgang til historier fra behandlerens egen livsverden, vil pasienten også få en økt opplevelse av en behandler som bryr seg på ekte.

En kan si at kunsten å bry seg på ekte som behandler kan være en kompleks sammensetning av mange faktorer. Behandlernes egne erfaringer og følelsesmessige reaksjoner kan påvirke relasjonen på ulike måter, både bevisst og ubevisst. Likevel, når behandlerne opplever pasientmøtene som givende og meningsfulle, kan dette bidra til en økt grad av empatisk holdning ovenfor pasientene. Den grunnleggende interessen og ønsket om å hjelpe pasientene til å få et bedre liv, kan anses som en viktig faktor for å utøve empati og omsorg. For å oppnå dette, må behandleren evne å subjekt sette seg inn i pasientens opplevelsesverden, slik Schibbye (2012) beskriver det.

5.5 Prosjektets pålitelighet og gyldighet

Under datainnsamlingsprosessen erfarte jeg at det tok tid å bli vant til å være i rollen som intervjuer. Det krevde en ny type konsentrasjon å være lyttende til informantens opplevelser, legge merke til nyanser og kroppsspråk, stille relevante oppfølgingsspørsmål og samtidig huske på intervjuguiden og forskningsspørsmålet. Tjora (2021, s. 133) forklarer at samtidig som man skal skape en uformell og avslappende stemning for informanten, er det også intervjuerens ansvar å lage en ramme for intervjuet. Det ble tydelig at samtalen skilte

seg ut fra andre faglige dialoger jeg har med kollega og lignende i hverdagen. Jeg måtte blant annet passe på å ikke la egne meninger påvirke det som skjedde i dialogen, og jeg måtte passe på at det vi snakket om faktisk var relevant for forskningen.

Når det er sagt, oppfattet jeg alle informantene som gode til å svare på spørsmålene jeg stilte og det var sjelden samtalen omhandlet tema som ikke var relevant studiet. Under intervjuene opplevde jeg alle informantene som avslappet og til stede i dialogen som utspilte seg mellom oss. Informantene gav meg utfyllende og rike beskrivelser av sin arbeidshverdag og sine erfaringer knyttet til den konkrete pasientgruppen. Jeg fikk inntrykk av at alle hadde engasjement og interesse knyttet til å arbeide med pasienter med komplekse traumeerfaringer og flere formidlet at de synes det var spennende at jeg valgte å skrive om dette.

Tjora (2021, s. 259) beskriver at en studies pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) kan være med på å si noe om kvaliteten på en studie. Noen kvalitative forskere hevder at en ikke kan benytte begreper som reliabilitet, validitet og generalisering i kvalitativ forskning, da disse begrepene i stor grad er influert av positivismen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 275). Kvale og Brinkmann (2017, s. 275-276) skriver videre at de velger å benytte seg av begrepene pålitelighet og gyldighet i forbindelse med kvalitativ forskning, da disse i stor grad også brukes i vår dagligtale. Pålitelighet vil på sin måte ikke bare være metodologisk, men også et moralsk begrep.

Forskningsprosjektets pålitelighet handler om interne sammenhenger i prosjektet, og hvordan disse er blitt framstilt. En relevant kobling og sammenheng mellom teori, empiri og analyse vil kunne være med å påvirke prosjektets pålitelighet. I kvalitative studier kan framstillingen av funn og sitater være særlig sårbar når det gjelder å si noe om studiets pålitelighet (Tjora, 2021, s. 263). Kunnskapen som oppstår i intervjusituasjonen, vil ifølge Kvale og Brinkmann (2017, s. 76-77) være konstruert i samspillet mellom informant og intervjuperson. I hermeneutisk tradisjon vil det som blir formidlet være preget av sin kontekst, og kunnskapen man har kommet fram til gjennom denne studien ville ikke nødvendigvis være den samme dersom den blir sammenlignet med kunnskap som er funnet i andre kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 76-77). I arbeidet med å

presentere resultatene, var det utfordrende å finne fram til hvilke deler av informantenes sitater og meninger som skulle presenteres. I alt hadde jeg 108 sider med transkribert tekst, hvor jeg måtte skille relevant data fra det som var mindre relevant. For å klare dette, måtte jeg la forskningsspørsmålet styre hva som ble inkludert og ikke. Informantene hadde flere sitater og utsagn jeg fant interessant og opprinnelig ønsket å inkludere i de ferdige resultatene. Dette var imidlertid funn som ikke svarte på det jeg ønsket å få svar på gjennom dette prosjektet, og jeg måtte derfor velge det bort. Til tross for dette, vil jeg si at det er en sannsynlighet for at en annen forsker ville lagt vekt på andre ting i presentasjonen av resultatene, fordi resultatene slik de er framstilt vil være påvirket av min forforståelse og min tolkning. En kan derfor si at min forforståelse, min teoretiske referanseramme og tolkningsarbeid kan bidra til å svekke resultatenes pålitelighet.

En annen ting som kan bidra til å svekke forskningens pålitelighet, er valgene som blir tatt under transkriberingen. Kvale og Brinkmann (2017, s. 211) forklarer at det i seg selv er en enkel oppgave å gjengi det som ble sagt i intervjuet gjennom å skrive ned ordrett fra en lydfil. Videre skriver Kvale og Brinkmann at to psykologer som fikk i oppgave å transkribere en fil så likt som mulig, endte opp med to ulike skrivestiler i transkripsjonene. I mitt tilfelle var jeg den eneste som transkriberte de seks lydfilene, og den eneste som har lyttet til lydfilene i etterkant av intervjuene. Basert på denne informasjonen må man kunne ta høyde for at en annen forsker hadde transkribert lydfilene ulikt, og kanskje fått med annen informasjon enn det jeg selv gjorde. Når det er sagt, var jeg opptatt av å ta meg god tid i denne prosessen, slik at jeg sikret at alle ord som var av betydning for innholdet ble inkludert.

Gjennom arbeidet med å transkribere datamaterialet, registrerte jeg flere eksempler hvor jeg med fordel kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål til informantene. Jeg opplevde å høre dialogen på en annen måte enn når jeg var i selve intervjusituasjonen, og la merke til andre detaljer ved det informantene fortalte enn jeg klarte å registrere der og da. Kvale & Brinkmann (2017, s. 88) forklarer at det kreves omfattende øvelser for å oppnå å bli en god intervjuer. Forskningsintervjuet som håndverk må læres gjennom å trene på å gjennomføre intervjuer, og da fortrinnsvis i samarbeid med mer erfarne intervjuere (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 88). Som nybegynner i å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer, vil det være

naturlig å tenke at jeg fortsatt har mye å lære for å gjennomføre intervjuer av høyere forskningskvalitet. Jeg merket imidlertid en forbedring i mine ferdigheter og i min rolle som intervjuer som økte i takt med at jeg fikk erfaring.

Studiens gyldighet kan si noe om studiens styrke, sannhet eller riktighet. En kan si at dette handler om hvor vidt studiet gir gyldig vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). I dette studiet har jeg undersøkt hva behandlere på DPS vektlegger i sitt relasjonelle arbeid med pasienter med symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Det kan derfor være nærliggende å undre seg over om informantene opplevde spørsmålene jeg stilte som en test på deres faglige dyktighet i jobben, og bevisst og/eller ubevisst svarte deretter. Dette kan i så fall ha hindret meg i få et reelt bilde over hvordan de opplevde å kunne komme i relasjon til pasientene. Når det er sagt opplevde jeg at informantene tilstrebet å gi meg et ærlig bilde av sin opplevelse, og at de refererte til både positive og negative erfaringer ved sin arbeidshverdag. En annen faktor som kan svekke studiens gyldighet, er at studien kun representerer opplevelsene og erfaringene til seks kvinnelige informanter, innenfor et relativt lite geografisk område. En kan derfor undre seg over om resultatene ville ha blitt annerledes dersom jeg hadde snakket med flere, gjerne i ulike deler av landet og hvor utvalget også inkluderte menn. Når det er sagt, arbeidet informantene i denne studien på fem ulike DPS, som i alle fall vil kunne fortelle noe om at opplevelsene kan ligne hverandre til tross for at de hadde ulike arbeidsplasser.

For å unngå å la forforståelsen overskygge informantenes opprinnelige budskap i resultatdelen, vil det være viktig å innta en refleksiv holdning gjennom hele prosjektet. Som forsker må man aktivt jobbe for å vedlikeholde og oppsøke denne holdningen. Det vil derfor være viktig å jevnlig stille seg kritiske spørsmål til egne konklusjoner og fremgangsmåter (Malterud, 2017, s. 19). Informantene gav meg et bilde av sin arbeidshverdag som var annerledes enn det min opprinnelige forforståelse skulle tilsi. Deres erfaringer med å vellykkede behandlingsprosesser, var langt mer positive enn det jeg på forhånd ville antatt. Forforståelsen min vil på ulikt vis ha påvirket stegene i forskningsprosjektet. Som tidligere nevnt var det forforståelsen min, min interesse og min erfaring som sosionom og miljøterapeut som bidro til at jeg i utgangspunktet valgte å utforske dette tema nærmere. For å finne et utvalg som hadde erfaring og kompetanse til å gi meg utfyllende svar knyttet

til relasjonelle erfaringer med personer som har fått diagnosen kompleks PTSD, inkluderte jeg psykologspesialister, psykologer og spesialsykepleiere med videreutdanning innenfor psykisk helse. På bakgrunn av at flere av informantene jeg skulle treffe hadde et høyere utdanningsnivå enn meg selv, var min forforståelse at de også i større grad var eksperter på tema. Dette kan ha bidratt til at jeg stilte mindre kritiske oppfølgingsspørsmål i intervjusituasjonen, men heller hadde en holdning som var preget av å lære mest mulig. Jeg ble særlig oppmerksom på min egen forforståelse i starten av analysearbeidet, da jeg opplevde å bevisst legge merke til de delene av det transkriberte materialet som fenget min interesse. Dette var elementer som jeg kunne kjenne igjen fra egen arbeidshverdag som sosionom og miljøterapeut. Malterud (2017, s. 45) beskriver at en vanlig feil man ofte gjør som forsker, er å la egen forforståelse overskygge det empiriske materialet. Jeg fikk god hjelp fra min veileder til å innta en mer refleksiv holdning, og la informantenes stemmer være mer rådende for hva som ble inkludert i analyse og resultater. Til tross for at jeg har tilstrebet å ha en refleksiv holdning gjennom hele prosjektet, vil en kunne anta at forforståelsen min kan ha påvirket studies gyldighet og pålitelighet. Ifølge Thornquist (2018, s. 230) vil man aldri fullt og helt kunne frigjøre seg fra sin forforståelse, da den uansett vil påvirke hvordan vi tolker og erfarer det vi omgir oss med, jamfør hermeneutiske og fenomenologiske begreper som forståelsehorisont og livsverden.

5.6 Implikasjoner for forskning og praksis

Studiens resultater kan være av betydning i klinisk praksis, for å vurdere hva som er viktig i et relasjonelt arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. De antyder at både relasjonen mellom behandler og pasient, og informantenes perspektiver på hva som skal til for å skape en trygg relasjon, er spesielt avgjørende i møte med denne pasientgruppen. De indikerer også at det å tørre å åpne opp for å snakke om traumer ikke vil gjøre forverre pasientenes symptomer, men at denne åpenheten tvert imot er en bidragsyter inn mot gode behandlingsresultater. Som psykisk helsearbeider i ulike hjelpeapparat, vil man sannsynligvis komme i kontakt med flere personer som har komplekse traumehistorier. Funnene fra studien kan være en verdifull kilde til kunnskap, og bidra til en større forståelse og behandling av disse personene. Denne kunnskapen kan

komme til nytte for alle som arbeider innenfor det psykiske helsetilbudet, uavhengig av profesjonell rolle og utdanningsnivå.

En idé til videre forskning, er å undersøke hvordan pasienter som lider av kompleks PTSD opplever og erfarer traumebehandlingen. Ved å gjennomføre kvalitative intervju, kan man opparbeide seg en bedre forståelse av hvilke faktorer pasientene anser som viktige for å oppnå bedring. Det kunne også vært interessant å få ny kunnskap om pasientenes opplevelser av forholdet til behandleren og bruken av evidensbaserte metoder. Videre forskning vil være særlig interessant ettersom diagnosen er relativt ny i praksis, og kan komme til å bli mer aktuell ved implementeringen av ICD-11 i Norge.

6 AVSLUTNING

Til tross for at diagnosen kompleks PTSD ikke finnes i dagens norske diagnosesystem, viste informantene i studien at de hadde god kjennskap til diagnosen, og at de forholdt seg til den i sin arbeidshverdag. Veilederen «Sammen om mestring» forteller at det vil være nødvendig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten å ha en grunnleggende traumeforståelse (Helsedirektoratet, 2014). Informantene avdekket gjennom sine rike beskrivelser over hva de vektla i relasjonsarbeidet, at de hadde en betydelig kunnskap og forståelse over hvordan traumatiske hendelser kan påvirke et menneskeliv. De delte flere perspektiver hva de vektla i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Informantene påpekte betydningen av å skape et trygt og støttende miljø for å åpne opp for samtaler om sårbare tema. Evidensbaserte metoder ble brukt som et verktøy for å åpne opp for dette. Informantene gav i tillegg pasientene informasjon om forløpet og psykoedukasjon, samt involverte dem i beslutninger for å gi dem en opplevelse av å ha kontroll. For å gi pasientene en opplevelse av en trygg og støttende atmosfære i terapirommet, var informantene opptatt av å vise ekte omsorg, og å være til stede for pasienten. De delte positive erfaringer med være å personlige, og dele fra egne erfaringer for å vise at møtet først og fremst var fra «menneske-til-menneske» og ikke fra «behandler-til-pasient».

De relasjonelle verktøyene som er beskrevet over, vil sannsynligvis være nyttige i alt

relasjonsarbeid innen psykisk helse. Studies resultater tyder imidlertid på at verktøyene vil være spesielt viktige i møte med pasienter som har opplevd komplekse traumeerfaringer. Dette kan forklares uti fra et tilknytningsteoretisk perspektiv, hvor utrygge tilknytningsmønstre og utrygge relasjoner kan føre til lidelse og symptomer på kompleks PTSD. Som Skårderud (2021) beskriver, kan måten behandlerne opptrer i relasjonen være essensielle for pasientenes bedringsprosess. Dette kan handle om at pasientene får nye, og positive relasjonserfaringer som kan bidra til helbredelse av deres negative erfaringer.

Referanser

- Akershus universitetssykehus HF. (2022, 18. oktober). *Hva gjør DPS?* Akershus universitetssykehus HF. Hentet 31. mars 2023 fra <https://www.ahus.no/barn-og-unge-som-parorende/hva-gjor-dps>
- Aubert, K. E. (2020, 18. juli). *Relasjon*. Store norske leksikon. Hentet 3. april 2023 fra <https://snl.no/relasjon>
- Benum, K. (2016). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg* (s. 22-42). Universitetsforlaget
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A., & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2116827.
- Bækkelund, H. (2019, 9. april). *Hva er kompleks posttraumatisk stresslidelse?* Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/aktuelt/hva-er-kompleks-posttraumatisk-stresslidelse/>
- Bøe, D.T. & Thomassen, A. (2018). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3.utg.). Universitetsforlaget
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Universitetsforlaget
- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4.utg.). SAGE.
- Gulliksen, S., Hekne, I., Råbu, M., & Opaas, M. (2020). «Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt om det jeg har vært utsatt for». Traumatiserte flyktningers opplevelse av tillit i psykoterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(4), 227-238.
- Helsedirektoratet. (2014, 1. mars). *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Hagen, M.B. (2021). Innledning. I M.B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2.utg.) (s. 13-28). Universitetsforlaget
- Hagen, M.B. (2021). Traumebevisst miljøterapi. I M.B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utg.) (s. 29-50). Universitetsforlaget

- Helsedirektoratet. (2014, mars). *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Herbert, J.D. & Forman, E.M. (2011). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness. I J.D. Herbert & Forman E.M. (Red.). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies* (s. 3-25). John Wiley & Sons, Inc
- Hoffart, A. (2021). Kognitiv terapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 225-238). Fagbokforlaget
- Huseby, T. (2021, 16. desember). *Å leve med en overveldende forlatthetsfølelse*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2018/05/en-overveldende-forlatthetsfoelse/>
- HVL (2022, 2. februar). *Personvern og personopplysninger i forskning*. Høgskulen på Vestlandet. <https://www.hvl.no/forskning/forskningsetikk/personvern/>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review, 40*, 40-56.
- Jakobsen, M. (2016). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). I T. Anstorp, K. Benum og M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (s.155-177). Universitetsforlaget
- Kafle, N. P. (2011). Hermeneutic phenomenological research method simplified. *Bodhi: An interdisciplinary journal, 5*(1), 181-200.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric quarterly, 86*(4), 471-495.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget
- Malt, U. (2021, 5. mars). *Distriktpsikiatrisk senter*. Store medisinske leksikon. Hentet 31.mars 2023 fra https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk_senter
- Matheson, C. & Weightman, E. (2021). A participatory study of patient views on psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder, CPTSD. *Journal of Mental Health, 30*(6), 690-697. doi:10.1080/09638237.2020.1803229
- Matheson, C., & Weightman, E. (2021). Research and recovery: Can patient participation in research promote recovery for people with complex post-traumatic stress disorder,

- CPTSD?. *Health Expectations*, 24, 62-69.
- Nilsen, E.S & Underland, V. (2014). *Vanskelig å dokumentere om terapi har forebyggende effekt mot posttraumatisk stresslidelse*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/publ/eldre/vanskelig-a-dokumentere-om-terapi-har-forebyggende-effekt-mot-posttraumatis/>
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer: regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget
- Robinson, P., Griffith, E., & Gillmore, C. (2019). Can training improve staff skills with complex trauma?. *Mental Health Review Journal*. <https://dx-doi-org.galanga.hvl.no/10.1108/MHRJ-...>
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget
- Råbu, M. (2021). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 355-366). Fagbokforlaget
- Schibbye, A.L.L (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Sikt (u.å). *Informasjon til deltakarane i forskningsprosjekt*. Sikt. <https://sikt.no/informasjon-til-deltakarane-i-forskningsprosjekt>
- Skårderud, F. (2021). Snakkekuren. I P.E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 17-37). Fagbokforlaget
- Stiegler, J.R. (2021). Emosjonsfokusert terapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 399-414). Fagbokforlaget
- Thelle, M.I & Hagen, M.B. (2021). Diagnoser og behandling. I M.B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utg.). (s.119-144). Universitetsforlaget
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal
- Topor, A., & Denhov, A. (2015). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis*, 7(3), 228-236.
- Wreally (u.å). *Transcribe by Wreally*. Hentet fra <https://transcribe.wreally.com/login>

Vedlegg 1: Intervjuguide

- Kan du si fornavnet ditt, litt om bakgrunnen din og hvor lenge du har jobbet her?
- Kan du si litt om hvilke tilnærminger du bruker i ditt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD?
- Hvordan går du fram for å bli kjent og utvikle en terapeutisk allianse med pasienter som har slike traumer?
- Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde å lykkes i dette?
- Kan du fortelle om en situasjon da du opplevde relasjonsbyggingen som utfordrende?
- Kan du fortelle hva du vektlegger i utviklingen pasientens behandlingsplan?
- (Har du et eksempel på dette?)
- Hvordan går du fram for å spørre om pasientens traumeerfaringer?
- (Kan du gi et eksempel på dette?)
- Hvordan opplever du det er å snakke med pasienter om vonde traumeerfaringer?
- (Kan du gi en detaljert beskrivelse av dette?)
- Hvordan tror du pasientene opplever å bli spurt om sine traumeerfaringer?
- (Er det riktig å si at du...?)
- Hva vektlegger du i avslutningen av et behandlingsforhold?
- Nå går vi mot slutten av intervjuet, så da vil jeg spørre deg om det er noe du hadde tenkt du ville snakke om som jeg ikke har spurt om?
- Hvordan har det vært for deg å delta i dette intervjuet/snakke om erfaringene dine?

Alternative oppfølgingsspørsmål:

Har du et eksempel på dette?

Kan du gi en detaljert beskrivelse av dette?

Er det riktig å si at du..?

Vedlegg 2: Prosjektgodkjenning fra Sikt (tidligere NSD)

08.2022, 13:56

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Å møte komplekse traumer hos andre](#) / Vurdering

Vurdering

Dato:

07.07.2022

Type

Standard

Referansenummer

123029

Prosjektittel

Å møte komplekse traumer hos andre

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for velferd og deltaking

Prosjektansvarlig

Liv Grethe Kinn

Student

Inga Smørås Berge

Prosjektperiode

01.06.2022 - 01.06.2023

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 01.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6. nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker tilbehandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikkeviderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet medprosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/62a1c369-6160-4da9-bd38-27b534214ade>

1/2

16.08.2022, 13:56

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Å møte komplekse traumer hos andre»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er bidra til økt kunnskap om tilnærming til kompleks PTSD i det psykiske helsefeltet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

Formål

Ettersom kompleks PTSD nylig er blitt en godkjent diagnose i ICD-11, ønsker jeg å utforske hvordan behandlere i distriktpsikiatriske sentre (DPS) erfarer å samhandle med pasienter med symptomer på diagnosen kompleks PTSD. Prosjektet forskningsspørsmål er: «*Hva vektlegger behandlere i DPS i sitt relasjonelle arbeid med pasienter som har symptomer på diagnosen kompleks PTSD?*»

Prosjektet gjennomføres som masteroppgave i psykisk helse og rus ved Høgskulen på Vestlandet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å besvare studiens formål og forskningsspørsmål, ønsker jeg å inkludere psykologer, psykologspesialister og/eller spesialsykepleiere innen psykisk helse ved DPS i Helse Vest. Som deltaker må du ha erfaring og kompetanse innen traumefeltet, ha minst to års erfaring ved DPS og beherske norsk skriftlig og muntlig. Jeg har ingen eksklusjonskriterier knyttet til kjønn, alder og tidligere erfaring.

For å rekruttere aktuelle deltakere, har jeg valgt å sende ut dette informasjonsskrivet til ledere ved aktuelle DPS, som igjen kan videresende informasjonen til deltakere som tilfredsstillere kriteriene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju med meg. Intervjuene vil ha en varighet på ca. 60-90 minutter, og vil bli tatt opp på lydopptak. Vi blir enige om et tidspunkt som passer for begge, og intervjuet vil bli gjennomført på et sted som oppleves trygt og komfortabelt for deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved Høgskulen på Vestlandet vil kun jeg og min prosjektveileder, Liv Grethe Kinn, ha tilgang til dine personopplysninger.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste, adskilt fra øvrige data. Jeg vil lagre datamaterialet på forskningsserver via Høgskulen på Vestlandet, hvor datamaterialet vil være innelåst.

I en publikasjon vil ikke du som deltaker gjenkjennes. Opplysningene som publiseres vil være utdanningsnivå, stillingstittel og kjønn.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i mai 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres gjennom å gjøres om til tall eller koder. Lydopptakene vil slettes ved prosjektslutt.

Anonymiserte opplysninger vil ikke slettes, og kan om aktuelt gjenbrukes til videre forskning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- **Student:** Inga Smørås Berge, telefon: 99 36 38 93, e-post: 241789@stud.hvl.no
- **Prosjektveileder:** Liv Grethe Kinn, telefon: 55 58 56 23, e-post: liv.grethe.kinn@hvl.no
- **Personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet:** Trine Anikken Larsen, telefon: 55 58 76 82, e-post: trine.anikken.larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Liv Grethe Kinn
(Forsker/veileder)

Inga Smørås Berge
(Forsker/student)

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Å møte komplekse traumer hos andre», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju med varighet på ca. 60-90 minutter
- at det jeg sier i intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)