

MASTEROPPGAVE

Traumeorientert praksis på en BUP

*En kvalitativ undersøkelse av traumeorienterte
tilnærminger i møte med traumeutsatte barn og
unge ved en BUP*

MARIA VANESSA FOSS

KANDIDATNUMMER: 619

VEILEDER

Odd Kenneth Hillesund

Masterprogram i Psykisk Helsearbeid

Universitetet i Agder, Grimstad 2023

Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap



TRAUMEORIENTERT PRAKSIS PÅ EN BUP
MASTEROPPGAVE

En kvalitativ undersøkelse av traumeorienterte tilnærminger i møte med traumeutsatte barn og unge ved en BUP

KANDIDATNUMMER: 619

MARIA VANESSA FOSS



UNIVERSITET I AGDER, GRIMSTAD 2023

No use in cryin', talkin' to a stranger
Namin' the sorrows you've seen
Too many bad times, too many sad times
Nobody knows what you mean

But if somehow you could pack up your sorrows
And give them all to me
You would lose them, I know how to use them
Give them all to me

No use ramblin', walkin' in the shadows
Trailin' a wanderin' star
No one beside you, no one to hide you
An' nobody knows what you are

But if somehow you could pack up your sorrows
And give them all to me
You would lose them, I know how to use them
Give them all to me

No use roamin', goin' by the roadside
Seekin' a satisfied mind
Too many highways, too many byways
An' nobody's walkin' behind

But if somehow you could pack up your sorrows
And give them all to me
You would lose them, I know how to use them
Give them all to me. (Mimi & Richard Farina, 1965)

Man, all too proud, figures that he is the
master of his movements, his words, his ideas and
Himself. It is perhaps of ourselves that we have
the least command. There are crowds of things
which operate within ourselves without our will.
(Pierre Janet)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Traumer er ofte forbundet med ulike negative utfall, som kan påvirke barns eller ungdoms atferd. Et økende antall tjenester innenfor helse og sosialsektoren, barnevern og skole driver varianter av traumeorienterte tilnærminger.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å bidra med økt forståelse og kunnskap om hva noen terapeuter gjør når de selv anvender teori og prinsipper om traumeorienterte tilnærminger. Samt hvordan de reflekterer rundt sin egen praksis.

Problemstilling: Hvordan beskriver terapeuter, ved (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk, at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier?

Metode: Studien har et kvalitativt design, med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fire terapeuter ved en BUP, med lang klinisk erfaring innen traumeorienterte tilnærminger, ble intervjuet ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Utgangspunktet for analyse var inspirert av Malterud's prinsipper for systematisk tekstkondensering.

Funn og konklusjon: Funnene kan gi indikasjoner på at de intervjuede terapeutene viser god forståelse av traumer og traumeorienterte tilnærminger, og at de virker positive til å anvende prinsipper innenfor traumebevisst omsorg. En av dem anvendte egne oppskrifter basert på NMT og en annen benyttet seg av resilience perspektivet i deres daglige traumeorientert arbeid. Informantene så behovene for trygghet, relasjon, regulering av følelser, og psykoedukasjon som avgjørende for god hjelp til barna og deres familier. Målet var å skape trygghet, forståelse og forutsigbarhet i situasjonen. Traumebevisst omsorg ble utpekt som grunnlaget til alt arbeidet disse terapeutene gjør med traumeutsatte barn og ungdom.

Nøkkelord: Traumeorienterte tilnærminger, Traumebevisst omsorg, NMT og Resilience forskning.

SUMMARY

Background: Trauma is often associated with various negative outcomes, which can affect the behavior of children or young people. An increasing number of services within the health and social sector, child welfare and schools are operating variants of trauma-oriented approaches.

Purpose: The purpose of this study is to contribute with increased understanding and knowledge of what some therapists do when they apply theory and principles of trauma-oriented approaches. As well as how they reflect on their own practice.

Question: How do therapists at (BUP) Child and Youth Mental Health Clinic describe that they work trauma-oriented in their work with children, young people and their families?

Method: The study has a qualitative design, with a phenomenological-hermeneutic approach. Four therapists at a BUP, with extensive clinical experience within trauma-oriented approaches, were interviewed using semi-structured individual interviews. The starting point for analysis was inspired by Malterud's principles for systematic text condensation.

Findings and conclusion: The findings may give indications that the interviewed therapists show a good understanding of trauma and trauma-oriented approaches, and that they seem positive to apply principles within trauma-informed care. One of them used their own recipes based on NMT and another made use of the resilience perspective in their daily trauma-oriented work. The informants saw the needs for security, relationship, regulation of emotions, and psychoeducation as crucial for good help for the children and their families. The aim was to create security, understanding and predictability in the situation. Trauma-informed care was designated as the basis for all the work these therapists do with trauma-exposed children and young people.

Keywords: Trauma-oriented approaches, Trauma-informed care, NMT and Resilience research.

FORORD

Et fireårig deltids masterstudium avsluttes, og det er vanskelig å ta inn over seg at nå er det snart over. Det har vært en utrolig lærerik prosess, samtidig som det har vært utfordrende og krevende tid. Jeg ønsker å takke alle som har bidratt til at denne prosessen stort sett har gått smertefritt for seg.

Jeg vil spesielt takke mine tre barn og min mann for all støtten, forståelsen, og tålmodigheten, de har vist meg i løpet av denne tiden.

En stor takk til min kunnskapsrike veileder Odd Kenneth Hillesund, som alltid har hatt en smittende positiv innstilling. Du har bidratt med utrolige mange gode innspill, treffsikre kommentarer og korrekturarbeid. Jeg kunne ikke ha fullført denne oppgaven uten din hjelp.

Sist, men ikke minst, tusen takk til mine fire informanter for at dere stilte opp, og delte deres tid og erfaring med meg. Uten dere, hadde ikke denne studien vært mulig.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt og problemstilling	2
1.2 Presisering og avgrensning	2
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	3
2.1 Traume	3
2.1.1 Utviklingstraumer, PTSD og Omsorgssvikt.....	4
2.1.2 Ettervirkninger, Reaksjoner og Symptomer	5
2.1.3 Dissosiering	6
2.1.4 Fokus på traumer.....	7
2.2 NMT- Perspektivet	8
2.3 Resilienceforskning	10
2.4 Traumebevisst tilnærming	11
2.4.1 De tre pilarene i Traumebevisst omsorg: Trygghet, Relasjon og Affektregulering.....	11
2.4.3 Toleransevinduet	15
2.4.4 En pedagogisk modell for forståelse: Den tredelte hjernen.....	16
2.4.5 Psykoedukasjon.....	17
2.5 Kritikk av pakkeforløpet for psykisk helse.	18
3.0 METODE	19
3.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming	20
3.2 Kvalitativt forskningsintervju	21
3.2.1 Planlegging	22
3.2.2 Rekruttering og utvalg	23
3.2.3 Gjennomføring av intervju	23
3.2.4 Transkribering og etterarbeid.....	24
3.3 Analyseprosessen	24
3.3.1 Systematisk tekstkondensering - STC.....	25
3.4 Verifisering: Validitet, Generaliserbarhet og Reliabilitet	30
3.5 Forskningsetikk	30
4.0 FUNN.	31
4.1 Kunnskap om traumer og hvordan disse kommer til uttrykk.	32
4.1.1 Inflasjon i begrepet- «Alt er traumer liksom»	36
4.1.2 Systematisk kartlegging av traumer.....	37
4.2 En langsiktig prosess med fokus på barnet/ungdommen, hvor man jobber ulikt.	37
4.2.1 Inntone seg, skape trygghet, omsorg, en god relasjon og reguleringsstøtte/stabilisering kan være helt grunnleggende.....	41
4.2.2 Terapeutene kan, til en viss grad, benytte seg av psykoedukasjon for å skape forståelse.	44
4.2.3 Fokus på familie, skole og andre deler av hjelpesystemet	46
4.2.4 Kjærlighet, resilience og opplevelse av fryd og glede, kan være vesentlige elementer i prosessen.	47
4.2.5 Prosessen kan gi gode resultater og vise noen fordeler.....	48
4.3 utfordringer - Økt tidspress og effektivisering.	49
4.3.1 Andre utfordringer kan være knyttet til «konsekvens tenkning» og «avstengt holdning»....	51

5.0 DRØFTING	51
5.1 «Forståelsen for kraften av traumer»	52
5.1.1 Traume og resilience; «Styrke sterke sider», og «Kjærlighet i bunnen»	54
5.1.2 Er traume perspektivet for dominerende?	55
5.2 Traumeorientert praksis forståelse	56
5.3 Hva trenger terapeutene i traumeorientert arbeid for å hjelpe barn og unge?	58
5.3.1 Skape opplevelse av trygghet.....	58
5.3.2 «Tid til en god relasjon»; «Relasjon er viktigere enn metoden»	59
5.3.3 Gi reguleringsstøtte og skape «fryd og glede».....	60
5.3.4 Gi psykoedukasjon, og fokus på omsorgspersonene.....	62
5.3 Nyttig prosess med både utfordringer og fordeler?	64
6.0 Avslutning, og implikasjoner for praksis og videre forskning	66
Referanseliste	69
Vedlegg I. Fakultetets forskningsetiske komitè	74
Vedlegg II. Norsk senter for forskningsdata (NSD)	75
Vedlegg III. Intervjuguide	78
Vedlegg IV. Informasjonsskriv og samtykkeskjema	81

1.0 INNLEDNING

I flere år og gjennom studietiden har jeg vært ansatt som sykepleier i hjemmesykepleien. Som sykepleier møter man pasienter i alle aldre, alle typer livssituasjoner og med ulike diagnoser og tilstander. Jeg må forholde meg til pasientens livssituasjon, familieliv eller ensomhet. I mange tilfeller opplever vi at vi ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere situasjoner i møte med pasienter som er psykisk syk i akutte og ustabile situasjoner. Enkelte pasienter viser tegn til traumatiske erfaringer tidligere i livet. Jeg har undret meg over om personalet har nok fokus rundt traumekunnskap og har ønsket meg å øke min kompetanse innenfor dette temaet.

Som en del av masterutdannelsen var jeg i en 2 måneders praksisperiode ved BUP. Der fikk jeg møte barn og unge med varierende grad av traumer og atferdsproblematikk. Jeg arbeidet tett sammen med psykologer, sosiologer og spesialpedagoger med lang klinisk erfaring som jobbet med denne problematikken i det daglige. Tidlig i praksisforløpet ble jeg introdusert for traumefokusert kognitiv atferdsterapi (ofte omtalt TF-CBT). Jeg hadde store forventninger knyttet opp mot å lære mest mulig om hvordan traumer påvirker kroppen, følelser, tanker og hva som kan gjøres for å håndtere disse vanskelighetene i hverdagen.

Det er mange barn og unge som har opplevd traumer og som strever med traumerelaterte vansker i ettertid. Jensen (2018, s. 15) anslår at så mange som 50 prosent av dem som henvises til psykisk helsevern for barn og unge i Norge, har vært utsatt for traumer, og at cirka 60 prosent av disse har utviklet alvorlige posttraumatiske plager. Enkelte har vokst opp med vold og seksuelle overgrep, noen har opplevd tap av en omsorgsperson, eller har vært utsatt for ulykker, og andre har flyktet til Norge etter å ha opplevd krig i hjemlandet. Jensen (2018, s. 15) mener at omfanget av traumer i barndommen er så stort at det må betraktes som et folkehelseproblem, og som følge av dette, trenger vi metoder som kan hjelpe denne barne- og ungdomspopulasjonen.

1.1 Hensikt og problemstilling

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvordan noen terapeuter anvender traumeorienterte tilnærminger i sin polikliniske kontekst. Jeg ønsker i denne oppgaven å få større innsikt i hva slags kunnskap og forståelse fagpersoner har knyttet til arbeid med traumeutsatte barn og unge, og hvordan de bruker denne kunnskapen i praksis. Hensikten er å bidra med økt forståelse og kunnskap om hva noen terapeuter gjør når de selv anvender teori og prinsipper om disse tilnærminger. Samt hvordan de erfarer at disse kan hjelpe barn og ungdom med komplekse traumer og posttraumatisk stress lidelse, og hvordan de reflekterer rundt sin egen praksis.

På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan beskriver terapeuter, ved en (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk, at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier?

1.2 Presisering og avgrensning

Studien er avgrenset til å omhandle kunnskap, forståelse av traumer og traumeorienterte tilnærminger, og anvendelse av disse. På grunn av oppgavens omfang går jeg ikke inn på spesifikke behandlingsmetoder, som TFCBT, EMDR, eksponeringsterapi, eller andre aktuelle metoder. Noen få metoder er imidlertid navngitt, fordi disse brukes av terapeutene, slik de tolker det, i kombinasjon med traumeforståelsen som ligger til grunn for TBO.

Traumebevisst omsorg: Også kjent under sin forkortelse **(TBO)**. Dag Ø. Nordanger, som er psykologspesialist, forsker og traumeekspert, beskriver at enkelte bruker begreper som «traumesensitiv» eller «traumeinformert», og andre foretrekker «traumebevisst praksis» (Nordanger, 2022). Howard Bath har omdøpt modellen fra «Trauma Informed Care» til «Transformative Care» (Bath & Saita, 2018).

Det virket hensiktsmessig for meg å bruke **traumeorienterte tilnærminger** i denne oppgaven, fordi mitt ønske ikke bare var å tilegne meg mer kunnskap om

traumebevisst omsorg, men også var jeg interessert i å inkludere andre mulige varianter, og tilnærminger som terapeutene kan bruke i deres arbeid med traumeutsatte barn og ungdom. I funn- og drøftingsdelen, brukes både traumebevisst omsorg og traumeorienterte tilnærminger, for å være mest mulig tro mot begrepene som brukes av terapeutene.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet redegjøres for de begrepene traume, utviklingstraumer, PTSD, og omsorgssvikt. Videre, beskrives ettervirkninger og dissosiasjon. Deretter, presenteres NMT perspektivet, resiliensforskning, og traumebevisst omsorg (TBO), som teoretiske referanserammer innen traumeorienterte tilnærminger. Sist, en kort oversikt over noen av kritikkene mot pakkeforløpet for psykisk helse.

2.1 Traume

Pierre Janet, fransk psykolog og nevrolog, blir ofte beskrevet i litteraturen som en pioner innen traumer og dissosiasjon, som uttalt av den amerikanske psykoanalytikeren og traumatologen Elizabeth F. Howell, PhD i sin bok *The Dissociative Mind*, utgitt i 2005. Hun dedikerer flere sider til Pierre Janets syn på traumer og dissosiasjon: «De fleste av våre teorier om PTSD samsvarer med, eller er basert på, Janets ideer» (Howell, 2005, s.12).

Howell forklarer nøkkelpremisset for Janet's teori om traumer og dissosiasjon: Når mennesker er livredde eller overveldet av ekstreme følelser, er de ikke i stand til å assimilere opplevelsen inn i allerede eksisterende mentale rammer, og er derfor ikke i stand til å koble opplevelsen med resten av sin personlige historie. «Overveldende terror, eller overveldende følelser avbryter opplevelsens sammenheng, som et resultat, svikter psykens syntetiseringsfunksjoner». Dette er, ifølge Howell, fortsatt nøkkelpremisset for traumeteori i dag. (Howell, 2005, s.52)

Andersen (2014, s. 54) gir oss en nyere beskrivelse av hvordan traumer kan oppstå, som følger: «Når mennesker opplever hendelser som er så overveldende, skremmende, intense og uforståelig at det ikke er mulig å ta inntrykkene inn over seg og romme dem på vanlig måte, kan det oppstå et psykisk traume».

Forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori (siteret i Midtsand, 2017), er det først «når vi utsettes for en overveldende påkjenning det verken er mulig å bekjempe eller unnsnippe – at vi kan snakke om traumatisering i egentlig forstand».

Mange barn møter utfordrende situasjoner og opplever belastende hendelser i oppveksten, for eksempel at noen de er glade i dør, eller foreldrene skiller seg. Dette kan være stressende, vanskelige og vonde opplevelser, men likevel, anses disse opplevelsene vanligvis ikke som traumatiske. Traumatiske opplevelser er per definisjon kvalitativt annerledes ifølge Cohen, Mannarino & Deblinger (2018, s. 25).

Hendelser som tilfredsstillere kriteriene for å være traumatiske, det vil si, hendelser som kan føre til traumespesifikke diagnoser som posttraumatisk stresslidelse (PTSD), omfatter hendelser som barnet opplever direkte, er vitne til og som inkluderer død, trusler om død, alvorlig skade eller seksuell vold. Noen eksempler inkluderer fysiske, seksuelle eller emosjonelle overgrep eller omsorgssvikt overfor barn. Vold hjemme eller i nærmiljøet, eksponering for krig, alvorlige ulykker og katastrofer (American Psychiatry Association, 2013, s.271).

2.1.1 Utviklingstraumer, PTSD og Omsorgssvikt

Med utviklingstraumer mener Jørgensen & Steinkopf (2013, s.1) at barnets utvikling påvirkes og skades når det utsettes for krenkende eller skremmende opplevelser, eller når deres sentrale behov ikke blir møtt, og at dette har oppstart tidlig i barnets liv. Ofte brukes begrepet *komplekse traumer* for å beskrive det samme.

Hertz (2011, s. 257-258) belyser om at de alvorligste traumatiseringene skjer når personene som burde gi omsorg, beskyttelse og trygghet, selv foretar overgrepene, og den forsterkes med skammen over det som skjer, eller har skjedd. Samtidig, kan stressbelastninger som akkumuleres over lang tid, resultere i en posttraumatisk stressreaksjon.

Noen, i møte med tidlige traumatiske hendelser, spesielt de som er forårsaket av omsorgsgivere, utvikler en alvorlig og omfattende dysregulering på flere funksjonsområder. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en relativ ny diagnose

som ble inkludert i DSM for første gang i 1980 (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018, s. 41).

«For at diagnosen posttraumatisk stresslidelse kan stilles, forutsettes at personen har vært utsatt for en situasjon eller gjennomgått en livshendelse av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville framkalt sterkt ubehag hos de fleste» (Garløv & Haavet, 2010, s. 113).

«Posttraumatisk stressreaksjon er en forsinket reaksjon på en traumatisk hendelse eller en situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art. Det kan dessuten være resultatet av lengre tids akkumulerte stressbelastninger» (Hertz, 2011, s.257).

Bruce D. Perry, M. D., Ph.D. er en internasjonalt anerkjent autoritet på barnetraumer, og effektene av mishandling og omsorgssvikt hos barn. Hans arbeid er medvirkende til å forstå virkningen av traumatiske opplevelser og vanskjøtsel, på nevrobiologien til den utviklende hjernen. Perry beskriver mennesker som en «en refleksjon av verden de utvikler seg i», og han forklarer: Hvis den verden er preget av å være trygg, nærende og med positive relasjonsmuligheter, kan barnet bli et selvregulert, reflektert og produktivt vesen for livet. Derimot, hvis den utviklende barnets verden er truende eller kaotisk, kan barnet bli distraheret, aggressivt, impulsivt og få problemer til å forholde seg med andre. Dermed kan det barnet trenge, psykologisk hjelp, spesialpedagogiske tjenester, og i verste mulige utfall, strafferettslige inngrep. (Perry, 2004)

«I de mest ekstreme og tragiske tilfellene av dyp omsorgssvikt, er skaden på den utviklende hjernen alvorlig kronisk, og motstandsdyktig mot intervensjoner senere i livet» (Perry, 2004).

2.1.2 Eftervirkninger, Reaksjoner og Symptomer

«Kaos, trusler, traumatisk stress, overgrep og omsorgssvikt (...) endrer et utviklende barns hjerne på måter som resulterer i varige emosjonelle, atferdsmessige, kognitive, sosiale og fysiske problemer» (Perry, 2006, s.29).

Traumerelaterte lidelser har visse grunnleggende symptomer til felles ifølge Støren et al., (2015, s. 12): A) Påtrengende minner i form av gjenopplevelser, flashbacks og mareritt. B) Unngåelse av det som minner om det opprinnelige traumet. Også nummenhet og frakobling. C) Overaktivering med angst, frykt, urofølelse som ofte kan veksle med underaktivering. (Støren et al., 2015, s. 12).

Ubehag med alt som minner om traumet, amnesi for traumet og tegn på psykisk overfølsomhet eller alarmberedskap: Irritabilitet, søvnvansker, skvettenhet og konsentrasjonsvansker blant annet (Garløv & Haavet, 2010, s. 113).

På bakgrunn av manglende opplevelse av sikkerhet ser man tap av verdighet og selvspekt, ensomhet som følge av traumets innvirkning på relasjoner samt identitets dissosiering og problemer med affektkontroll. I noen tilfeller, kan dette føre til alvorlig personlighetsforstyrrelse eller psykose (Hertz, 2011, s. 257)

Sentrale områder i barnets hjerne kan påvirkes og endres av vedvarende traumebelastning som oppstår tidlig i livet. Det gjelder blant annet: Emosjonssystemet, hukommelsen, tilknytningssystemet, systemet for krisehåndtering og evnen til refleksjon og selvforståelse. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 2; Siegel, 1999; Shore, 2003;)

De spesifikke symptomene kan vise seg som atferdsvansker, vansker i nære relasjoner, vansker med impulskontroll, uro og engstelse, avhengighet, tilbaketrekning, somatiske plager og listen over symptomer kan være uendelig, men i global forstand, kan man si at reaksjonene en ser vil være reguleringsvansker. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 2)

2.1.3 Dissosiering

Howell (2005, s.4) understreker, at den franske psykologen og nevrologen, Janet Pierre, var den første som koblet dissosiasjon med psykiske traumer. Videre beskriver hun: «Janet er hoved teoretikeren, og vi står på hans skuldre når det kommer til dissosiasjon» (Howell, 2005, s.50).

Ifølge Howell er traumer overalt og svært utbredt når det kommer til dissosiasjon: «Patologisk dissosiasjon, skyldes generelt, å være psykisk overveldet av traumer» (Howell, 2005, s.4). Også David Spiegel, M.D., en amerikansk psykiater, og professor i psykiatri ved Stanford University School of Medicine, understreker at personer med dissosiative lidelser, ofte har en historie med eksponering for traumatiske stressfaktorer, og han gir følgende beskrivelse av dissosiasjon: «Det er en svikt til å integrere aspekter av identitet, hukommelse, persepsjon og samvittighet». Ifølge Spiegel, ble det rapportert av en pasient, med denne forstyrrelsen, at hun «gikk til en fjellmedow full av ville blomster, mens hun ble voldtatt av faren sin, slik at hun kunne løsne seg fra den umiddelbare opplevelsen av terror» (Spiegel, 1997, s.225-227).

Hertz (2011, s. 262) beskriver dissosiering som «den gode hjelperen» som må vies særskilt oppmerksomhet. Videre understreker ham at det kan forstås som den «best mulige strategien i mestring av traumatiske hendelser». Dissosiering arter seg som en oppsplitting mellom følelse, tenkning og sansing, eller som en psykologisk atskillelse av kropp fra psyke. Når det traumatiserende har en kompleksitet og en intensitet som gjør det umulig å integrere opplevelsene mens disse pågår, forstår man at barnet eller ungdommen dissosierer. (Hertz, 2011, s. 262).

2.1.4 Fokus på traumer

Nordanger (2022), foreslår i hans artikkel «*Herregud, er alt traumer nå?!*», at traumekunnskap bør presenteres som en del av et mer generelt utviklingsperspektiv, snarere enn å bringe traumbegrepet på banen: «Traumer er bare en av mange ting vi vet påvirker utviklingen vår, og den kan ikke forstås isolert fra de andre» (Nordanger, 2022). «Like viktig som å ha kunnskaper om traumer, blir det å ha kunnskap om stress, omsorgssvikt og, ikke minst, hva god omsorg kan være» (Jørgensen, 2018).

Nordanger understreker at prinsippene som ligger til grunn for TBO kan ha veldig bred anvendelse, som ikke bare har med traumer å gjøre. Ifølge ham, kan mennesker ha reguleringsvansker av mange årsaker i tillegg til traumer. Blant disse viser han noen eksempler: Medfødt sårbarhet/resiliens, omsorgssvikt, stress og

utenforskap/tilhørighet. Han illustrerer at når ett perspektiv blir dominerende og marginaliserer andre perspektiver, kan det være nødvendig med utbrudd som "Herregud, er alt traumer nå?!". (Nordanger, 2022)

Howard Bath, også sitert i (Nordanger, 2022) stiller seg kritisk i boken fra 2018 "*The three pillars of transforming care: Trauma and resilience in the other 23 hours*", til å gjøre traumbegrepet til hovedtema, og har omdøpt modellen fra «Trauma Informed Care» til «Transformative Care» (Bath & Saita, 2018).

2.2 NMT- Perspektivet

Bruce Perry er en av verdens ledende spesialister innen forskning på hvordan traumer påvirker hjernens utvikling, som påpekt i punkt 2.1.1. Hans modell The Neurosequential Model of Therapeutics (NMT), setter søkelys på hva som ligger bak symptomene og diagnosene, og undersøker hvordan traumer påvirker barnets individuelle nevrobiologiske utvikling. Han har gitt viktige bidrag til hvordan denne kunnskapen kan anvendes for å behandle de grunnleggende skadene barnet kan ha fått, i stedet for bare å lindre symptomene. (CACTUS, u.å.)

Den nevrosekvensielle terapimodellen (NMT) er ikke en spesifikk terapeutisk teknikk eller intervensjon; det er en tilnærming til klinisk arbeid basert på nevrovitenskap (Perry, 2009, s. 248; Perry, 2006). «NMT er en medisinfri forståelsesmodell til bruk i arbeid med barn og unge, hvor nettopp utviklingstraumer står sentralt, en helhetlig forståelsesramme der alle barnas symptomer sees i en sammenheng» (RVTSSOR, 2017).

Bruce Perry forklarer at før oppstart av NMT, ble noen mishandlede og traumatiserte barn behandlet etter den medisinske modellen med lite hell i klinikken hans. Evalueringer og behandling for disse barna, inkluderte konvensjonelle evalueringer og psykofarmakologiske terapier med gruppe-, individuelle eller familierapi. Over tid ble det klart, ifølge spesialisten, at den konvensjonelle medisinske tilnærmingen ignorerte grunnleggende prinsipper for nevrou utvikling, som er avgjørende for å forstå og hjelpe disse barna (Perry, 2006, s.28). Videre understreker han at de få barna som får terapi, får enten for lite, eller for sent, og viser sin skepsis om hvordan 45

minutter med terapi i uken, kan forventes å hjelpe et barn, som i 10 år har lidd under kaos, terror, fornedrelse og ydmykelse (Perry, 2006, s.29).

En «terapi» som er «genuint terapeutisk» kan muligens endre hjernen på måter som muliggjør helbredelse og gjenoppretting av sunn funksjon, men «naturen, mønsteret, tidspunktet og varigheten av terapeutiske opplevelser er svært avgjørende» (Perry, 2006, s.29). Dette er fortsatt svært vanskelig å gjøre ved å benytte seg av en konvensjonell medisinsk modell ifølge Bruce Perry, og han peker på nøkkelen til suksess: «Å matche de riktige terapeutiske aktivitetene til det spesifikke utviklingsstadiet, og fysiologiske behovene til et traumatisert, eller mishandlet barn» (Perry, 2006, s.29).

Barnets utviklingshistorie kan gi noen indikasjoner om hvilke hjerneområder som er påvirket, eller kan ha blitt over- eller understimulert, og som dermed trenger mer stimulering eller en annen form for stimulering. «Kjennskap til *tidspunkt* for barnets erfaringer, blir like viktig som kjennskap til *typer* erfaringer». (Steinkopf et al., 2017)

Perrys modell (Andersen, 2015; Perry, 2006, s. 30-44) baserer seg på flere viktige prinsipper for hjernens utvikling. De tre viktigste er: A) Hjernen utvikler seg i samspill med omgivelsene; nervekretsløp dannes og oppløses alt etter hvor mye de brukes; B) Forskjellige deler av hjernen er inne i sin mest aktive vekstperiode til forskjellig tid opp gjennom barndommen; C) De forskjellige hjernedelene krever forskjellig type stimulering for å vokse og utvikle seg; barn på forskjellige alderstrinn henter følgelig ulike typer opplevelser ut av omgivelsene sine». (Andersen, 2015; Perry, 2006, s. 30-44)

Andersen (2015) illustrerer om at NMT består av omfattende kartleggingsverktøy for å kunne vurdere hvordan traumet kan ha påvirket barnets neurobiologiske utvikling. Avhengig av utfallet, kan man gi ulike tilpassede terapeutiske tiltak. Det er delt inn i tre deler: «Fokus på barnets utviklingshistorie fra fosterlivet til i dag», «fokus på barnets relasjoner» og fokus på «nåværende hjernenevrologisk fungering» (Andersen, 2015). Avhengig av den sekvensielle nevrouviklingen anbefales ulike terapeutiske aktiviteter, som f. eks: terapeutisk massasje, leke terapi, EMDR, rytme

(trommespill) (Perry, 2006, s. 30-44). Ifølge Steinkopf et al., (2017) kan en tenåring, for eksempel, ha de kognitive, sosiale og selvregulerings-ferdighetene til et mye yngre barn.

2.3 Resiliensforskning

Enkelte barn er motstandsdyktige, og de vil ikke utvikle varige symptomer etter traumatiske hendelser. Flere faktorer vil påvirke hvilke barn som vil utvikle vansker. Blant annet, utviklingsnivå, sosial støtte og medfødt eller lært motstandskraft (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018, s. 26).

Resilience betegner: «Et objekts evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd». Når det refererer til mennesker, betegner begrepet «resilient»: «personer som har vært utsatt for en eller annen form av markant belastning i livet sitt, men som likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varige men». Resiliensforskning har vært opptatt av å kartlegge hva er det som skilte de barna som ikke klarte seg, fra de som klarte seg på tross av belastninger, ved å få opplysninger om dem over lang tid, på flere områder. Vanlige kriterier for å ha klart seg er følgende: «fravær av psykiatrisk diagnose, evne til å være på jobb og selvrappertert fungeringsnivå». (Waaktaar & Christie, 2004, s.17-18).

Faktorene som forekommer hyppigst hos barn som klarer seg bra, er delt i tre kategorier: «Egenskaper ved barn selv, hva som kjennetegner barnas familiesituasjon, og hva som kjennetegner nettverket omkring». Man kan derimot risikere at barnet blir «re-traumatisert» av menneskene som skal hjelpe, hvis dette barnet utsettes for at flere personer ripper opp i hendelsene flere ganger. På den andre siden, kan det være nødvendig for noen barn å gjennomgå de traumatiske minnene i detalj, ved å tegne, huske og gjenfortelle om hva de har opplevd. Traumatisering kan medføre at enkelte barn lukker seg, og ikke ønsker eller ikke evner å ta dem frem. Også kan det føre til at minnet blir utilgjengelig og ikke kan tilbakekalles gjennom språk. «Ord og samtale duger iblant derfor ikke som middel til bearbeiding hos alle». (Waaktaar & Christie, 2004, s.20-23)

Waaktaar & Christie (2004, s.60) forsøker å gi en opplevelse av resiliencefaktorer som «mestring, kreativitet, felleskap og kontinuitet» til barn og ungdom som ikke hadde klart å bruke disse på egen hånd.

2.4 Traumebevisst tilnærming

Traumebevisst omsorg, også omtalt som TBO senere, står sentralt i en traumebevisst tilnærming. Det illustrerer at barnets traumer ikke skal ha hoved fokus, men at man skal være bevisst på at barnet eller ungdommen kan ha blitt traumatisert og konsekvensene dette kan ha medført (Andersen, 2014, s. 57). Et sentralt prinsipp i traumebevisst omsorg er knyttet til å tolke atferden som et smerteuttrykk. Det handler om å møte den følelsen som ligger bak handlingen (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.8). TBO fokuserer mindre på spesifikke metoder enn andre tilnærminger (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.5).

Traumebevisst omsorg (TBO) er en forståelsesramme, ikke strengt tatt en metode, utviklet av Howard Bath for behandling av traumer, som tar utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker barns utvikling og fungering, med spesiell vekt på opplevelser i tidlig barndom. Slike utviklingstraumer, avhengig av type, alvorlighetsgrad, varighet og tidspunkt, vil kunne påvirke alle forhold ved et barns utvikling; biologisk, kognitivt, emosjonelt og sosialt. Traumebevisst omsorg har vist seg å være en svært effektiv tilnærming som gir konkrete redskaper til hjelp for omsorgspersoner som står overfor barn og ungdom med svært krevende og utfordrende atferd. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.1)

2.4.1 De tre pilarene i Traumebevisst omsorg: Trygghet, Relasjon og Affektregulering

Jørgensen & Steinkopf (2013, s.3) sammenligner traume bevisst omsorg med «huset» man bygger opp rundt barnet og omsorgspersonene. Det er grunnpilarene som alt behandling og omsorgsarbeid hviler på. «Interiøret» vil tilsvare metodene, verktøyet og intervensjonene man anvender. Huset må komme først, og deretter interiøret. Det første må være preget av tre hovedprinsipper: Trygghet, Relasjon og Affektregulering (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.3).

Howard Bath (2015) kaller dem «de tre pilarene for traumebevisst omsorg» i sin artikkel *The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the other 23 Hours*, publisert i 2008 og 2015. Ifølge Bath (2015, s.6) vil terapi neppe være vellykket, med mindre man klarer å skape en atmosfære av trygghet. Han understreker at dette elementet er avgjørende for at helbredelsen skal begynne. Bath (2008, s.19) beskriver at «den avgjørende opplevelsen for ethvert barn som har opplevd komplekse traumer, er det å føle seg utrygg. De utvikler en gjennomgripende mistillit til den voksne». Andersen (2014, s. 149-150) mener at selv om det kan være viktig for traumatiserte barn å snakke med en psykolog for å bearbeide smertene de har opplevd, vil dette være av begrenset verdi hvis barnet eller ungdommen ikke blir møtt først på de tre pilarene i traumebevisst omsorg: behovene for «trygghet, relasjon, og følelsesregulering».

2.4.1.1 Trygghet

Et traumatisert barn lærer å være i alarmberedskap i et voldelig miljø, dessverre kan denne overlevelsesstrategien overføres til andre miljøer hvor det ikke er hensiktsmessig. De kan derfor ha et hypersensitivt nervesystem, hvor «alarmen» kan gå konstant. Gitt at disse barna kan ha en gjennomgripende følelse av å være utrygge, er det naturlig at fokus er på at barna skal oppleve å ha det trygt og føle seg trygge. Dette innebærer ikke bare fysisk sikkerhet, men også sosial og følelsesmessig sikkerhet gjennom aksept, empati og medfølelse. (Bath, 2015, s.6-7; Perry, 2006; Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.4).

James Anglin (2002) peker på at disse barnas oppførsel har en tendens til å utløse kontrollerende og straffende reaksjoner hos voksne, som kan forsterke barnas mangel på trygghet. Ifølge ham, er det sentrale problemet for omsorgspersoner til traumatiserte barn, å håndtere primær smerte uten å infiltrere sekundær smerte gjennom straffe- eller tvangsreaksjoner. (Anglin, 2002)

Jørgensen (2018) foreslår at i stedet for å bli sinte på dem, burde man beundre disse barna, og tydeliggjøre det enorme potensiale som ligger i dem. Selv om de kan bli trøtte, oppgitte, lei i seg og deres konsentrasjon og utholdenhet kan svikte, gir de alt

de kan, uten å nå til målstreken. Ofte er det bare atferden deres som er synlig for mange.

Omsorgssvikt kan skape forskjellige stressresponser i barnet som lett kan overføres til omsorgspersoner, lærere og andre i kontakt med barnet. Man må prøve å «absorbere dette stresset og gi barnet trygghet og ro tilbake». Dette er en svært krevende øvelse som krever vilje, tålmodighet og innsikt i barnets vansker og egne handlingsmønstre. Når barnet opplever forutsigbarhet og mestring gjentatte ganger av konsistente og trygge voksne, kan barnet føle seg trygg på situasjonen. (Jørgensen, 2018)

2.4.1.2 Relasjon

RVTSSOR (2018) viser til Professor Dag Nordanger meldingen til beslutningstakere i psykisk helsevern; Han hevder at med den kunnskapen man har i dag, kan man vise at relasjon er viktigere enn hvilken metode man bruker. Videre understreker han at «terapeuten er metoden» og hvem terapeuten er, kan derfor være viktigere enn den spesifikke terapeutiske metoden. Også legger han vekt på at selv om en metode kan ha en bevist effekt, betyr ikke dette at den er nødvendigvis effektiv. I forhold til dette, kommenterer faglederen Heine Steinkopf i RVTSS Sør, at det kan være «problematisk å tenke standardisering av behandling, for det skjer noe unikt i møtet mellom terapeut og pasient». Selv om terapeuten og metoden kan være lik, vil ikke nødvendigvis ta sted det samme, i neste møte med en annen pasient. I møte med hverandre, blir man påvirket av hverandre. Ifølge Steinkopf må man ta hensyn til relasjon, som kan være den mest evidensbaserte faktoren i psykologisk behandling. (RVTSSOR, 2018)

Det bør kommuniseres til barnet at det er de voksne som har ansvaret for at situasjonen er som den er. Det er ikke barnets skyld hvordan situasjonen har blitt, og dette bør adresseres tidlig og kommuniseres til barnet. I forbindelse med dette og generelt sett, er både språket og grunnleggende holdninger veldig viktig. Voksne har ansvaret til å forvalte barnas velvære og verdighet. Det er også avgjørende hvordan man omtaler barna og barnas utfordringer eller vansker. Det er alltid rom for gode

beskrivelser og tolkninger av barnets behov. «Før snakket vi om vanskelige barn, nå snakker vi om barn som har det vanskelig». «Språk er makt». (Jørgensen, 2018)

Ofte finner man i disse barna en kombinasjon av en grunnleggende mistillit til voksne og en følelse av at de ikke er gode nok, flinke nok, eller verdige en relasjon til andre. Det kan være avgjørende for en sunn utvikling, å bli tatt imot følelsesmessig og ønsket inn i en relasjon til andre. «Barnet er utstyrt med et fantastisk utgangspunkt fra naturens side til å inngå i samspill og relasjon med omverdenen. Men det er avhengig av at omsorgspersonene kobler seg på, på barnets premisser, i de ulike utviklingsfasene». (Jørgensen, 2018)

2.4.1.3 Følelsesregulering/samregulering

Tidlige traumer i et barns liv kan ha resultert i at det traumatiserte barnet kan ha fått ødelagt sin evne til å regulere sine følelser. Når barnet selv ikke klarer denne reguleringen, kan dette føre til en rekke utfordringer for barnet selv, og for dem rundt barnet. En trygg voksen kan hjelpe barnet med å roe seg ned med sin tilstedeværelse og beroligende stemme. Dette kalles samregulering og det er et nødvendig verktøy i arbeid med traumatiserte barn. (Andersen, 2014, s. 157-158)

Dr. Howard Baths modell om traumebevisst omsorg fremhever at det viktigste man kan gjøre som voksen er å tilby «andre-regulering». «Samregulering» som han kalte det først, innebærer at begge påvirker hverandre, mens med «andre-regulering» er det den voksnes ansvar å hjelpe den andre. Ifølge Heine Steinkopf, skal man være regulert selv, før man kan regulere andre, og man skal være rolig når man møter andre som er urolige: «*Den voksnes ro blir en modell som barnet bruker når det blir større og det dukker opp vanskelige ting i livet*». (RVTSSOR, 2021b)

Omsorgspersonens regulering av barnet kommer frem som en av de mest sentrale omsorgsfunksjonene. Det refereres til «andre-regulering» som «reguleringsstøtte», det vil si at man hjelper eller støtter barnet med å regulere seg. (Nordanger & Braarud, 2017, s. 29)

Heine Steinkopf, understreker viktigheten av å ha en teoretisk ramme å lene seg på, og som gir mening når du blir usikker i daglig praksis.

Videre påpeker han at «når man setter ord på vanskelige følelser så blir følelsen litt mindre». (RVTSSOR, 2021b)

En samregulering handler ikke om å regulere bort den ytre atferden, men om å hjelpe den andre til å mestre overveldende følelsesaktivering, ved å utvikle mer effektive måter å regulere følelser på (Midtsand, 2014, s. 171). Det vil innebære å møte barnet på følelsen som ligger under atferds uttrykket. Når barnet uttrykker noe på en aggressiv og utagerende måte, vil en samregulering innebære å møte barnet ved å vise en viss forståelse med for eksempel følgende: «Jeg skjønner at det er en vond følelse å ha». Det motsatte av samregulering ville være å straffe eller korrigere barnet (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.7). Målet skal være, ifølge Andersen (2014, s. 63-63), å hjelpe barnet til å holde seg i toleransevinduet sitt, eller tilbake til toleransevinduet når det befinner seg utenfor. Støren et al., (2015, s. 76) påpeker at personer med traumatiske lidelser er preget av å ha et smalt toleransevindu og mye ustabilitet i hverdagen.

«Man må være regulert selv, for å kunne regulere andre» og man må «være rolig i møte med det urolige» ifølge Heine Steinkopf, fagleder RVT Sør. For at terapeuten skal være selvregulert, og for å kunne hjelpe å andre-regulere, er det flere behov som må være på plass for å få dette til, blant annet: selvaksept, tro på egen praksis, og en kontinuerlig selvrefleksjon om hvilke tanker, motiver og reaksjoner en har i møte med ungdommen. (RVTSSOR, 2021b)

Hvis man blir rasende, hysterisk eller livredd blir man kjempedårlig til andre-regulere. Disse barna og ungdommene trenger å møte noen som ikke er det, fordi de selv kan bli rasende, hysteriske og livredde når de koker. «Den voksnes ro blir en modell som barnet bruker når det blir større og det dukker opp vanskelige ting i livet» forteller Steinkopf (i RVTSSOR, 2021b)

2.4.3 Toleransevinduet

Stephen Porges (sitert i Midtsand, 2017): «Virkningene av utviklingstraumer blir ofte konseptualisert i form av regulatoriske spørsmål. *Toleransevinduet-modellen*

illustrerer disse problemene som et *smalt toleransevindu*, der hyper- eller hypoaktivering utløses lett, som svar på en potensiell trussel».

Støren et al., (2015, s. 9) forklarer at det er en normal aktiveringstilstand når man er innen toleransevinduet. Her føler vi oss trygge, vi kan reflektere og regulere følelsene våre. I motsetning til dette, beskriver de videre at vi er utenfor toleransevinduet når vi blir sinte, engstelige eller stressede, og evnen til å ta inn informasjon reduseres og svekkes. Ifølge dem kan dette resultere i overaktivering eller aktivering av det sympatiske nervesystemet med symptomer som irritabilitet, rastløshet, hjertebank og økt puls. Eller, beskriver de, at det også kan medføre en underaktivering eller aktivering av det parasympatiske nervesystemet, med symptomer relatert til nummenhet, slapphet og tretthet, blant annet.

Barnet går ut av sitt toleransevindu når alarmen går. Da sprøytes det stresshormoner inn i blodbanen, og barnet mister kontakt med den delen av hjernen som er reflekterende og fornuftig. Barnet kan vise adferd som kan oppfattes som urimelig eller uforståelig. (Perry, 2006; Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.4)

«Barn som får gjentatte erfaringer med å bli regulert på en sensitiv måte og får stabil hjelp til å være i toleransevinduet, utvikler egne indre arbeidsmodeller for selvregulering. Stimuli som før var overveldende, er ikke det lenger, fordi barnet har erfart at de er håndterlige ved hjelp av omsorgsgivers støtte» (Jørgensen, 2018)

2.4.4 En pedagogisk modell for forståelse: Den tredelte hjernen

Både toleransevinduet og den tredelte hjernen er begreper som er nyttige å bruke i de praktiske møtene med traumatiserte barn (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 6).

Steinkopf benytter seg av en pedagogisk modell for forståelse kjent som «den tredelte hjernen», som kan være en bra metafor for å normalisere symptomer som er uforståelige. Teorien ble introdusert av nevrobiologen Paul D. MacLean i 1973. Han hevdet at den menneskelige hjernen faktisk er tre hjerner: Reptilhjernen, den limbiske hjernen og cortex. (Steinkopf, 2014, s. 71-74)

Steinkopf sammenlikner hjernen med en dampbåt «dampbåtmodellen» og beskriver de prosessene som skjer i hjernen når vonde ting blir vekket, eller når en blir trigget eller stresset av noe: Noen av de systemene som utløses, skjer automatisk, kjent som *fight/flight og freeze*, med reaksjoner som fører til at noen kan kjempe, flykte, mens andre kan overgi seg eller koble fra. Hvis noe trigger vonde følelser, kan man gå i samme alarmberedskap, uavhengig av om situasjonen er farlig. Barn som har opplevd mye vondt i livet, kan ofte være i alarmberedskap hele tiden. (i Dønnestad, 2015)

2.4.5 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er beskrevet av Cohen et al., (2018, s. 123) som en av de viktigste komponentene gjennom hele terapiprosessen i behandling av barn og ungdom som opplever traumatisk sorg.

De viktigste målene med psykoedukasjon er å normalisere både barnets og foreldres reaksjoner og responser på de traumatiske hendelsene, ved å informere om vanlige emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner på traumer (Cohen et al., 2018, s. 123-124).

Mange barn og unge kan ha komplekse traumer med en sterk emosjonell og atferdsmessig dysregulering, og for store reguleringsvansker til at de kan makte psykoedukasjon i begynnelsen av behandlingen. For disse barna kan det være hensiktsmessig å starte behandlingen med fokus på generell stressmestring og følelsesreguleringsstrategier, og avvente med psykoedukasjon til de har fått bedre kontroll og selvregulering (Cohen et al., 2018, s. 132-133).

RVTS Sør kan lansere kurs i traumebevisst omsorg for foreldre, fosterforeldre og kontaktpersoner i barneverntjenesten slik at dette kan gi dem trygghet og forståelse til å møte barnet på en hensiktsmessig og utviklingsfremmende måte. Alle får den samme faglige kunnskapen, og det kan bli lettere å snakke «samme språk». De lærer blant annet om den tredelte hjernen, toleransevinduet, traumenes konsekvenser, triggere og smerteuttrykk og hvordan man kan skape trygghet. En fosterforelder etter fullført kurs: «Jeg forstår nå at når min sønn ble aktivert og gikk ut sitt toleransevindu, gikk jeg også ut mitt og møtte ham like aktivert. Jeg er den voksne som bør beholde roen, støtte og regulere ham». På tross av kursing kan det

fortsatt være mange som gir uttrykk for at de blir oppgitte av barnets atferd når det er vanskelig, som kan bestå av stjeling og lyving blant annet. Ifølge spesialrådgiver i RVTSS Sør, Tone Weire Jørgensen, handler det om å istandsette dem til å kunne se bak atferden. (RVTSSOR, 2021a)

2.5 Kritikk av pakkeforløpet for psykisk helse.

Pakkeforløpet for psykisk helse og rus ble innført i januar 2019. En evaluering fra Sintef tok for seg pasienter, pårørende og fagfolk sine oppfatninger og erfaringer med pakkeforløpet andre året etter innføring (SINTEF, 2021, s. 2).

Målsetningen for pakkeforløpet for psykisk helse og rus var, blant annet, å øke brukertilfredshet, brukermedvirkning, forutsigbarhet, og å unngå unødvendig ventetid for utredning og behandling, og gi likeverdig tilbud til pasienter og pårørende, som angitt i den Nasjonale planen for implementering av pakkeforløpet for psykisk helse og rus fra 2018 (Helsedirektoratet, 2018, s.1-3).

Pakkeforløpet la opp til en basis utredning der mye skal avklares og gjennomgås innen seks uker. Dersom man ikke har kommet til en diagnostisk avklaring i løpet av denne tiden, gis det tilbud om utvidet utredning, som må gjennomføres innen seks nye uker (SINTEF, 2021, s.13).

I denne rapporten fra Sintef (2021, s.13-14) vises, blant annet, pakkeforløpets innvirkning på tidsbruk. Brukerne forteller blant annet: Enkelte hadde en oppfatning av at behandlingen skulle avsluttes raskere dersom man ikke nyttiggjorde seg av den innen den tiden som var fastsatt. Dette førte til at flere ga uttrykk for at de følte press på å bli frisk og økt stress, og enkelte opplevde at dette gjorde dem dårligere. Andre fortalte at de fryktet å miste tilbudet sitt hvis de kom med tilbakemeldinger. De var også redde for at mulige tidsbegrensinger kunne føre til at de ikke fikk nok tid til å bygge en god relasjon til behandler. Dette er noe som ble sett på som essensielt av brukerne for at behandlingen skulle fungere. De syntes at det var overdrevent mye bruk av spørreskjemaer i utredningstiden, og at det var alt for stort fokus på å stille en diagnose før oppstart av behandling. I forhold til behandlingen, var det flere som

opplevde et stort tidspress hos tjenesten, hvor de hadde fått færre timer, eller kortere tid, eller at behandlingen hadde blitt avsluttet før de var klare for det. Fagfolk refererer til de samme argumentene om tidspresset og kravene knyttet til pakkeforløpsprosessene som går ut over relasjon til pasienten og kvalitet. (SINTEF, 2021, s.13-14)

Kim Edgar Karlsen, som er fagsjef i Norsk psykologforening, hevder at tjenesten krever en mer sammensatt tilnærming enn et pakkeforløp for å løfte kvaliteten i tjenesten. Blant annet sier ham at det er behov for nok tid, og folk til å lytte til brukerne. Tove Gundersen, som er generalsekretær i Rådet for psykisk helse også mener at det er bekymringsfullt at det ikke prioriteres nok tid til å bygge relasjoner, noe hun mener er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi og få hjelp. Gundersen understreker at rapporten viser at det fortsatt er et hierarki hvor folk med psykiske lidelser ligger nede på prestisjeskalaen og er lavt prioritert. (Storvik, 2021)

3.0 METODE

I dette kapittelet presenteres først valg av vitenskapsteoretiske rammeverk, med en beskrivelse av fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Videre blir det redegjort for hvordan undersøkelsen ble bygget opp og gjennomført. Deretter redegjøres for etterarbeidet i form av transkribering og analyse. Sist presenteres det hvordan verifisering og forskningsetikk er ivaretatt.

Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan beskriver terapeuter, ved en (BUP), at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier

Ut ifra problemstillingen valgte jeg å bruke en kvalitativ forskningsstrategi som la føringer for metodebruk. Studien har derfor et kvalitativt design, og den benyttet seg av kvalitative forskningsmetoder, ved innsamling og analyse av kvalitative data. Det virket hensiktsmessig å gjennomføre semistrukturert intervju. Kvalitative metoder blir presentert av Malterud (2018, s. 30) som forskningsstrategier for å beskrive, analysere, og fortolke egenskaper og karaktertrekk, ved de fenomenene som skal studeres.

3.1 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

En tilnærming inspirert av fenomenologi og hermeneutikk er benyttet i denne studien. Ifølge NEM (2019, s.7) bygger kvalitativ metode på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). I denne studien fokuserte jeg sterkt på informantenes egne erfaringer, og senere i prosessen ble materialet tolket i lys av min forforståelse og fortolkning. I kvalitativ helseforskning brukes ofte det som kalles den fenomenologiske hermeneutiske metoden. Imidlertid er det viktige forskjeller mellom fenomenologi og hermeneutikk (Wifstad, 2019).

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl rundt år 1900 (kvale & Brinkmann, 2019, s. 44). Begrepene hermeneutikk og fenomenologi brukes ofte om hverandre. Den fenomenologiske metoden søker å avdekke betydningen av fenomener som enkeltpersoner opplever gjennom analysen av beskrivelsene deres (Parse et al., sitert i Dowling 2004, s. 31). Fenomenologi har fokus på en persons levd erfaring og oppnår fellestrekk og delte meninger, mens hermeneutikk antar at mennesker opplever verden gjennom språk, og at dette språket gir både forståelse og kunnskap (Byrne, sitert i Dowling 2004, s. 31). «Mens fenomenologer typisk er interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, er hermeneutikere opptatt av fortolkningen av mening» (kvale & Brinkmann, 2019, s. 33).

Merleau-Ponty (i kvale & Brinkmann 2019, s. 45) understreker at fenomenologisk metode dreier seg om å beskrive det gitte, snarere enn å forklare å analysere. Da jeg møtte intervjupersonene, var det ønskelig å innta et fenomenologisk perspektiv, slik at de selv kunne formidle sine erfaringer, kompetanse og meninger om hvordan traumeorienterte tilnærminger kommer til uttrykk i deres daglige arbeid med barn og ungdom.

Hermeneutikk vokste frem gjennom forsøk på å forstå betydningsfulle tekster. For eksempel, hvordan tolker man en lov på en hensiktsmessig måte da loven må stadig utlegges og anvendes i nye situasjoner? begrepet *den hermeneutiske sirkel* peker på at «fortolkning er å forstå delene ut fra helheten, og at helheten vil fremstå som den indre harmonien mellom delene» (Wifstad, 2019). Hans-Georg Gadamer (sitert i

Wifstad, 2019) sa at hermeneutikk er ikke først og fremst en metode, men en allmenn teori om forståelse.

Til analysen av datamaterialet forsøkte jeg å fremstille, forklare og fortolke intervjupersonene sine subjektive opplevelser av fenomenene de beskrev. Med dette i betraktning, valgte jeg å benytte en hermeneutisk tilnærming til analyse og tolkning av data.

All forståelse er historisk betinget. Det vil si at vi alltid forstår et gitt fenomen ut fra en helhet. Vi bærer med oss en førforståelse, fordommer, som preger hva det er mulig for oss å oppdage ved fenomenet. Vi har bare til en viss grad oppmerksomheten rettet mot denne førforståelsen, og det er umulig å forstå den fullt ut (Wifstad, 2019).

Heine Steinkopf ved RVTS Sør (i Dønnestad, 2015) mener at det er viktig å møte hver ungdom som et enkeltindivid med sin historie som ikke er lik noen annens historie. Han understreker at det er viktig å anerkjenne at man tror ikke at man har en løsning for alle basert på erfaring med en person. «Du ikke har sett hele bildet fordi om du har gjenkjent en liten flikk av et annet menneske». Han fortsetter med en beskrivelse av hva man kaller en fenomenologisk forståelse: Det vil si å møte enkeltmennesket slik det fremstår, slik det forstår verden og fenomenene. «Det andre menneskets forståelse er nødvendigvis helt forskjellig fra min. En ungdom med problemer er ikke helt lik en annen ungdom med problemer. Derfor må vi finne ut hva det mennesket står overfor, hva det bærer i seg og hva det drømmer om. Vi må anerkjenne dette før vi sammen ser på veier fra livssmerte til livsvekst». (Steinkopf, sitert i Dønnestad, 2015)

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Datainnsamlingsmetoden ble valgt med utgangspunkt i et ønske om å få frem beskrivelser som var så nøyaktig som mulig om hva de utvalgte terapeutene mener, føler, opplever, og hvordan de handler i møtet med traumeutsatte barn og unge. Jeg valgte derfor semistrukturerte intervjuer som metode for innsamling av data. Det ble utført i overensstemmelse med en intervjuguide rundt spesifikke emner som krevde aktiv deltagelse fra informantene. Denne metoden ble foretrukket fremfor fokusgruppeintervjuer, for å oppnå dybde i beskrivelser og meninger rundt noen

fastlagte emneområder jeg ønsket å spørre om. Samtidig ønsket jeg å unngå den mellommenneskelige innflytelsen av omgivelsene i en gruppesammensetning.

Polit & Beck (2018, s.203) understreker at fenomenologer stoler først og fremst på dybdeintervjuer, og peker på dybdeintervjuer som den vanligste metoden for å samle inn kvalitative data. Merleau-Ponty (sitert i kvale & Brinkmann 2019, s. 45) understreker at fenomenologisk metode dreier seg om å beskrive det gitte, snarere enn å forklare å analysere. Det kvalitative forskningsintervjuet oppfordrer intervjupersonene til å beskrive så nøyaktig som mulig det de føler og opplever, og hvordan de handler. Målet er ikke kvantifisering. Intervjuet sikter mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden, gjennom ord. Et semistrukturert intervju utføres i overensstemmelse med en intervjuguide rundt spesifikke emner (kvale & Brinkmann, 2019, s. 46-47).

Disse intervjuene brukes når forskere har en liste over emner eller brede spørsmål som må dekkes i et intervju for å sikre at alle spørsmålsområdene blir adressert. Intervjuerens funksjon er å oppmuntre deltakerne til å snakke fritt om alle temaene i intervjuguiden (Polit & Beck, 2018, s.204). Med bare to personer til stede, kan det kanskje være lettere for informanter å føle seg trygge og åpne seg mer under intervjuet, slik at det kan bli lettere å ha en mer utdypende og detaljert samtale om et fenomen. Individuelle intervjuer velger man når man ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem overveielser og erfaringer som krever ettertanke og trygghet for å deles (Malterud, 2018, s. 133).

3.2.1 Planlegging

Planleggingsetiske sider omfatter blant annet å innhente intervjupersonens samtykke til å delta i intervjuet, sikre konfidensialitet og vurdere hva det innebærer for intervjupersonen å delta i studien (kvale & Brinkmann, 2019, s. 97). I forbindelse med dette hadde jeg utarbeidet en detaljert intervjuguide rundt spesifikke emner, og jeg hadde skrevet et samtykkeskjema i overensstemmelse med NSD (*Norsk Senter for Forskningsdata*) sine kriterier. I dette skrevet gir jeg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for intervjupersonen.

3.2.2 Rekruttering og utvalg

Utvalgsriteriet var i første omgang terapeuter innen traumeorienterte tilnærminger ved (BUP) *Barn og unges Psykiskhelse Poliklinikk*. Det var ønskelig å forsøke å få et utvalg som hadde lang klinisk erfaring innenfor traume og sorgarbeid. Enhetslederen ved den aktuelle BUP ble kontaktet, ved hjelp av informasjon som finnes tilgjengelig på internett, og ble bedt om tillatelse for at forsker kunne starte rekrutteringsprosessen. Deretter, undersøkte en bekjent av forsker innen BUP, som mulige deltagere ikke hadde et avhengighetsforhold til, hvem som kunne tenke seg å være informanter. Deltagelse var frivillig. De aktuelle deltagere samtykket i at det kunne formidles kontaktinformasjon til forskeren. Jeg tok kontakt, uavhengig av lederen, med informantene, og la en videre plan for intervjuene. Utvalget for studien var 4 BUP ansatte, med lang (13 til 40 års) klinisk erfaring innen traumeorienterte tilnærminger.

Tabell 1. Presentasjon av informantene.

INFORMANT1 (I1)	INFORMANT 2 (I2)	INFORMANT 3 (I3)	INFORMANT 4 (I4)
<ul style="list-style-type: none">• Dame• Sosionom• Arbeidserfaring på BUP: Siden 2010	<ul style="list-style-type: none">• Mann• Spesialpsykolog• Arbeidserfaring på BUP: 40 år	<ul style="list-style-type: none">• Dame• Spesialpedagog• Arbeidserfaring på BUP: Rundt 20 år	<ul style="list-style-type: none">• Dame• Klinisk spesialist i klinisk pedagogikk• Arbeidserfaring på BUP: 15 år

3.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble utført i overensstemmelse med en detaljert intervjuguide rundt spesifikke emner som ble utarbeidet på forhånd, og som krevde aktiv deltagelse fra informantene. Det ble avtalt tidspunkt for intervju med alle informantene, og det ble

satt av mellom 45 minutter til 1 time, til gjennomføring av intervju. Hver av dem fikk et samtykkeskjema med informasjonsskriv, som jeg hadde skrevet på forhånd, som forklart i punkt 3.2.1. Intervjuene fant sted på kontoret til terapeutene, og de ble registrert ved bruk av diktafon og notater. For å sikre best mulig lyd kvalitet på opptakene, ble det gjennomført en test hjemme i forkant av intervjuene.

Intervjuene forsøkte å få frem beskrivelser relatert til anvendelsen av traumeorienterte tilnærminger ved en BUP.

En utfordring jeg fant med å utarbeide en semistrukturert intervjuguide, var at intervjuene skulle gi rom for refleksjon og fleksibilitet. Jeg ønsket å få frem mest mulig beskrivelser fra informantene uten for mye styring gjennom mine spørsmål.

3.2.4 Transkribering og etterarbeid

Etter datainnsamlingen ble data organisert og gjort tilgjengelig for analyse. Den kvalitative forskningsprosessen omformer eller transkriberer meninger, erfaringer og hendelser fra observasjon eller samtaler til tekst, på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2018, s. 77).

Opplysningene ble anonymisert, behandlet konfidensielt og lagret i samsvar med personvernregelverket.

3.3 Analyseprosessen

Til analysen av datamaterialet forsøkte jeg å fremstille, forklare og fortolke intervjupersonene sine subjektive opplevelser av fenomenene de beskrev. Med dette i betraktning, ønsket jeg å benytte en hermeneutisk tilnærming til analyse og tolkning av data. Hermeneutikk vokste frem gjennom forsøk på å forstå betydningsfulle tekster. For eksempel, hvordan tolker man en lov på en hensiktsmessig måte da loven må stadig utlegges og anvendes i nye situasjoner? begrepet *den hermeneutiske sirkel* peker på at «fortolkning er å forstå delene ut fra helheten, og at helheten vil fremstå som den indre harmonien mellom delene» (Wifstad, 2019). Hans-Georg Gadamer (i Wifstad, 2019) sa at hermeneutikk er ikke først og fremst en metode, men en allmenn teori om forståelse.

All forståelse er historisk betinget. Det vil si at vi alltid forstår et gitt fenomen ut fra en *helhet*. Vi bærer med oss en førforståelse, fordommer, som preger hva det er mulig for oss å oppdage ved fenomenet. Vi har bare til en viss grad oppmerksomheten rettet mot denne førforståelsen, og det er umulig å forstå den fullt ut (Wifstad, 2019).

3.3.1 Systematisk tekstkondensering - STC

For å gjennomføre analyseprosessen på en systematisk og overkommelig måte har jeg blitt inspirert av, og tatt utgangspunkt i deler av Systematisk Tekstkondensering (Systematic Text Condensation - STC) som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Den kan brukes til analyse av mange typer empiriske data, uten forutsetninger knyttet til kvalitative metodetradisjoner, eller filosofiske røtter. (Malterud, 2018, s.97)

Fordelen med STD er ifølge Malterud (2018, s.97), at den ikke krever omfattende kunnskap om kvalitative metoder som bygger på hverken teorier om fortolkning (hermeneutikk), eller på menneskelig erfaring (fenomenologi) for å kunne brukes forsvarlig med sikte på nybegynnere. Metoden har fellestrekk med mange andre analysemetoder, så den er ikke spesielt original. Malterud deler sin analyse i fire trinn: 1) å få helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enhetene, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2018, s.98).

3.3.1.1 Trinn 1 – Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

Malterud's første trinn starter med å bli kjent med materialet for å få et helhetsbilde. Her skal man sette forforståelse og teoretiske rammer i parentes, uten å glemme problemstillingen. Først etter å ha lest alt, skal man oppsummere inntrykkene og understreke hvilke foreløpige temaer man kan skimte i teksten. Det kan det dreie seg om fire til åtte temaer. Ifølge Malterud er dette en viktig forskjell sammenliknet med andre analysemetoder som går ut med et stort antall av koder eller temaer. (Malterud, 2018, s.99).

3.3.1.2 Trinn 2 -- Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I Malterud's andre trinn organiserer man den delen av materialet som skal studeres nærmere, og legger tekst som ikke er relevant til problemstillingen til side. Etter gjennomlesing samles de foreløpige temaene til forhandlinger om hva som er sammenfallende, og hva som spriker. De reviderte foreløpige temaene danner grunnlag for kodegrupper i dette trinnet. Deretter starter man med en gjennomgang av materialet for å identifisere «meningsbærende enheter». Disse kan være korte eller lange. Man velger ut tekst som bærer med seg noe kunnskap om ett eller flere av temaene fra forrige trinn. Med kodegruppene som veiviser skal man identifisere meningsbærende enheter, og etter sitt innhold skal disse merkes med en kode som samler tekstbitene som har noe til felles. Etter hvert som materialet gir oss innspill og ideer, kan kodene utvikles og justeres. (Malterud, 2018, s.100-102).

3.3.1.3 Trinn 3 – Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn skal man systematisk abstrahere og hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som har blitt etablert og kodet i andre analysetrinn. Før man går videre i kondenseringsprosessen, blir materialet sortert i subgrupper, som blir heretter analyseenheten. Hvilke subgrupper man fester seg ved, er ifølge Malterud, preget av vårt faglige perspektiv og ståsted. På dette analysetrinnet lager man et kondensat som er et kunstig sitat. (Malterud, 2018, s.105-106).

Kondensatet skal sammenfatte og gjenfortelle det som befinner seg i den aktuelle subgruppen. Det utgjør summen av informantenes stemmer om det fenomenet som denne subgruppen forteller om. Deretter velger man også et «gullsitat» som illustrerer best mulig det som er abstrahert i kondensatet. Det skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i analyseprosessens siste trinn. (Malterud, 2018, s.107).

3.3.1.4 Trinn 4 – Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens fjerde trinn skal man sammenfatte det som man har funnet i forrige trinn i form av fortolkete synteser. Sammenfatningen skal danne grunnlag for nye beskrivelser og begreper, og den skal formidles på en måte som er lojal til informantenes stemmer, slik at man gir leseren tillit og innsikt. (Malterud, 2018, s.108).

Malterud beskriver at vi skal først syntetisere kunnskapen som befinner seg i hver enkelt subgruppe og kodegruppe. Kondensatet blir brukt til å lage en analytisk tekst som blir illustrert med et gullsitat som konkretiserer våre funn (Malterud, 2018, s.108). Deretter skal man gi den analytiske teksten med sitatene, en overskrift som sammenfatter det det handler om. Resultatavsnittet skal si hva vi har funnet, ikke hva vi har undersøkt. Sist skal man validere funnene ved å sette opp de analytiske tekstene og resultatkategoriene, mot det empiriske materialet. (Malterud, 2018, s.110).

Hvordan jeg gjennomførte analyseprosessen inspirert av Malterud's prinsipper for systematisk tekstkondensering.

Analysen begynte allerede under intervjuene med noen oppsummeringer som ble gjort både underveis og på slutten av intervjuene, av hva jeg hadde oppfattet at informantene hadde uttrykt. Ved første gjennomlesing av samtlige intervjuer i trinn 1, tok jeg notater og prøvde å unngå all trang til å systematisere. Målet her var å danne et helhetsinntrykk for å bli ytterligere kjent med innholdet. Under lesningen ble det observert noen funn som inneholdt både store likhetstrekk og noen ulikheter fra informantene. Jeg festet meg noen temaer som gikk igjen rundt av det som skulle undersøkes, og som intuitivt vekket min oppmerksomhet, og gav hvert av disse temaene et midlertidig navn som: «Kunnskap», «Anvendelse», «Utfordringer».

I følge Malterud er disse foreløpige temaene ennå ikke utviklet gjennom systematisk tolkning og refleksjon, og de er ikke resultater eller kategorier. De representerer et

første intuitivt steg i organisering av materialet knyttet ut mot å finne mulige svar på problemstillingen. (Malterud, 2018, s.100).

I andre trinnet startet jeg med en mer systematisk gjennomgang av materialet, for å lokalisere meningsbærende enheter som inneholdt kunnskap om temaene fra første trinn. Først skilte jeg relevant og irrelevant tekst slik at det ble lettere å finne de meningsbærende enhetene. Det neste jeg gjorde var å markere det transkriberte materialet med uthevningsfarge, for å framheve de meningsbærende enhetene som best kunne belyse, etter min mening problemsstillingen. Deretter noterte jeg assosiasjoner, refleksjoner og tanker i marginen. Sist, ble de meningsbærende enhetene merket med en kode, etter sitt innhold.

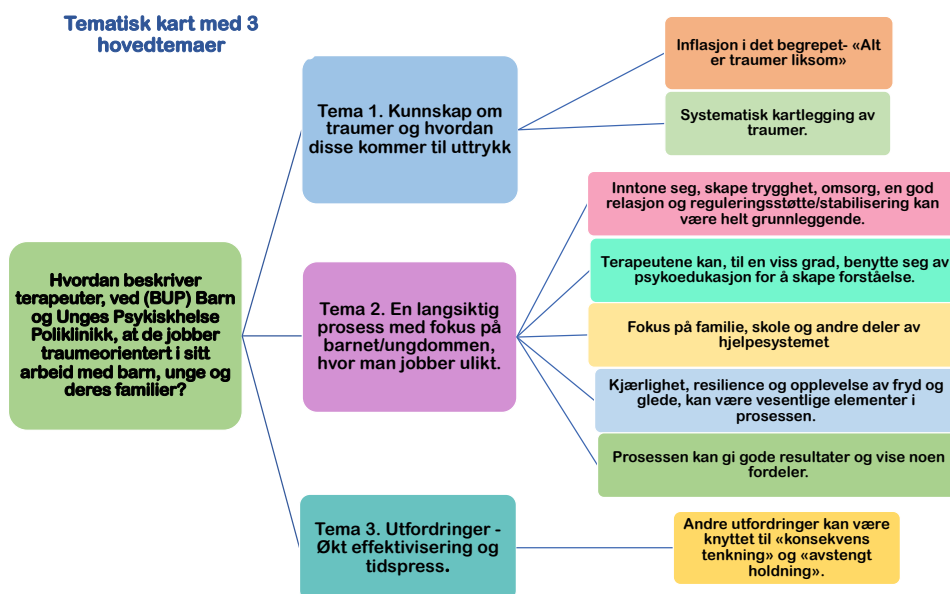
Jeg tok en gjennomgang av materialet linje for linje, flere ganger, for å sikre meg om at dette analysetrinnet og kodingen ble grundig nok.

I trinn 3 og 4, prøvde jeg å hente systematisk ut mening ved å abstrahere og kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene i kodegruppene som ble sortert i ytterligere undergrupper. Til hver undergruppe ble det laget et kondensat, med gullsitat som oppsummerte hovedelementene. Til slutt, ble kunnskapen fra tredje trinnet sammenfattet i form av fortolkende synteser, som dannet grunnlaget til resultatene.

Tabell 2. Utdrag fra analysen- Inspirert av STC

Helhetsinntrykk Villnis til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater
	Foreløpige temaer	Kode gruppe	Meningsbærende enheter	Undergruppe	Kondensat
Kunnskap	Kunnskap om traumer	<p>«Vi kan mye om traumet og spesielt det som skjer med hjernen og kan gi veiledning på det og behandling» (I1)</p> <p>«Jeg forstår traumer som når det skjer noe som er vondt og vanskelig, så aktiveres hjernen, så skades det» (I1)</p> <p>«Så hjernen påvirkes og det skaper mye trøbbel for de videre i fungering og funksjon» (I1)</p> <p>«Man ser også andre symptomer som de kanskje kan bli mer som hektiske, eller motsatt at de kan trekke seg mer tilbake» (I1)</p>	Kunnskap om traumer og symptomer.	Vi har mye kunnskap om traumer, symptomer, om hva som skjer med hjernen ved traumer, og vi kan gi veiledning og behandling.	Kunnskap om traumer og hvordan disse kommer til uttrykk.

Jeg endte opp med tre hovedtemaer og åtte undertemaer:



3.4 Verifisering: Validitet, Generaliserbarhet og Reliabilitet

I all forskning bør man spørre seg om metoden man har brukt representerer en logisk vei til å belyse problemstillingen, og om denne veien vil gi tilstrekkelige gyldige svar. «Å *validere* er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet» (Malterud, 2018, s. 193).

«Generaliserbarhet» er et urealistisk begrep som er assosiert funn som gjelder for alle mennesker i alle samfunn og under hver historisk betingelse. Forskning kan levere slike allmenngyldige resultater bare unntaksvis. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å bruke begrepet «overførbarhet», som i større grad viser betingelser og grenser for hvordan funnene kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger. Å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet, er en måte å spørre etter overførbarhet (Malterud, 2018, s. 66). Reliabilitet har med forskningsresultatenes troverdighet og pålitelighet å gjøre. Det blir ofte behandlet i forbindelse med om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere i et senere tidspunkt (kvale & Brinkmann, 2019, s. 276).

I hvilken grad funnene i min studie er overførbare, kan reise spørsmål i forhold til hvorvidt svaret på problemstillingen min ville vært det samme hvis en annen forsker hadde utført den samme prosessen, med utgangspunkt i samme problemstilling. Forskningsprosessen ble dokumentert på en grundig måte og funnene, som er preget av min forforståelse, kan være overførbare til andre liknende kontekster.

3.5 Forskningsetikk

Studien ble godkjent av Fakultets etiske komite, søknadsnummer RITM0130457 (vedlegg 1), og Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 526564 (vedlegg 2). Etske vurderinger har vært høyt prioritert, og de har vært diskutert før og under gjennomføringen av denne studien. Det ble innhentet samtykke fra deltagerne til å behandle personopplysninger og til å delta i studien (vedlegg 4). Alle ble informert om at deltagelse var frivillig, og de kunne trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn.

Ifølge kvale & Brinkmann (2019, s. 213) kan både intervjuer og transkripsjoner ta opp følsomme emner, og dette kan derfor innebære etiske spørsmål. Dermed var det viktig å beskytte konfidensialiteten til informantene, institusjonene og alle personene som ble nevnt i intervjuet. Deltagerne ble bedt om å ikke oppgi person sensitive opplysninger om en pasient eller andre. Alle deltagerne oppfylte sin taushetsplikt og personens anonymitet ble beskyttet. Alle data ble anonymisert, og det ble ikke knyttet persondata direkte til lydopptakene eller den transkriberte teksten. Bare anonymisert transkripsjon av intervjuene ble beholdt for å beskytte konfidensialiteten av de involverte.

Et annet etisk spørsmål kunne relateres til hvordan min forforståelse påvirket hvordan jeg tolket mine data. I denne sammenhengen, hadde jeg som forsker en forforståelse av helheten. Min bakgrunn som sykepleier ga meg kunnskap om forskningstemaet, men også en forforståelse. Da jeg møtte intervjuobjektene var jeg preget av min livsverden, og de var preget av sin. Ifølge NEM (2019, s.17) innebærer refleksivitet at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet.

4.0 FUNN.

I dette kapitlet vil jeg presentere mine funn. Oppgavens problemstilling er; Hvordan beskriver terapeuter at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier ved en (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk. Hensikten med denne studien var å få innblikk i hvordan noen terapeuter anvender traumeorienterte tilnærminger i sin polikliniske kontekst. Få større innsikt i hva slags kunnskap og forståelse disse fagpersonene har knyttet til sitt arbeid med traumeutsatte barn og unge, og hvordan denne kunnskapen har påvirket deres arbeid i praksis. Samt hvordan de reflekterer rundt sin egen praksis.

Jeg brukte en fortolkende tverrgående analyse inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering. Ved å tolke og presentere funnene fra datamaterialet, som består av de transkriberte fire intervjuene som ble utført, håper jeg å kunne besvare problemstillingen på en god måte. Funnene illustreres ved å legge inn sitater fra

intervjuene. Jeg ønsker derfor å presentere her hovedfunnene som har kommet frem av analyseprosessen som beskrevet i punkt 3.3.1.



4.1 Kunnskap om traumer og hvordan disse kommer til uttrykk.

Terapeutene beskriver at de har fokus på kunnskap om traumer og teoretisk forståelse av fenomenet. Dette ser ut til å gi trygghet i arbeidet. Informantene kan under intervjuet nevne konkrete teoretikere for å beskrive hva de mener.

Innledningsvis i intervjuene ble alle informantene spurt om hvordan de forstår traumer som begrep og som fenomen. Det virket hensiktsmessig å starte med dette spørsmålet, for å finne ut av hvordan de reflekterer rundt bruken av begrepet, og dets implikasjoner for deres traumeorientert arbeid, med barn og unge i det daglige. Dette

kan bidra til å skape et felles bilde, og forståelse av fenomenet. En informant forklarer årsakene til at det kan være viktig å ha en forståelse for hva traumer er:

Det er viktig å forstå hva som skjer i oss. Man må skjønne hva traume er for noe, for å kunne møte mennesker der, for å ha de verktøyene i møte med et annet menneske. Forståelsen for kraften av traumer er veldig viktig. (I4)

Informantene beskriver traumer, som en langvarig følelsesmessig respons til en eller flere traumatiske hendelser, som kan skade en persons følelse av trygghet, og evne til å regulere følelser: «Jeg forstår traumer som når det skjer noe som er vondt og vanskelig, så aktiveres hjernen, så skades det liksom (...) Så hjernen påvirkes, og det skaper mye trøbbel for de videre i fungering og funksjon» (I1)

Informantene viser til teoretikere og fagpersoner som har hjulpet dem å forstå hva traumer er, og hvordan disse kan hjelpes:

Stephen Porges sier at hvis man klarer å kjempe imot, eller flykte fra påkjenningen så er det ikke traumer. Traumer oppstår når man hverken kan flykte fra, eller bekjempe over makten, eller over det som er traumatisk. Man blir løst i en sånn posisjon, at nedblokkering og dissosiering er siste utvei. Sånn ser jeg traumer, og traume begrepet. (I2)

En informant har mye erfaring med å behandle barn som kommer fra land i krigssoner:

«Traume begrepet kommer veldig ofte når det er sterke ulykker, hendelser, og ikke minst hendelser som blir påført et barn, ungdom. I krigen, så er det krigen som påfører. Det er det barnet har sett og opplevd, så jeg har hørt om det veldig lenge (...) Måten jeg har jobbet på er at jeg har brukt tegningen» (I3)

En annen informant sier: «Traumer oppstår når man opplever noe som er stressende. At man blir redd, og at man blir enten kjempe stresset eller urolig, eller overveldende følelser» (Informant 4)

Snarere enn en definisjon av traumer, brukte informantene mye tid på å beskrive hvordan traumer kommer til uttrykk.

Informant forteller om de kjernekriteriene på at man har opplevd traumer, som de jobber ut ifra. Ofte, har hun observert, at barn med traumehistorie, kan ha lettere for å komme i både hyperaktivering, og hypoaktivering modus:

Det er en fysiologisk respons etter kjerne kriterier. (...) Man kan få sånn angst følelse i situasjoner, og vanskeligheter for å roe seg, og for å konsentrere seg. Man kan føle nummenhet, at man blir veldig som hypoaktiv, eller kjempe rolig, at man blir avflatet i følelser. Man kan ha økt aktivering. Konsentrasjons vansker og uro i kroppen, og dette med flashbacks, at man blir sånn reaktivert. Det er de kriteriene vi jobber ut ifra, som er de kjerne kriteriene på at man har opplevd traumer. (I4)

Informant beskriver konsentrasjonsvansker, unnvikelse, flashbacks og isolasjon:

Noen av de første symptomer man ser, er at de klarer ikke å konsentrere seg, og at de trekker seg tilbake (...) når aktivering av hjernen skjer, de unngår mange ting. De isolerer seg, og de går gjennom flashbacks, og reminder på traume. (I1)

Informant 4 forklarer unnvikelses atferd: «Hvis man er unnvikende, prøver man å unngå situasjoner eller temaer å snakke om, eller steder. Unngåelses adferd». En annen informant understreker at det er forskjellige retninger folk kan gå i hvis de er traumatiserte, avhengig av hvilken type person man er. Mens noen viser symptomer som er internaliserte, kan andre vise symptomer som er eksternaliserte:

Man ser også andre symptomer som: De kan kanskje bli mer som hektiske, eller motsatt, at de kan trekke seg mer tilbake. Det kommer veldig enn på hva slags menneske det er, og det er symptomer som er internaliserende, så de er inn i seg selv, og her er det symptomer som selvskading og ting som andre

ikke merker så godt. Eller om de blir eksternaliserende, og de blir voldsomme mot andre i en sånn kampmodus. De blir kanskje aggressive, eller viser andre adferd som ikke er hensiktsmessig. Det er forskjellige retninger mennesker kan gå i, hvis de er traumatisert. (11)

Hvis barnet har opplevd traumer, kan barnet bli stresset i situasjoner som er unaturlige, eller de kan gå i fight/flight modus: «De blir sinte. Det kan bli en verbal krig, eller de kan dytte eller løpe ut av klasserommet, eller fjerner seg fra situasjoner, som man kan tenke at det ikke passer i det hele tatt» (14). Hun understreker at hvis man ikke har kunnskap om at disse overreageringene kan være traumer eller stress, det er mange som kan tenke: «Nå må du komme her, nå må du sitte rolig, og nå må du oppføre deg». (14)

Barna og unge som har traumeerfaringer kan også dissosiere:

Når et barn dissosierer, kan det skje at du ikke får kontakt med ham plutselig. Du kan se at de synker sammen i kroppsholdning, og du hører på stemmen at den blir forandret, og at mimikken blir ikke så levende, som man har, når en ikke er stresset modus. Men det er forskjellige grader da. I ytrest fasen besvimer de. (12)

Noen barn kan bli overveldet av sine egne fysiologiske rytmer:

Hvis hjertebank har tidligere i livet vært knyttet sammen med raseri eller angst, kan disse barna, ha en tendens til å utløse senere raserianfall når hjertefrekvensen øker, ved gymtimen eller når de leker med andre barn: «De kan komme i skikkelig kamp modus. De blir aggressive, eller redde, akkurat som de ble da de var bittesmå, og det kan komme plutselig» (12).

Man kan også være helt i frys, og ikke helt vet hvordan man skal håndtere det, og man kan oppleve da vanskeligheter: «For eksempel, kan man bli plaget av minnene, man kan føle frykt og angst. Opplevelser påvirker oss på en måte at de står i veien for at vi skal føle oss trygge» (14). Hun forklarer videre, at man kan streve med å søvnen på grunn av gjentakende mareritt og flashbacks. De kan slite med

konsentrasjon og oppmerksomhet, og derfor kan de ha problemer med å fullføre oppgaver. De kan vise overreageringer i noen situasjoner, og føle at noen situasjoner er sterkere enn de virkelige er. Man kan streve med tillitt og tolke ting i negativ retning.

Informant forklarer at når man har traumer, kan man føle seg oftere truet og utrygg, og når dette skjer, kan man gå i hypoaktivert modus. Da fremmer det veldig innsnevret oppmerksomhet. Man får ikke overblikket over hele situasjonen, og den rasjonelle hjernen kan slutte å fungere, slik at man kan ikke snakkes til fornuft, fordi fornuften er koblet av, ifølge informant 4.

Barna og unge som er traumatisert, kan ofte fungere på et lavere nivå:

Hjernen bruker så mye energi på det andre som de opplevde som farlig, så de er redde, og lei i seg, og trekker seg mer tilbake, enn det de normalt sett hadde gjort, hvis ikke de hadde var utsatt for det traumet. (I1)

4.1.1 Inflasjon i begrepet- «Alt er traumer liksom»

Ifølge informantene har bruken av traumbegrepet økt. De understreker at en slik situasjon kan marginalisere andre perspektiver som kan bidra til å kunne danne oss et helhetlig bilde av mennesker:

Jeg har inntrykket av mange her er interessert i traumer, og jeg synes også at det har blitt litt utvannet. Hele begrepet. Alt er traumer liksom. Selv om barnets påkjenning er ikke traumer i mitt hode da. Det er ikke voldsomme opplevelser som de ikke har klart å flykte fra eller overvinne (I2)

Informant 3 redegjør for at det ikke alltid er like gunstig å pirke i traumer. «Jeg har noen ganger tenkt og på hvor mye man skal pirke i traumer. Skal man noen ganger la det ligge?» (I3). Hun understreker en viktig forskjell mellom traume og sorg, og at ikke alt skal bearbeides eller henvises til BUP: «Det er en forskjell mellom sorg og traumer» og «jeg synes at traume begrepet blir brukt feil».

4.1.2 Systematisk kartlegging av traumer.

Jeg blir informert av alle informantene om at man bruker kartleggings verktøy som kjennetegner traumer der det blir kartlagt hva slags traumatiske hendelser barnet har opplevd og hvilke plager og symptomer som foreligger: «På BUP blir de ofte henvist fordi de strever med noe. Vi bruker da kartleggings verktøy som kjennetegner traumer» (I4). Informant 1 beskriver at enkelte av disse barna kan kamuflere følelsene og for mange av dem kan det være utfordrende å uttrykke dem, så de blir presentert med et kart over alle følelsene der de skal velge følelsen som best representerer dem:

De kan kamuflere om de er lei i seg. Også kan de fortelle om en episode som var vondt, og så kan vi gi dem et kart over alle følelsene. Jeg tror at det er 100 følelser på det kartet. Og så kan vi spørre: Kan dette stemme? Er det i nærheten eller? (I1)

Informant 4 sier at de prøver alltid å finne ut av barnas historie og deres opplevelser av verden før de begynner med behandling. I det arbeidet får de masse informasjon både om barnas historie, sånn som barnet opplever det, men også gjennom samtale med foreldre, sier informant 4. Videre informerer hun om at de benytter seg av anamneser får å få et bilde av familiens historie, og for å få innblikk i om det er traume i foreldrenes historikk, og hun forklarer årsaken: «Da vet vi jo at kanskje de går gjennom triggere, som kan gjøre at de og blir stresset i noen situasjoner der barnet ikke trenger, eller at barn kan bli redde for foreldrenes stress. Disse tingene kartlegger vi» (I4)

4.2 En langsiktig prosess med fokus på barnet/ungdommen, hvor man jobber ulikt.

Det fremstår som tydelig fra informantene at traumeorientert arbeid er en langsiktig prosess der man skal gi seg veldig god tid og helst følge et halvt skritt etter barnet: «Man må gi seg veldig god tid, og følge et halvt skritt etter barnet» (I2) og han legger til:

Også hvis det er noe man kan gi seg tid og la barnet få den tiden den trenger, så ser jeg positiv på (...) Det er en veldig lang prosess. Gjennomsnittet er 4 år på de som jeg jobber med. En gikk her i 7 år (...) Det tar tid. Det kan kanskje være det viktigste i hele terapien å få dem til å stole på en voksen. Det kan ta to år faktisk med enkelte barn. (I2)

Til tross for at noen informanter sier at det kan være variasjoner i måten de jobber på, er alle enige om at deres hovedfokus er barnet og ungdommen, og terapiene er derfor tilpasset hver enkeltes behov: «Det er mange forskjellige måter å jobbe på her på BUP» (I2), «Her på huset så gjør vi det forskjellig» (I3). «Alt er jo individuelt, ut i fra det barnet eller ungdommen du møter og man må se det i et perspektiv» (I3). «Hver terapi er helt ulik andre terapier selv om det er visse ting som kan gå igjen fra terapi til terapi» (I2). «Jeg er jo traumeorientert i alle sakene i og med at jeg har det som spesial psykolog oppgave da å fokusere på store påkjenninger/tidlige påkjenninger. Hver eneste pasient må møtes på sine premisser» (I2). «Det er barnet som styrer prosessen» (I2).

Når informant 4 jobber traumeorientert, legger hun vekt på at hun fokuserer på barnet og det emosjonelle: «Man gjør det for å ivareta barns psykiske helse. Det er barnet som er i sentrum» (I4).

«Det er barnet som er i sentrum» (I4) og (TBO) er grunnlaget: «Traumebevisst omsorg (TBO) er grunnlaget til alt arbeidet vi gjør med barn og ungdom på BUP». «Jeg tenker at TBO ligger veldig til grunn i all den jobben vi gjør med barn og ungdom. Vi forstår det mer som en grunn fundament, mer enn en metode vi jobber etter» (I1).

Informant 2 forklarer at han henger bare på å berede grunnen, slik at barna kan utvikle seg på best mulig måte. Han påstår at det er barnet som bestemmer innholdet, styrer prosessen og står for fremgangen: «Med min tilnærming, så er det mest positivt at jeg følger et halvt skritt etter barnet. Det er barnet som styrer prosessen», «ungene skal ikke føle at de har fått hjelp her egentlig. De skal oppleve at det er de selv som står for fremgangen» (I2). Han bekrefter at det som går i nesten

alle de tidlige traumatiserte guttene han jobber med, når de først er trygge i terapi relasjon, er lek: «så leker de at de er spedbarn, og da ber de om tåteflaske for eksempel og går skikkelig i spedbarns rollen» (I2). Så gjennom leken får de mye av det samspillet som de ikke fikk den gangen de var babyer, slik at den veggen som de egentlig har inn i seg begynner å utvikle seg ifølge Informant 2.

Denne informanten understreker at han er påvirket av Nevrosequensell modell (neurosequential model):

Jeg er påvirket av nevrosequensell terapi. Jeg bruker oppskrifter og jeg tilpasser behandlingen til hver enkel pasient, og mitt hovedpoeng er å finne ut når i livet til dette barnet, traumene eller påkjenningene startet og da må man gi seg veldig god tid og følge et halvt skritt etter barnet selv, for å da vil de automatisk tilbake til samspillsformen som de da ikke fikk nok av den tida som påkjenningene foregikk (I2)

Nevrosequensell modell er en av de modellene informant 2 jobber med når han jobber traumeorientert, men også har han utdanning i sanse-motorisk terapi med Pat Ogden (Sensorimotor psychotherapy), så han også bruker mange av hennes knep i traumearbeidet. For eksempel:

Hvis man skal roe ned et barn som er i stress modus på grunn av traumer osv, så sier Pat Ogden: Vi må finne noe med denne personen å bli glad i, noe å bli fascinert av, noe å bli forelsket i, fordi hvis man gjør det, så får man selv automatisk et ansikts mimikk og en stemme som virker beroligende på den andre og sånne fysiologiske modier smitter fra person til person. Det viser seg at vi produserer de samme hormonene også (I2)

Informant 1 hjelper barn ved å verbalisere og normalisere det som er vanskelig: «Vi hjelper dem ved å verbalisere at mange av de tingene de gjør de er helt normale», «Det går bra». Det er fint at de kommer ditt selv, og tar de ordene i munnen sin selv. Hvis ikke de klarer å komme på de ordene selv, så gjør jeg det gjerne» (I1)

Informant 3 understreker at hun har alltid vært opptatt av å jobbe traumeorientert ved å bruke tegning og maling som kommunikasjon. Mange av de barna og ungdommene hun behandler snakker et annet. Andre kan ha problemer med å kommunisere av forskjellige årsaker. Enkelte ganger har hun benyttet seg av tolk, men de fleste gangene har hun kun benyttet seg av tegning: «Min tenkning er at jeg har brukt tegning og maling som kommunikasjon» (I3). I forhold til det teoretiske, jobber hun mest nå med resiliens tenkningen. Hun forklarer at resiliens ordet er hentet fra fysikken og det betyr: «Det er som ett metall som blir bøyd og forstret, og så kan man klare med noe hjelp å komme tilbake til utgangspunktet og noen ganger kanskje sterkere», «Resiliens tenkning er når man fokuserer på ressurser. Man fokuserer på mestringen» (I3):

Jeg har gitt oppgaver som handler om fortid, nåtid og framtid. Jeg spør da: kan du tegne din familie? Så gjør de det, og så kan jeg se på tegningene, så da kan jeg snakke om hvem er det du bor sammen med, så kan jeg se, det er kanskje ingen mamma her. Det er kanskje ingen pappa her og da kan jeg spørre litt mer. Det blir da en bearbeiding av det de har opplevd og så bruker jeg tegninger og gir dem og oppgaver som handler om det de har opplevd da (I3)

For informant 2 er blant det alle viktigste hos alle barna at «barna får tid og ro». Han forklarer: «For det viser seg at når barn får tid og ro, så vil de fleste barna automatisk nærmest instinktivt søke de typene samspill, og den stimulering som de trenger for å utvikle seg videre» (I2).

Informant 3 understreker at det som er essensielt for henne når man jobber traumaorientert er «tid til en god relasjon»:

Dette er kjempe viktig, og man må få tid til en god relasjon, fordi dette er på en måte, det verste dette barnet eller ungdommen har opplevd, og da er det utrolig viktig. Man trenger tid til å få en god relasjon (I3).

4.2.1 Inntone seg, skape trygghet, omsorg, en god relasjon og reguleringsstøtte/stabilisering kan være helt grunnleggende.

Traumearbeid er beskrevet av informant 2, som «en tilnærming som ikke går på den ytre adferden, men som prøver å inn tone seg på hvorfor» (I2). For eksempel, hvis det er et traume som ligger i bunn, eller en påkjenning, skal man forholde seg til det, og ikke til ytre adferd ifølge informant 2.

Kunsten om å bli møtt traumebevisst handler om å skape trygghet, omsorg og de gode rammene når man jobber med det som er vanskelig ifølge informant 1: «Vi jobber med dem ved å gi dem trygghet, omsorg og gode rammer for å klare seg bra videre. Ikke så masse konsekvenser. Mer å prøve å veilede dem i riktig retning» (I1). Å «inntone seg», «Validering» og «Anerkjennelse» beskrives som viktige faktorer når man jobber traumeorientert: «Når omgivelsene rundt barnet, også foreldrene eller lærerne eller andre viktige voksne, inn toner seg til barnets følelser, og validerer, og anerkjenner barnet, og prøver å skape en trygghet. At man er nysgjerrig på hvordan barnet har det» (I4), og hun legger til: «Vi validerer hendelser som har skjedd, og vi gir dem en sånn sammenheng til hvorfor noen følelser kan være vanskelige» (I4)

Informantene snakker mye gjennom hele intervjuet om hvordan de kan hjelpe disse barna med å oppleve trygghet i livet sitt igjen. Informant 4 understreker at for å oppnå trygghet må man «skape forståelse og nærhet til hverandre. Vi kan være empatiske og vi må inntone oss på hverandres følelser» (I4). Noen ganger trenger barna bare støtte: «Ja du gjorde noe dumt, men det skal vi fikse oppi sammen. Det viktigste er å prøve å finne ut av hva det er han trenger liksom, om det er en løsning, eller om det er å bli møtt på følelsene» (I1). For å forankre barna i det trygge her og nå, forsøker informant 2 følgende: «Jeg får dem til å se på forskjellige gjenstander i rommet, som en sandkasse, eller noe de lekte med tidligere og da kommer de gradvis tilbake til det trygge her og nå» (I2). Han gir uttrykk for at «BUP skal være et sted hvor barna kan komme og leke, og føle seg trygge, og ha det gøy mens de utvikler seg» (I2).

Hvis man møter traumebevist, så tenker man at det ligger noe bak den adferden og det handler om utrygghet, og da handler det om å skape trygghet:

Så det handler om å prøve å skape trygghet, og da er det å inn tone seg på barnet og gjerne gå ut av situasjonen sammen med barnet, gå en tur, sånn at det føles som at barnet har roet seg ned igjen og de kan komme i kontakt med sine egne tanker og følelser her og nå. (I4)

Informant 4 sier at hun appellerer mer til følelser og triks for å prøve å få de tilbake til her og nå, slik at hjernen kan kjenne på trygghet: «Pass på at vi snakker rolig. Gjerne prøve å få i gang andre sanser modaliteter, så derfor kan det være fint å gå en tur eller drikke litt vann» (I4). Videre gir hun uttrykk for: «Utrygge barn klarer ikke å lære. Innen de 3 pilarene, er trygghet helt grunnleggende» (I4).

Det blir beskrevet hvordan barna viser behov for forutsigbarhet for å skape og opprettholde tryggheten i hverdagen:

Vi jobber med søvn, kosthold. At man gjør det samme hver dag på et vis. Det høres veldig kjedelig ut, men det handler om å samarbeide en indre trygghet, og at barnet vet hvordan dagene skal se ut, at ikke barnet er redd for mange overraskelser der. Førutsiktbare forventninger til barnet (I4).

Barna må få lov til å snakke mest mulig om det de vil, og for å oppnå dette snakker terapeuten med barna om at det er trygt å stille spørsmål ifølge informant 4. Det som derimot kan ha vanskelige konsekvenser for barnet, er å ikke snakke om det, og unngå det, understreker informant 4:

Det å snakke om det kan skape trygghet, og det kan hjelpe med å føle seg i fellesskap, selv om man har opplevd noe vanskelig. Det handler om hvordan man snakker om følelsene, og om hvordan man snakker om hva som har skjedd, og at man er oppmerksom på at man bruker et språk som er tilpasset barna og at man ikke skaper nye traumer i barnet. At man jakter litt på hva barna allerede husker, hva er det barnet allerede vet. Man legger til informasjon som er helt sant. Det er ikke sånn at barn har behov for å vite alle detaljene, men at de kan få lov til å stille spørsmål hvis det er noe de lurer på. (I4)

«Alt handler om en sånn personlig holdning. Hvordan man møter et annet menneske» (I4)

Informant 4 beskriver «inntoning» og «trygghet» som helt grunnleggende: «Barna trenger å føle på trygghet sammen med oss, for å kunne fortelle om hvordan de har det, og hva de trenger for å være trygge». Denne informanten understreker flere ganger at «utrygge barn klarer ikke å lære. Innen de 3 pilarene, er trygghet helt grunnleggende» (I4). Hun påpeker også at man må stole på at det viktigste er: «Å skape forståelse og nærhet til hverandre. At vi kan være empatiske, og vi må inn tone oss på hverandres følelser». (I4)

Informant 2 gir uttrykk for at han bruker reguleringsstøtte for å hjelpe barnet til å føle seg trygg her og nå:

Jeg hjelper barnet med å regulere seg, enten fra dissosiasjon, eller fra kamp eller angst modus. Jeg hjelper dem tilbake til komfortsonen, eller toleranse vinduet, eller hva jeg skal kalle det. Vi gjør dette ved å forankre dem i det her og nå, det trygge her og nå, og ved å inn tone oss. Vi lar dem forstå at vi skjønner hvordan de har det. (I2)

Det å fokusere på fysiologien, har vært veldig viktig, understreker informant 2: «Det har vært veldig lærerikt å gå inn i det fysiologiske og hjelpe barn å regulere seg mellom de forskjellige fysiologiske modier, som er omtrent det samme som toleranse-vindu modellen» (I2). Han forklarer videre at når man er i spesielle fysiologiske modier, som for eksempel i kamp modus: «Man får automatisk en viss adferd, og visse følelser. Man blir sint, aggressiv, og man går eventuelt i angrep, eller kjeffer, eller noe sånt» (I2). Ifølge denne terapeuten, har enkelte barn behov for å skjønne at det er de selv som har kontroll over hjerte sitt, og han lærer dem å lytte på hjerteslag ved hjelp av et stetoskop: «I og med at det er så lett å høre på hjertet med et stetoskop» (I2). Av og til benytter han seg av pusteøvelser som følgende:

Når man puster inn, stimulerer man det sympatiske nervesystemet, og når man puster ut, stimulerer man det parasympatiske, slik at vi roer oss ned og

sånt, så dette er en måte å roe ned folk som er stresset. Man puster inn mens man teller til fire, holder pusten mens man teller til fire, og så puster man ut mens man teller til åtte, og så holder man pusten igjen mens man teller til fire, og så puster man inn mens man teller til fire. (I2)

Når spurt om hva som er essensielt for ham innen traumearbeid, svarer ham:

Det som slår meg først, er reguleringsstøtte. Hjelp barnet ut av stressende modus, enten det er kamp, eller dissosiering, og å vitalisere dem, og regulere dem opp til å kjenne på fryd og glede og sånt. Så reguleringsstøtte går både ut på å regulere dem ut av negative situasjoner, og inn i positive situasjoner eller modier. (Informant 2)

Informant 4 forklarer at det er vanlig at mange rundt barna kan bli veldig stresset når barna er veldig utrygge, noe som kan virke skremmende og veldig forstyrrende, i forskjellige sammenhenger. Traumebevisst omsorg blir forklart av denne terapeuten som; «Et enkelt teoretisk verktøy til en sånn kompleks psykologisk forstyrrelse, som er lett å overføre til noe som er menneskelige, mellom oss mennesker» (I4). Hun understreker at vi eier de verktøyene selv som mennesker, og hun legger til:

(...) Som terapeut, betyr det at vi må finne det trygge rommet i oss selv for å være trygge for andre. Så jeg setter pris på at det ikke er noe hokuspokus. Men man må øve for å få en viss bevissthet om det og kjenne seg selv, og hvordan man selv er som menneske og som terapeut. (I4)

For informant 3 er det grunnleggende å kunne «få tid til en god relasjon med barnet», «fordi dette er på en måte, det verste dette barnet eller ungdommen har opplevd, og da er det utrolig viktig» (I3).

4.2.2 Terapeutene kan, til en viss grad, benytte seg av psykoedukasjon for å skape forståelse.

Mye av det man gjør på BUP, når man jobber traumeorientert, er relatert til å gi psykoedukasjon ifølge informantene:

Vi bruker mye psykoedukasjon om hjernen. Toleransevinduet. Ofte har de hørt om det før. Barnet kan skrive om hva slags toleransevinduet mamma har, og hva slags toleransevinduet hadde den læreren. Jeg synes at det er helt fint at de kan se at andre også går ut av sitt toleransevindu. (I1)

«Vi lærte om den tredelte hjernen, følelser, sånn at vi her terapeuter fikk et felles språk for traumer. Hvordan å jobbe terapeutisk, og betydning av traumer» (I4).

Informant 4:

Når vi vet at det er snakk om traumer, og ellers så gir vi mye psykoedukasjon. Vi snakker om følelser, hva er det å være trygg? hva er det å være redd? Hva skjer igjen? Barnet og foreldre kan trenge ulike ting, så da kan de enten få psykoedukasjon alene eller sammen med barnet. Alle kan bruke ulike ting eller bruke forskjellige språk. (I4)

Et eksempel på hvordan psykoedukasjon kan bidra med å skape trygghet for barnet:

Barnet hadde følt seg som et mislykket barn, at det var hans skyld, og at han hadde vært slem. Han fikk en forståelse gjennom psykoedukasjon om den tredelte hjernen, om hva som skjer når han blir redd. Det gjorde at barnet følte: «nå skjønner mamma og pappa hvorfor jeg oppfører meg sånn», «hvorfor jeg er redd» Da blir det tryggere for barnet. (I4)

Informantene beskriver at det ikke alltid er så lett å bruke psykoedukasjon når man jobber med traumer. Informant 3: «Jeg benytter meg i liten grad av psykoedukasjon på grunn av begrensinger med språket» (Informant 3). Enkelte barn og unge snakker et annet språk, og andre kan ha språkvansker eller problemer med kommunikasjon. Informant 2 sier at for et barn som har vært utsatt for overveldende påkjenninger veldig tidlig i livet, nytter det ikke å gi dem informasjon, fordi hjernebarken og tenkehjernen går offline når det blir stresset. Dermed mener han, at man må vente til barnet befinner seg lenger opp i prosessen, når hjernebarken begynner å utvikle seg,

til å bruke psykoedukasjon. Han understreker at selv om selve prosessen i terapirommet kan ofte virke positiv, det er ikke alltid sikkert at barna og unge vil klare å forplante de tingene som de har lært, ute på skolen, med foreldre eller i fosterhjem.

4.2.3 Fokus på familie, skole og andre deler av hjelpesystemet

Gjennom alle intervjuene, kommer det tydelig fram at de har alltid fokus på familie på BUP, fordi barna er veldig avhengige av omsorgssituasjonen sin. «De er helt avhengige av hvordan foreldre, lærere og skolen klarer å ta imot de», understreker informant 4. Hun sier at hun jobber mest med barn og unge, men også foreldre. Dette på grunn av at de ofte ser hvordan foreldrenes traumer kan påvirke dem som foreldre, og igjen hvordan de kan påvirke barna. Hun legger også vekt på deres jobb i tiknytning med skoler:

Så når man jobber med barn og unge, er arbeidet med foreldre og familie systemet veldig viktig, for barnet lever ikke isolert. Det lever i sin familie, og det samme med skole. Vi gir dem både psykoedukasjon og veiledning. Lærerne kan også ha noen triggere, som gjør at de kan overreagere i noen situasjoner. Så vi må jobbe på alle nivå. Da trenger læreren psykoedukasjon. Skoleledelsen må også ha kompetanse på traumer, og de må vite at dette er noe som gir resultater, slik at de satser på det. Det er en grunnkompetanse som lærerne trenger å ha. Dette er et av de viktigste pedagogiske verktøyene, for utrygge barn klarer ikke å lære. (14)

Informant 4 forklarer at barnevernstjenesten, PP-Tjenesten, og mange skoler, er deres samarbeidspartnere.

Informant 2 forteller om at det er en person på BUP som har ansvaret for å gi kurs om traumebevisst omsorg på skoler: «En av oss jobber med traumebevisst tilnærming på skoler sammen med pedagoger for å gi dem kurs i det. Se bak de så kalte symptomene» (12).

For informant 2 er blant det alle viktigste hos alle barna, at de har et godt omsorgsmiljø, at de har en trygg base som de kan søke tilbake til, og han legger til:

Vi jobber veldig mye med foreldre og fosterforeldre (...) i noen saker samarbeider vi også med barna, som da jobber med foreldrene. Det er mange kunnskapsrike barn også. Foreldrene får veiledning i form av psykoedukasjon, og det gjelder også at man må komme under overflaten, fordi ofte er det faktorer i den voksne selv, som gjør at de reagerer på bestemte måter overfor barnet (...) og det er viktig at vi også veileder foreldrene eller fosterforeldrene samtidig, og at de også gir rom for at barnet kan bli litt mer barnslig. (I2)

Informant 1 sier at hun ofte råder foreldrene om å prøve å ikke legge merke til det barnet gjør som er negativt. Hun anbefaler: «Prøv å finne de tingene som er bra med barnet, og rose masse for det» (I1).

Informant 1 sier at hun ofte råder foreldrene om å prøve å ikke legge merke til det barnet gjør som er negativt. Hun anbefaler: «Prøv å finne de tingene som er bra med barnet, og rose masse for det». Det viktigste med jobben hennes er å løfte opp foreldrene, og det å fortelle foreldrene «for en viktig jobb de gjør, som tåler sine barn, som tåler deres smerte» (I1).

For informant 2 er blant det alle viktigste hos alle barna «at de har et godt omsorgsmiljø og en trygg base»

4.2.4 Kjærlighet, resilience og opplevelse av fryd og glede, kan være vesentlige elementer i prosessen.

Informant 1 legger til det som hun synes kommer i bunnen:

Jeg tror kanskje kjærlighet er det som kommer i bunnen. Hvis de har opplevd kjærlighet, en god form for kjærlighetsomsorg som ligger i bunnen av

mammaen, så klarer de seg og bedre gjennom traumet. Hvis de for eksempel blir seksuelt misbrukt så klarer de seg bedre. Kjærlighet både før traumet og etter, er det som er essensen, «noen er glad i meg». Det betyr alt. Vi kan ikke gi dem kjærligheten, men vi kan vise varme og vi kan vise litt omsorg. (I1)

Når spurt om hva som er essensielt for ham innen traumearbeid, svarer ham:

Hjelp barnet til å kjenne på fryd og glede og sånt. Fordi fryd er noe av det viktigste i terapien i det hele tatt. Fryd og glede og positive opplevelser, fordi det utløser en rekke gode hormoner og andre faktorer som gjør at hjernen blir mer formbar for eksempel. De kan forandre seg mye lettere hvis de er i fryd modus og glad modus. (I2)

Hun konkluderer hennes intervju, ved å påpeke at det er også essensielt for hennes traumearbeid, med barn og unge, resilience tenkningen:

Styrk sterke sider. Jeg synes at det er kjempe viktig at man skal prøve å se etter de sterke sidene, i de personene man møter, og det er disse som skal styrkes (...) Det handler om å styrke de sterke sidene, og at man fokuserer mye på det som er sunt i mennesket. (I3)

4.2.5 Prosessen kan gi gode resultater og vise noen fordeler.

Informant 1 snakker om traumeorientert arbeid som en nyttig prosess, med flest fordeler, som gir resultater og mening: «Jeg tror at det føles riktig, at det gir mening og at det er effektivt. Det gir barn mening, når de tåler sine vonde følelser». Hun forklarer at barn skal få lov til å være barn, og at de skal få lov til å gjøre feil, og hun legger til: «TBO er noe som fungerer for alle barn, ikke bare de som har opplevd traume» (I1).

Informant 1 opplever at det er mange fordeler med å jobbe traumeorientert, versus hvordan det var tidligere, før TBO kom inn i bildet. Hun understreker at med TBO, tenker man mer «forståelse», enn «konsekvenser»: «Tidligere tenkte man kanskje,

ok disse barna som gjør så masse dumt, trenger konsekvenser». «De trenger egentlig ikke det. De trenger bare å bli forstått og møtt på en god måte». (I1)

Informant 3 setter stor pris på kunnskapen: «Man får så mye kunnskap» (I3), mens informant 4 illustrerer om at det var mye større fokus på angst og ytre symptomer, før de begynte å tenke traumeorientert.

Informant 4 snakker om noen fordeler med traumeorientert arbeid. Blant annet, understreker hun hvordan denne tilnærmingen gir dem en større ro som terapeut, fordi de har en teoretisk kunnskap om hva som skjer mellom oss mennesker:

«Det gir oss en sånn trygghet i det arbeidet vi gjør, og at vi kan møte foreldrene, og både barn og ungdom tryggere (...) Vi blir ikke så redde for traume uttrykket, for vi gjenkjenner og vet at det handler om å skape forståelse, og trygghet, og jeg tror at jeg har blitt god på det, mye bedre». (I4)

Informant 1 om flere fordeler med traumeorientert arbeid:

Folk flest på vår jord, ønsker å bli forstått og ikke bli forlatt, når de har det vondt. Vi er så redde for å bli forlatt, og når vi vet at det er den største frykten vi mennesker har, så gir det veldig mening med TBO. Når noen gjør noe dumt, så føler de seg sårbare, og de er redde for å bli forlatt, så når et annet menneske kommer inn og sier: Det går bra. Jeg skjønner at det er vanskelig fordi du har dårlig samvittighet nå. Jeg har også gjort veldig mange dumme ting før, og det har gått bra. (I1)

4.3 utfordringer - Økt tidspress og effektivisering.

I det forrige punktet, har jeg presentert noen av fordelene som disse 4 terapeutene beskriver i forhold til deres traumeorientert praksis. Informant 2 og 3 påpeker at ikke alt er bare fordeler. Derimot, finnes det også noen ulemper i deres daglige praksis som de ønsker å legge fram. Informant 2 klager over alle skjemaene som er en del av pakkeforløpet, og som skal gjennomføres, noen med både barna og foreldrene

sammen, og andre enten alene med barna, eller alene med foreldrene. Han gir uttrykk for at han føler en slags press til å «nærmest utrede» disse barna, noe som han tenker er motstridende med det som kan være en gunstig prosess for barna: «Du får noe press om å nærmest utrede, noe som jeg ikke gjør som terapeut. Det er den største utfordringen», og han legger til: «Det nytter ikke med en pakke full av skjemaer, på en måned. Det er en veldig lang prosess. Gjennomsnittet er 4 år på de som jeg jobber med» (I2). I tillegg, kan man ikke forvente seg, at ved å gjennomføre alle disse spørreskjemaene, vil man kunne få tilstrekkelig informasjon om traumene som oppsto da barna fortsatt ikke hadde språk, ifølge informant 2:

De spørreskjemaene som de starter med, når ikke til de alle tidligste traumene fordi de har ikke ord for det, de har ikke hukommelse for dem. De ligger i kroppen deres og i systemet deres. Så jeg synes av og til, at det kan bli litt overflatisk. Det vil si at man fokuserer mye på ytre symptomer, også nokså mange som jobber med traumer, og de avslutter saken når de symptomene er borte, men det er ikke sikkert at virkningen av traumer er borte for det. (I2)

Informant 3 gir uttrykk for sin misnøye med hva som har skjedd i psykiatrisk praksis med barn og unge de siste årene, som hun mener ikke nødvendigvis har blitt bedre:

Vi har det som kalles for pakkeforløpet nå, og vi er en business foretak. Alt skal være så effektivt. Ferdig med basispakken og utredningen, og da kommer en vurdering på om det skal settes en diagnose, eller ikke? Eller er det liksom ferdig og ut? Jeg synes at kvaliteten på behandlingen var bedre før fordi vi hadde mer tid. Vi kunne gå grundigere inn i dette. Så det var ikke så mye fokus på effektivisering før. Det er nesten som et regime. Du skal gjøre sånn. Da skal du huske Aseba, Dekates. Det er kartlegging av traumer. Du skal gå gjennom alle disse tingene. Innen 6 uker skal alt dette være på plass og så skal de evalueres igjen her. Det er enormt effektivisering, og folk som jobber her blir jo slitne. Disse barna synes at det er alt for mange skjemaer, og det er en del foreldre som blir så sure, fordi det er ikke dette vi skal bruke tid på. De skal ha hjelp. De skal ha behandling, og så må vi først gå gjennom dette systemet først. Her er det liksom fort gjennom og ut igjen. (I3)

4.3.1 Andre utfordringer kan være knyttet til «konsekvens tenkning» og «avstengt holdning».

Informantene påpeker at de kan møte noen utfordringer i deres daglig traumeorientert praksis. Pakkeforløpet og effektivisering kan virke problematisk, som vist i forrige punktet, men disse er ikke de eneste utfordringene informantene legger fram. Informant 1 gir uttrykk for at det kan være utfordrende å treffe foreldre som har mye «konsekvens tenkning». Hun understreker at barna «trenger bare støtte, og å snakke om de dårlige følelsene». Derimot kan konsekvens tenkning føre til straff, ifølge henne: «De trenger ikke å være to uker i husarrest fordi de stjal to ting. Utfordringen min er å få foreldre til å skjønne det» (I1). Også informant 2 legger vekt på at det kan være vanskelig, at omgivelsene til barna ikke alltid skjønner hva som er best for barna, og hva terapien innebærer, og han gir et eksempel: «Utfordringene er jo kanskje at omgivelsene ikke alltid skjønner at lek kan være så viktig for barn, at det er barnets måte å utvikle seg på» (I2). Informant 3 går også noe innenfor samme temaet, og uttrykker frustrasjon når hun snakker om enkelte møter med foreldre som har en veldig avstengt holdning: «Når barnet blir beskrevet som negativ, kranglende, opposisjonell, at de trenger grenser, eller regler. Så det er utfordrende da, men det er jo ikke nytteløst» og hun legger til: «Barna vil trenge lenger tid for å få den hjelpen de trenger, hvis man jobber med foreldre som ikke er i stand til, eller motiverte nok for å gå inn i den forståelsen. Også, hvis skolen ikke har forståelsen for den stabiliteten barnet trenger». (I4)

5.0 DRØFTING.

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte funnene fra undersøkelsen sammen med oppgavens teoretiske referanseramme for å forsøke å besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan beskriver terapeuter, ved en (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk, at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier?

5.1 «Forståelsen for kraften av traumer»

Underveis i prosessen, kommer det tydelig frem at terapeutene som var en del av denne oppgaven viste seg å være svært kunnskapsrike om traumeperspektivet, og viste en god teoretisk forståelse av fenomenet. Det ble tydeliggjort viktigheten av å kunne grunnleggende traumeteori for å ha de verktøyene man trenger før man møter et annet menneske. «Forståelsen for kraften av traumer er veldig viktig» (I4). Selv om informantenes forståelse av dette perspektivet kunne variere noe til en viss grad, så det ut som det å ha en god forståelse av traumer var med på å gi dem trygghet i deres arbeid. En informant støttet seg i traume kunnskapen til kjente traume teoretikere som Janet Pierre, som ansees å være pioner innen traumer og dissosiasjon (Perry, 2004; Perry, 2006), og Stephen Porges, som er kjent for sin polyvagale teorien (i Midtsand, 2017) der det beskrives at man kan bare snakke om traumatisering i egentlig forstand, når man blir utsatt for «en overveldende påkjenning, det verken er mulig å bekjempe eller unnsnippe».

I teorien kommer det frem at det er flere traumefaktorer som trusler, kaos, overgrep, traumatisk stress og omsorgssvikt, som kan endre en utviklende hjerne på forskjellige måter, noe som kan ha flere utfall som «varige emosjonelle, adferdsmessige, kognitive, sosiale og fysiske problemer» (Perry, 2006, s.29; Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 2). Sentrale områder i barnets hjerne som kan påvirkes er, blant annet: emosjonssystemet, hukommelsen, tilknytningssystemet, systemet for krisehåndtering og evnen til refleksjon og selvforståelse. (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 2; Siegel, 1999; Shore, 2003). Samtidig, beskriver informantene traumer, som en langvarig følelsesmessig respons til en eller flere traumatiske hendelser, som kan påvirke eller skade hjernen og en persons følelse av trygghet, og evne til å regulere følelser. Dette kan passe godt overens med et utviklings- og nevrobiologisk perspektiv, Bruce Perrys modell the neurosequential model of therapeutics (NMT), traumebevisst omsorg og resilience perspektivet. De elementene som informantene beskrev, finnes i teoriene til forskjellige teoretikere, der flere av dem kunne basere seg om Janet Pierres ideer om traume (Howell, 2005; Andersen, 2014; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018; Garløv & Haavet, 2010; Perry, 2004; Perry, 2006).

Informantene beskrev kjerne­kriteriene for å ha opplevd traumer. Disse er ofte assosiert med barn med traumehistorie, som kan lide av noen av følgende symptomer; flashbacks, mareritt, dissosiasjon, og unngåelse av det som minner den traumatiske hendelsen. Ofte er det lettere for disse barna, å komme inn i hyperaktivering, og hypoaktivering modus. Dette gjenspeiler teorien til Støren et al., (2015) og Garløv & Haavet (2010) og det kan bli sett i sammenheng med hva Stephen Porges sa: «virkningene av utviklingstraumer blir ofte konseptualisert i form av regulatoriske spørsmål» (i Midtsand, 2017) der barna med utviklingstraumer kan ofte ha et smalt toleransevindu, og derfor kan det utløses lettere hyper- eller hypoaktivering modus. Både teorien til Støren et al. (2015, s. 9) og informantene beskriver på tilsvarende måte hva det innebærer å være utenfor toleransevinduet, som kan resultere i overaktivering, eller underaktivering. Overaktivering gir symptomer som; irritabilitet, rastløshet, hjertebank og økt puls. Derimot kan underaktivering gi uttrykk for symptomer relatert til; nummenhet, slapphet og tretthet.

Teorien beskriver de prosessene som skjer i hjernen til traumeutsatte barn når vonde ting vekkes, eller når de blir trigget eller stresset. *Fight/flight og freeze* kan utløses automatisk med reaksjoner som «flukt, kjemp, spill død eller bli lammet». Noen kjemper, noen flykter, mens andre overgir seg eller kobler fra (Steinkopf, i Dønnestad 2015; Jørgensen & Steinkopf, 2013). Det beskrives også av en informant, at enkelte av disse barna kan bli overveldet av sine egne fysiologiske rytmer, noe som kan utløse kamp modus med skikkelig raserianfall, når hjertefrekvensen øker under vanlige situasjoner som trening. Dette skjer ifølge terapeuten som følge av at hjertebank har tidligere i livet vært knyttet sammen med raseri eller angst.

En informant forklarte at når man er traumatisert, kan man føle seg oftere truet og utrygg. Steinkopf (i Dønnestad, 2015) beskriver at man kan gå i samme alarmberedskap, selv om situasjonen ikke er farlig. Dette på grunn av at barn som har opplevd mange vonde ting, kan ofte være i alarmberedskap hele tiden. Samtidig, beskrev en annen informant, at disse barna ofte kan fungere på et lavere nivå fordi hjernen bruker så mye energi på følelser som redsel, tristhet og utrygghet. Howard Bath (2008) sier: «Den avgjørende opplevelsen for ethvert barn som har opplevd

komplekse traumer, er det å føle seg utrygg. De utvikler en gjennomgripende mistillit til den voksne».

5.1.1 Traume og resilience; «Styrke sterke sider», og «Kjærlighet i bunnen».

Å bli eksponert for en eller flere traumatiske hendelser gir imidlertid ikke alltid en skade hos alle barn. Noen barn trenger ikke traumeterapi selv om de har opplevd traumatiske eller vonde hendelser, ifølge en informant. Enkelte barn, for eksempel, kan ha blitt henvist fordi de hadde mistet noen i familien av naturlige årsaker. Her understreker terapeuten at det ikke alltid er nødvendig å behandle sorgen. «Det er en forskjell mellom sorg og traumer» (I3). Dette støttes av traume teori (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018, s.25) som beskrives at selv om noen barn kan ha møtt utfordrende situasjoner og opplevd belastende og vonde hendelser i oppveksten, anses disse opplevelsene, ikke alltid som traumatiske. Enkelte barn kan også være mer motstandsdyktige enn andre barn, og de vil ikke utvikle varige symptomer etter traumatiske hendelser. Flere faktorer kan påvirke i forhold til hvem som vil utvikle vansker. Mulige medspillende faktorer å ha i betraktning kan være; utviklingsnivå, sosial støtte, og medfødt eller lært motstandskraft (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018, s.26). Faktorene som forekommer hyppigst hos barn som klarer seg bra, er delt i tre kategorier, ifølge Waaktaar & Christie, (2004, s.20-23): «Egenskaper ved barn selv, hva som kjennetegner barnas familiesituasjon, og hva som kjennetegner nettverket omkring».

En informant refererte til Resilience tenkningen som grunnleggende i hennes traumearbeid med barn og unge, og definerte resilience tenkning som: «det som skjer når man fokuserer på ressurser, og når man fokuserer på mestringen» (I3). Enkelte resiliencefaktorer som nevnes av Waaktaar & Christie (2004, s.60) er relatert til: «mestring, kreativitet, felleskap og kontinuitet». I forbindelse med dette, forklarte informanten at hun baserte seg mye på å styrke de sterke sider i de personene hun hadde møtt: «Det handler om å styrke de sterke sidene, og at man fokuserer mye på det som er sunt i mennesket» (I3).

Resilience begrepet blir beskrevet av både teori og informanten som «et objekts evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd». Når det refererer til mennesker, betegner begrepet «resilient»: «personer som har vært utsatt for en eller annen form av markant belastning i livet sitt, men som likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varige men». (Waaktaar & Christie, 2004, s.17).

Resilienceforskning har vært opptatt av å kartlegge hva er det som skilte de barna som ikke klarte seg, fra de som klarte seg på tross av belastninger, ved å få opplysninger om dem over lang tid, på flere områder. Vanlige kriterier for å ha klart seg er: «fravær av psykiatrisk diagnose, evne til å være på jobb og selvrapportert fungeringsnivå». (Waaktaar & Christie, 2004, s.17-18).

En annen informant la til, at det som hun synes kommer i bunnen for at barn og ungdom skal klare seg bedre gjennom traumet er kjærlighet: «Jeg tror kanskje kjærlighet er det som kommer i bunnen. Hvis de har opplevd kjærlighet, en god form for kjærlighetsomsorg som ligger i bunnen av mammaen, så klarer de seg bedre gjennom traumet» (I1).

5.1.2 Er traume perspektivet for dominerende?

Informantene reflekterte over at bruken av begrepet traume hadde økt de siste årene: «Jeg har inntrykket av at mange her er interessert i traumer, og jeg synes også at det har blitt litt utvannet. Hele begrepet. Alt er traumer liksom. Selv om barnets påkjenning er ikke traumer i mitt hode da» (I2) og en annen informant: «Jeg synes at traume begrepet blir brukt feil» (I3).

Det overnevnte kan bli sett på i lys av teorien til Nordanger (2022) som pekte på hva som kan skje, når ett perspektiv blir dominerende, som det kan være i dette tilfellet, og man setter traumbegrepet fremst. Han beskriver at det kan virke aktuelt da, med utbrudd som "Herregud, er alt traumer nå?!" Han belyser om at i en slik situasjon kan man marginalisere andre perspektiver som kan kanskje bidra til å danne oss et mer

helhetlig bilde av mennesker. Han foreslår at i stedet for å sette traumbegrepet fremst, burde traumer presenteres som et mer generelt utviklingsperspektiv, eller som bare en av mange ting som kan påvirke utviklingen vår. Det kommer også frem at prinsippene som ligger til grunn for traumebevisst omsorg, kan ha en veldig bred anvendelse, som ikke bare har med traumer å gjøre. Mennesker ha reguleringsvansker av mange årsaker i tillegg til traumer. En informant beskrev at traumebevisst omsorg, er noe som fungerer for alle barn, ikke bare de som har opplevd traumer.

Howard Bath (Bath & Saita, 2018), også i (Nordanger, 2022) stiller seg kritisk til å gjøre traumbegrepet til hovedtema i boken fra 2018 "The three pillars of transforming care: Trauma and resilience in the other 23 hours", Han omdøpte nemlig modellen fra «Trauma Informed Care» til «Transformative Care».

Et annet tema tatt opp til refleksjon av informantene var knyttet opp mot hvor mye og ofte skal man egentlig snakke om traumer? En terapeut beskrev at hun hadde stilt seg opp usikker i forhold til dette: «Jeg har noen ganger tenkt og, på hvor mye man skal pirke i traumer? Skal man noen ganger la det ligge?». Waaktaar & Christie (2004, s.20-23) beskriver at hjelperne kan risikere at barnet blir «re-traumatisert», hvis barnet utsettes for at flere personer ripper opp i hendelsene flere ganger. Derimot, understreker de, at for noen barn kan det være nødvendig å gjennomgå de traumatiske minnene i detalj, ved å tegne, huske og gjenfortelle om hva de har opplevd.

5.2 Traumeorientert praksis forståelse.

Hovedtemaet for masteroppgaven er knyttet til det traumebevisste perspektivet, som også er sentralt for problemstillingen. Terapeutenes forståelse av dette perspektivet varierte kanskje noe, men de delte mange gode innsikter og refleksjoner knyttet til det. Terapeutene beskrev at de har fokus på kunnskap om traumebevisst omsorg (TBO), og en av dem hadde stort fokus på den nevrosekvensielle terapimodellen (NMT). De viste god teoretisk forståelse av fenomenene. Traumebevisst omsorg beskrives av teorien og informantene, som grunnlaget til alt arbeidet terapeutene gjør

med traumeutsatte barn og ungdom. Det blir forstått som en grunn fundament, en forståelsesramme, ikke en metode, som fokuserer mindre på spesifikke metoder enn andre tilnærminger. Den ble utviklet av Howard Bath for behandling av traumer som tar utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker barns utvikling og fungering (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.1-5). Både TBO og NMT er tilnærminger som baserer seg på hva som ligger bak symptomene. Bruce Perrys modell kjent som «The Neurosequential Model of Therapeutics» (NMT) er en tilnærming til klinisk arbeid basert på nevrovitenskap (Perry, 2009, s. 248; Perry, 2006; RVTSSOR; 2017; CACTUS, u.å.). Det består av omfattende kartleggingsverktøy for å kunne vurdere hvordan traumet kan ha påvirket barnets nevrobiologiske utvikling (Andersen, 2015). Avhengig av utfallet og barnets nevroutviklingen, anbefales ulike terapeutiske aktiviteter, som f. eks: leke terapi, EMDR, rytme (trommespill) (Perry, 2006, s. 30-44). I forhold til dette, beskrev en terapeut hvordan hans oppskrifter av NMT blir brukt og tilpasset behandlingen til hver enkel pasient. Det tydeliggjøres at mange av de tidlige traumatiserte barna kunne få, gjennom leke terapi, mye av det samspillet som de ikke fikk da de var babyer, slik at de kunne begynne å utvikle seg: «(...) og da ber de om tåteflaske for eksempel, og går skikkelig i spedbarns rollen».

Andersen (2014) understreker at terapien vil være av begrenset verdi hvis barnet ikke blir møtt først på de tre pilarene i traumebevisst omsorg som er: Behovene for «Trygghet, Relasjon, og Følelsesregulering i dagliglivet» (Andersen, 2014; Bath, 2015, 2008). Kunsten om å bli møtt traumebevisst handler om å skape trygghet, omsorg og de gode rammene når man jobber med traumer ifølge informant 1. Alle informantene la vekt på behovene «trygghet», «relasjon» og «reguleringsstøtte» innenfor de tre pilarene i traumebevisst omsorg; Det kom frem viktigheten av at barna ble møtt traumebevisst, og at omgivelsene rundt barnet, også foreldrene, eller lærerne og andre viktige voksne, inntonet seg til barnets følelser, validerte og anerkjente barnet, og prøvde å skape en trygghet.

5.3 Hva trenger terapeutene i traumeorientert arbeid for å hjelpe barn og unge?

Det trekkes frem av informantene ulike konkrete måter om hvordan terapeutene jobber traumeorientert; Ofte, inntar de ikke en ledende holdning overfor barnet, og en snakket om viktigheten av å posisjonere seg et halvt skritt bak barnet. Det er barna som er i sentrum, styrer prosessen, og står for fremgangen. Imidlertid, kan de noen ganger innta en mer aktiv rolle, ved å hjelpe dem å verbalisere noen av de tingene som kan være vanskelige. Ved å forsøke å normalisere problematikken, prøver de å forsikre disse barna, at mange av de tingene de gjør er helt normale. I teorien har vi sett på hvordan både språk og grunnleggende holdninger kan være medspillende faktorer for hvordan voksne kan forvalte barnas velvære og verdighet. Her er det alltid rom for gode beskrivelser og tolkninger av barnets behov. «Før snakket vi om vanskelige barn, nå snakker vi om barn som har det vanskelig». «Språk er makt». (Jørgensen, 2018)

I de neste punktene, ønsker jeg å gå nærmere inn på behovene «trygghet», «relasjon», «reguleringsstøtte» og «psykoedukasjon» som både teori og informantene beskriver som grunnleggende i traumeperspektivet.

5.3.1 Skape opplevelse av trygghet

Alle informantene så behovet for trygghet som avgjørende for god hjelp til barna og deres familier. Mye av det de beskrev i forhold til hvordan de jobbet med traumatiserte barn, var knyttet opp mot å skape trygghet rundt disse barna, ivareta deres psykiske helse, og sette barnet i sentrum. Trygghet virket helt grunnleggende fordi «utrygge barn klarer ikke å lære». I teorien blir det beskrevet av Howard Bath (2015) at det å skape trygghet er avgjørende for at helbredelsen skal begynne, og terapien vil ikke være vellykket, med mindre man klarer å skape en atmosfære av trygghet.

For å oppnå trygghet ble det beskrevet av informantene at man må først «finne det trygge rommet i oss selv for å være trygge for andre» (I4). Deretter må man finne ut

hva barnet trenger, og etter det, kan man prøve å skape forståelse, nærhet og forutsigbarhet. Man kan være empatisk og man må inntone seg på hverandres følelser, validere hendelser som kan ha skjedd og anerkjenne barna. Noen ganger, kan det bare nok med litt støtte og bli møtt på følelser. For å forankre barna i det trygge her og nå, kunne terapeutene forsøke å snakke rolig, og få i gang flere sanser modaliteter, som å gå en tur, se på forskjellige gjenstander på rommet eller puste øvelser. I teorien har vi sett på at det er mye fokus på at de traumatiserte barna skal oppleve å ha det trygt, både fysisk sikkerhet, men også sosial og følelsesmessig, på grunn av at de har et hypersensitivt nervesystem og en gjennomgripende følelse av å være utrygge. Dette kan oppnås gjennom aksept, empati og medfølelse (Bath, 2015, s.6-7; Perry, 2006; Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.4).

Mange rundt barna kunne bli veldig stresset når barna ble veldig utrygge, noe som kunne virke skremmende og veldig forstyrrende, i forskjellige sammenhenger ifølge en informant. I teorien har vi sett på hvordan barnet kan ha forskjellige stressresponser som lett kan overføres til omsorgspersoner, lærere og andre som er i kontakt med barnet. Man må prøve å «absorbere dette stresset og gi barnet trygghet og ro tilbake» noe som krever vilje, tålmodighet og innsikt i barnets vansker og egne handlingsmønstre, og når barnet har opplevd forutsigbarhet og mestring gjentatte ganger av konsistente og trygge voksne, kan barnet føle seg trygg på situasjonen (Jørgensen, 2018).

5.3.2 «Tid til en god relasjon»; «Relasjon er viktigere enn metoden»

Bruce Perry (2006) viste sin skepsis om hvordan noen minutter med terapi i uken, kunne forventes å hjelpe et barn, som kunne ha lidd under kaos, terror, fornedrelse og ydmykelse i flere år. I forbindelse med dette, reflekterte flere informanter over viktigheten av å ta seg veldig god tid i terapien og de beskrev at traumearbeid kunne være veldig tidskrevende; Dette var det viktigste med hele prosessen for flere terapeuter, på grunn av at det kunne ta opp til to år for at enkelte av de traumeutsatte barna kunne stole på en voksen. For eksempel: beskrev informant 3 som grunnleggende å kunne «få tid til en god relasjon med barnet», «fordi dette er på en måte, det verste dette barnet eller ungdommen har opplevd, og da er det utrolig viktig» (I3).

Professor Dag Nordanger (i RVTSSOR, 2018) mener at «terapeuten er metoden», og ser på relasjon som viktigere enn hvilken metode man bruker. Hvem terapeuten er kan derfor være viktigere enn den spesifikke terapeutiske metoden. I forbindelse med dette hevdet en informant at man eier de verktøyene selv som mennesker, og for å ha en god relasjon til barnet, må man først kjenne seg selv som terapeut og som menneske; «Alt handler om en sånn personlig holdning. Hvordan man møter et annet menneske» (I4). I møte med hverandre, blir man påvirket av hverandre, og man må ta hensyn til relasjon, som kan være den mest evidensbaserte faktoren i psykologisk behandling ifølge Steinkopf (i RVTSSOR, 2018). Det kommer også frem i teorien at traumeutsatte barn kan vise en kombinasjon av mistillit til voksne og en følelse av at de ikke er gode nok eller verdige en relasjon til andre. «Barnet er utstyrt med et fantastisk utgangspunkt fra naturens side til å inngå i samspill og relasjon med omverdenen. Men det er avhengig av at omsorgspersonene kobler seg på, på barnets premisser, i de ulike utviklingsfasene» (Jørgensen, 2018).

5.3.3 Gi reguleringsstøtte og skape «fryd og glede».

Ifølge Stephen Porges blir virkningene av utviklingstraumer ofte «konseptualisert i form av regulatoriske spørsmål (...) der hyper- eller hypo-aktivering utløses lett, som svar på en potensiell trussel» (i Midtsand, 2017). Heine Steinkopf mente at man skal være regulert selv, før man kan regulere andre, og man skal være rolig når man møter andre som er urolige: «Den voksnes ro blir en modell som barnet bruker når det blir større og det dukker opp vanskelige ting i livet» (RVTSSOR, 2021b). I forbindelse med dette, beskrev informantene at de bruker reguleringsstøtte for å hjelpe barnet og ungdommen å regulere seg fra forskjellige modier som kamp eller angst modus, eller dissosiasjon, og hjelper dem tilbake til komfortsonen «det trygge her og nå», ved å inntone seg og vise forståelse for hvordan de har det. I teorien om traumebevisst omsorg finner man mye informasjon relatert til regulering av følelser (Midtsand, 2014; Jørgensen & Steinkopf, 2013; Andersen, 2014; Støren et al., 2015). Terapeutene beskrev reguleringsstøtte som grunnleggende innenfor traumearbeid. Omsorgspersonens regulering av barnet kommer også frem som en av de mest sentrale omsorgsfunksjonene; Dr. Howard Baths modell om traumebevisst omsorg

fremhever at det viktigste man kan gjøre som voksen er å tilby «andre-regulering». «Samregulering» som han kalte det først, innebærer at begge påvirker hverandre, mens med «andre-regulering» er det den voksnes ansvar å hjelpe den andre. Det refereres til «andre-regulering» som «reguleringsstøtte», det vil si at man hjelper eller støtter barnet med å regulere seg (Nordanger & Braarud, 2017, s. 29). Når barnet uttrykker noe på en aggressiv og utagerende måte, vil samregulering innebære å møte barnet ved å vise en viss forståelse med for eksempel følgende: «Jeg skjønner at det er en vond følelse å ha». Det motsatte av samregulering ville være å straffe eller korrigere barnet (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.7).

Når barn blir sinte, engstelige eller stressede, er de utenfor toleransevinduet og dette kan resultere i overaktivering eller aktivering av det sympatiske nervesystemet med symptomer som irritabilitet, rastløshet, hjertebank og økt puls. Eller, kan det også medføre en underaktivering eller aktivering av det parasympatiske nervesystemet, med symptomer relatert til nummenhet, slapphet og tretthet (Støren et al., 2015, s. 9). Når barnet går ut av sitt toleransevindu, sprøytes det stresshormoner inn i blodbanen, og barnet mister kontakt med den delen av hjernen som er reflekterende og fornuftig. Barnet kan vise adferd som kan oppfattes som urimelig eller uforståelig. (Perry, 2006; Jørgensen & Steinkopf, 2013, s.4). «Barn som får gjentatte erfaringer med å bli regulert på en sensitiv måte og får stabil hjelp til å være i toleransevinduet, utvikler egne indre arbeidsmodeller for selvregulering» (Jørgensen, 2018).

For informant 2 virket det som essensielt både å regulere barnet og hjelpe dem til å kjenne på «fryd og glede»;

«(...) fordi fryd er noe av det viktigste i terapien i det hele tatt. Fryd og glede og positive opplevelser, fordi det utløser en rekke gode hormoner og andre faktorer som gjør at hjernen blir mer formbar for eksempel. De kan forandre seg mye lettere hvis de er i fryd modus og glad modus», «BUP skal være et sted hvor barna kan komme og leke, og føle seg trygge, og ha det gøy mens de utvikler seg».

5.3.4 Gi psykoedukasjon, og fokus på omsorgspersonene.

Noen terapeuter virket opptatt av at barnet selv, foreldre og andre rundt barnet, fikk informasjon om hva traumer er (psykoedukasjon), og kjente på kontroll og forutsigbarhet i situasjonen. Det kom også frem at kunnskapen i traumeorienterte tilnærminger ga dem et felles språk og trygghet i deres arbeid; Informant 4: «Vi lærte om den tredelte hjernen, følelser, sånn at vi som terapeuter fikk et felles språk for traumer. Hvordan å jobbe terapeutisk og betydningen av traumer».

Det kommer også tydelig frem av informantene at de har fokus på barnets relasjoner; familien, skole og andre deler av hjelpesystemet. Dette er viktig ifølge informantene fordi barna er ofte veldig avhengig av omsorgssituasjonen sin. I denne konteksten gis det både psykoedukasjon og veiledning. Ifølge to terapeuter, blir det gitt mye psykoedukasjon på BUP, når de vet at det er snakk om traumer. Her informeres og veiledes familien, omsorgspersonene, skolen og andre deler av hjelpesystemet. De snakker om følelser, om den tredelte hjernen, om hva er det å være trygg, også bruker de mye psykoedukasjon om hjernen og toleransevinduet. Det tydeliggjøres at psykoedukasjon kan bidra med å gi barna en forståelse om hva som skjer med hjernen når de blir redde, og hvorfor de reagerer som de gjør. I traumebevisst omsorg finner man flere pedagogiske modeller for forståelse som ofte blir brukt i psykoedukasjon; Ofte blir både den tredelte hjernen og toleransevinduet brukt i traumebevisst praksis sammen med traumatiserte barn (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Psykoedukasjon er beskrevet som en av de viktigste komponentene gjennom hele terapiprosessen i behandling av barn og ungdom som opplever traumatisk sorg, der målene er å normalisere både barnets og foreldres reaksjoner og responser på de traumatiske hendelsene, ved å informere om vanlige emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner på traumer (Cohen et al., 2018). Imidlertid kom det frem av to informanter at de ikke benyttet seg ofte av psykoedukasjon; Det var ikke alltid mulig å jobbe med psykoedukasjon med enkelte barn og unge som snakket et annet språk, for eksempel, eller med barn som hadde språk vansker eller annet problematikk. Hun benyttet seg derfor av tegning for å kommunisere med disse barna. For barn som hadde vært utsatt for overveldende påkjenninger veldig tidlig i livet, nyttet det heller ikke å gi dem informasjon, fordi hjernebarken og tenkehjernen gikk offline når de ble stresset. Dermed mente en annen terapeut, at man måtte

vente til hjernebarken begynte å utvikle seg til å bruke psykoedukasjon. Cohen et al., (2018) beskriver at mange barn og unge kan ha komplekse traumer med en sterk emosjonell og atferdsmessig dysregulering, og for store reguleringsvansker til at de kan makte psykoedukasjon i begynnelsen av behandlingen. For disse barna kan det være hensiktsmessig å starte med stressmestring og følelsesreguleringsstrategier, og avvente med psykoedukasjon til de har fått bedre kontroll og selvregulering. Traumatisering kan også medføre at enkelte barn lukker seg, eller at minnet blir utilgjengelig, og ikke kan tilbakekalles gjennom språk: «Ord og samtale duger iblant derfor ikke som middel til bearbeiding hos alle» (Waaktaar & Christie, 2004, s.20-23). I denne sammenhengen er det kanskje ikke nødvendig for behandlerne å benytte seg av psykoedukasjon når de jobber med traumer. Det kom også frem av en informant at selv om selve prosessen i terapirommet kunne ofte virke positiv, var det ikke alltid sikkert at barna og unge kunne klare å forplante det de hadde lært, ute på skolen, med foreldre eller i fosterhjem.

En terapeut beskrev at det er en person på BUP som har ansvaret for å gi kurs om traumebevisst omsorg på skoler, sammen med pedagoger. RVTS Sør kan lansere tilsvarende kurs i traumebevisst omsorg for foreldre, fosterforeldre og kontaktpersoner i barneverntjenesten som kan bidra med å gi dem trygghet og forståelse til å møte barnet på en hensiktsmessig og utviklingsfremmende måte. Det kan bli lettere å snakke «samme språk», når alle får den samme faglige kunnskapen; De lærer blant annet om den tredelte hjernen, toleransevinduet, traumenes konsekvenser, triggere og smerteuttrykk og hvordan man kan skape trygghet. Ifølge spesialrådgiver i RVTS Sør, Tone Weire Jørgensen, handler det om å istandsette dem til å kunne se bak atferden (RVTSSOR, 2021a). Informant 1 la mye vekt på å løfte opp foreldrene, og fortalte dem blant annet: «for en viktig jobb de gjør, som tåler sine barn, som tåler deres smerte». Hun rådet foreldrene om å prøve å ikke legge merke til det barnet gjorde som var negativt. Hun foreslo: «Prøv å finne de tingene som er bra med barnet, og rose masse for det».

5.3 Nyttig prosess med både utfordringer og fordeler?

Traumeorientert arbeid defineres av en informant som en nyttig og effektiv prosess som gir resultater og mening. Imidlertid viser to terapeuter misnøye med hva som har skjedd i psykiatrisk praksis med barn og unge de siste årene, siden pakkeforløpet for psykisk helse ble innført i januar 2019. Målsetningen for pakkeforløpet for psykisk helse var, blant annet, å øke brukertilfredshet, brukermedvirkning, forutsigbarhet, og å unngå unødvendig ventetid for utredning og behandling, og gi likeverdig tilbud til pasienter og pårørende (Helsedirektoratet, 2018, s.1-3). Disse terapeutene syntes at dette har medført overdrevent mye bruk av spørreskjemaer i utredningstiden, stort fokus på å stille en diagnose før oppstart av behandling og større tidspress til å «nærmest utrede disse barna», og «fort gjennom og ut igjen». Informant 3 sammenlignet forløpet med «en business foretak» der alt skal være så effektivt, og som «et regime» med referanse til basis utredningen der mye skal avklares og gjennomgås innen seks uker før man kan begynne med behandlingen. Kvaliteten på behandlingen var bedre før, ifølge henne, fordi de hadde mer tid til å gå grundigere inn i dette, og det var ikke så mye fokus på effektivisering. Informant 2 refererte til de spørreskjemaene som de starter med som «litt overflatisk» på grunn av at de når ikke til de tidligste traumene, fordi barna har ikke ord eller hukommelse for dem», og de fokuserer i tillegg mye på ytre symptomer: «De avslutter saken når de symptomene er borte, men det er ikke sikkert at virkningen av traumer er borte for det». I en rapport fra SINTEF (2021, s.13-14) refererte både pasienter, pårørende og fagfolk til de samme argumentene om tidspresset og kravene knyttet til pakkeforløpsprosessene som kan gå ut over relasjon til pasienten og kvalitet. Blant annet, nevnes at det var flere som opplevde et stort tidspress hos tjenesten, hvor de hadde fått kortere tid, eller at behandlingen hadde avsluttet før de var klare for det. Noen virket redde for at mulige tidsbegrensinger kunne føre til at de ikke fikk nok tid til å bygge en god relasjon til behandler. Dette er noe som ble sett på som essensielt av brukerne for at behandlingen skulle fungere, og det er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi og få hjelp ifølge Gundersen (i Storvik, 2021).

Alle informantene opplevde at det var også mange fordeler knyttet til å jobbe traumeorientert, versus hvordan det var tidligere, før traumebevisst omsorg kom inn i bildet. Blant annet, kom det frem at det vektlegges kunnskapen de har fått med

denne tilnærmingen, og hvordan den har gitt dem en større ro som terapeut, fordi de har fått en teoretisk kunnskap om hva som skjer mellom oss mennesker, som ga dem trygghet i det de gjør når de møter foreldre, barn og ungdom: «Vi blir ikke så redde for traume uttrykket, for vi gjenkjenner og vet at det handler om å skape forståelse, og trygghet, og jeg tror at jeg har blitt god på det, mye bedre» (I4). En annen fordel med traumebevisst omsorg ifølge en annen informant, er at man tenker mer «forståelse» enn «konsekvenser»; «Tidligere tenkte man kanskje, ok disse barna som gjør så masse dumt, trenger konsekvenser»; «De trenger egentlig ikke det. De trenger bare å bli forstått og møtt på en god måte» (I1). I teorien har vi sett på at disse barnas oppførsel har en tendens til å utløse kontrollerende og straffende reaksjoner hos voksne, som kan forsterke barnas mangel på trygghet, ifølge James Anglin (2002). I stedet for å bli sinte på dem, foreslår Jørgensen (2018) at man burde beundre disse barna, og tydeliggjøre det enorme potensiale som ligger i dem; Ofte er det bare atferden deres som er synlig for mange. Anglin (2002) peker på at det sentrale problemet for omsorgspersoner til traumatiserte barn, er å håndtere primær smerte uten å infiltrere sekundær smerte gjennom straffe- eller tvangsreaksjoner. I forbindelse med dette nevnte to informanter at det kan være utfordrende for deres arbeid når de ser at omsorgspersonene kan vise noen ganger «konsekvens tenkning» og en «avstengt holdning». Dette på grunn av at konsekvens tenkning kan ofte føre til straff, og en avstengt holdning kan føre til at barnet blir beskrevet som negativ. I disse tilfellene kan omgivelsene til barna ha større vanskeligheter med å skjønne hva som er best for barna, når de selv tenker at barnet eller ungdommen trenger grenser, eller regler. I stedet for dette foreslår terapeutene at disse barna trenger mest støtte, og å snakke om de dårlige følelsene og lek, noe som kan være veldig viktig for barn, fordi det er barnets måte å utvikle seg på. Ifølge spesialrådgiver i RVTS Sør, Tone Weire Jørgensen, handler det om å istandsette omsorgspersonene til å kunne se bak atferden (RVTSSOR, 2021a).

6.0 Avslutning, og implikasjoner for praksis og videre forskning.

Hensikten med denne studien var å finne svar på hvordan noen terapeuter jobber traumeorientert med traumeutsatte barn og unge, ved en BUP. Samt hvordan disse terapeutene reflekterte over sin egen praksis og tilrådelige traumeorienterte tilnærminger. Informantenes forståelse av traumer, traumeorienterte tilnærminger, og hvordan de anvendte disse perspektivene, virket dermed som kritiske elementer for å kunne besvare problemsstillingen.

Alle terapeutene som var en del av denne oppgaven, viste en god teoretisk forståelse og kunnskap om både teori om traumer og traumeorienterte tilnærminger. Funnene tydet på viktigheten av å ha grunnleggende teori om disse for å ha de verktøyene man trenger før man møter et annet menneske. Dette så ut til å gi dem trygghet i deres arbeid. Alle beskrev at de anvendte prinsipper innenfor traumebevisst omsorg (TBO) som ble utviklet av Howard Bath, og en av dem anvendte egne oppskrifter basert på Bruce Perrys nevrosekvensielle terapimodellen (NMT). Informantene virket positive til å anvende overnevnte tilnærminger for å skape trygghet og forståelse, og de pekte på traumebevisst omsorg som grunnlaget til alt arbeidet terapeutene gjør med traumeutsatte barn og ungdom. Derimot beskrev en annen informant at hun jobbet traumeorientert ved å benytte seg av tegning og resiliens tenkning, hvor hennes hoved fokus var knyttet til mestring og til å «styrke sterke sider».

Informantene så behovene for trygghet, relasjon, og regulering av følelser som avgjørende for god hjelp til barna og deres familier. Noen informanter var opptatt av at barnet selv, foreldre og andre rundt barnet, fikk veiledning og informasjon om traumer og vanlige emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner på traumer, ved å benytte seg av psykoedukasjon. Målet var å normalisere både barnets og foreldres reaksjoner på de traumatiske hendelsene, og skape trygghet, forståelse og forutsigbarhet i situasjonen.

Det kom frem av informantene ulike spesifikke måter om hvordan terapeutene jobbet traumeorientert. Her virket det spesielt viktig for noen å posisjonere seg et halvt skritt

bak barnet, innta en ikke ledende holdning overfor barnet og ta seg veldig god tid i terapien. Dette var det viktigste med hele prosessen for flere terapeuter, på grunn av at det kunne ta lang tid for at enkelte av de traumeutsatte barna kunne stole på en voksen. Det tydeliggjøres at det er barna som er i sentrum, styrer prosessen, og står for fremgangen. Også like viktig var at barna ble møtt traumebevisst, og at omgivelsene rundt barnet, også foreldrene, eller lærerne og andre viktige voksne, inntonet seg til barnets følelser, validerte og anerkjente barnet.

Noen informanter reflekterte over hvordan bruken av traume begrepet hadde økt de siste årene og hvordan alt virket til å være traumer nå. Også kom det frem at tidspresset og kravene på effektivisering knyttet til pakkeforløpsprosessene kunne gå ut over relasjon til pasienten og kvaliteten på behandlingen ifølge to terapeuter: Innførsel av pakkeforløpet for noe år siden kan ha medført overdrevent mye bruk av spørreskjemaer i utredningstiden, større fokus på å stille en diagnose før oppstart av behandling og større tidspress til å «nærmest utrede disse barna», og «fort gjennom og ut igjen». Traumeorientert arbeid ble definert som en nyttig, effektiv og langtidsprosess som gir resultater og mening som fokuserer mindre på «konsekvenser» og mer på «forståelse». Funnene tydet på at prinsippene som ligger til grunn for traumebevisst omsorg, kan ha en bred anvendelse og de kan fungere for alle barn, ikke bare de som har opplevd traumer.

Det kan være viktig at behandlingstjenester gjenspeiler kunnskapen som reflekterer overnevnte tilnærminger hvor fokus skal ligge på individualiserte behandlinger som er tilpasset den enkelte og ser bak symptomene, og investere mer for å fokusere på viktige sider ved relasjonen mellom terapeuten og brukeren, og at behandlingen kan ta tid.

Det er spesielt to ting jeg tar med meg videre av to av informantene, som har rørt hjertet mitt. Den første er basert på viktigheten av kjærlighet for å overvinne traumer: «Kjærlighet både før traumet og etter, er det som er essensen. Noen er glad i meg. Det betyr alt»; og den andre gir oss råd om hvordan vi skal gå frem for å roe ned et barn som er i stressmodus på grunn av traumer osv., (fra Pat Ogden), ifølge informant:

Vi må finne noe med denne personen å bli glad i, noe å bli fascinert av, noe å bli forelsket i, fordi hvis man gjør det, så får man selv automatisk et ansikts mimikk, og en stemme som virker beroligende på den andre, og sånne fysiologiske modier smitter fra person til person for det viser seg at vi produserer de samme hormonene også.

Referanseliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. Utg.)*. Arlington, VA: Forfatter
https://dsm.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst Omsorg i Hjemmet. I: Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.), *Seksuelle Overgrep mot Barn. Traumebevisst Tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst Tilnærming. I: Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.), *Seksuelle Overgrep mot Barn. Traumebevisst Tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, A. (2015, 16. April). Et verktøy for å forstå hva barnet trenger. *RVTSSØR*.
<https://rvtssor.no/aktuelt/25/et-verktoy-for-a-forsta-hva-barnet-trenger/>
- Anglin, J. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. New York, NY: Haworth.
- Bath, H. (2008). The three pillars of transforming care. *Reclaiming Children and Youth. Health Research Premium Collection*. 17-21
- Bath, H. (2015). The three pillars of traumawise care: Healing in the other 23 hours. Reclaiming children and youth. Hentet fra
https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf
- Bath, H. & Saita, J. (2018). *The three pillars of transforming care: Trauma and resilience in the other 23 hours*. Winnipeg, Canada: UW Faculty of Education Publishing, The University of Winnipeg.
- (CACTUS, u.å.). *NMT*. Hentet 1. februar 2023 fra
<https://www.cactusnettverk.no/screening-for-traumatiske-erfaringer/nmt/>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2018). *Behandling av Traumer og Traumatisk Sorg hos Barn og Ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dowling, M. (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse researcher*. 11(4), 30-39.
Hentet fra
<https://www.proquest.com/docview/200813471/fulltext/47C68A9653B24DF5PQ/1?accountid=45259>

- Dønnestad, E. (2015, 27. Januar). Hjerne-opplysning for barn. Hentet fra:
<https://rvtssor.no/aktuelt/400/hjerne-opplysning-for-barn/>
- Dønnestad, E. (2015, 27. Januar). Traumebevisst omsorg i praksis. Hentet fra:
<https://rvtssor.no/aktuelt/27/traumebevisst-omsorg-i-praksis/>
- Garløv, I. & Haavet, O. R. (2010). *Psykiske Vansker hos Barn og Unge- En veileder for fastleger og andre i første linje: Hertervig Akademisk*
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020.*

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf>
- Hertz, S. (2011). *Barne- og Ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og Uante Muligheter.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Howell, E. F. (2005). *The Dissociative Mind.* Taylor & Francis Group, LLC
- Jensen, T. K. (2018). Forord til den norske utgaven. J. A. Cohen, A. P. Mannarino & E. Deblinger (Red.). *Behandling av Traumer og Traumatisk Sorg hos Barn og Ungdom.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, T.W, & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. Hentet fra:
<https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>
- Jørgensen, T. W. (2018, 21. Mars). *Omsorg for barn som har det vanskelig.*
<https://rvtssor.no/aktuelt/189/omsorg-for-barn-som-har-det-vanskelig/?fbclid=IwAR2PfAJWIRTNwp2bMR8f7aASAWB54swV-Nq5GNTWSXe06iIVHEIdI7TNN10>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *The kvalitative forskningsintervju* (utg.3.). oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

- Midtsand, N. E. (2014). utfordringer og muligheter knyttet til skam og skyld i terapien til en tolv år gammel gutt. I: Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.), *Seksuelle Overgrep mot Barn. Traumebevisst Tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Midtsand, N. E. (2017, 5. Okt). Betydningen av å være trygg. 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori. *Psykologitidsskriftet*.
<https://psykologitidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2017/10/betydningen-av-vaere-trygg>
- NDLA. (2021). *Den tredelte hjernen - Dampbåtmodellen*. Hentet fra RVTS-Sør og gjengitt her:
<https://ndla.no/nb/subject:6309cc71-56be-4c99-90bb-4600dccb2b15/topic:70023834-50f5-4c9a-ac5c-df3d4bf3394d/topic:11d0a502-9005-411a-85f9-9ce87cc6f9e9/resource:60eb6b00-3e5e-497e-a21f-413b558414a8?filters=urn:filter:56ea35da-73d9-431f-a451-19f24f564f59>
- NEM. (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- NKVTS. *Komponentene i TF-CBT*. Hentet fra
<https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-metoden/>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, C. B. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Nordanger, D. Ø. (2022, 12. Mai). *Herregud, er alt traumer nå?!* Psykologisk.
https://psykologisk.no/2021/09/herregud-er-alt-traumer-na/#_ENREF_2
- Perry, B. D. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children in: Working with Traumatized Youth in Child Welfare, *The Guilford Press*, 27-52.
https://www.bdperry.com/files/ugd/5ceb2_0666ae0673364692b4bd1913a546b30a.pdf

- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/perry2009.pdf>
- Perry, B. D. (2008). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics, *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/perry2009.pdf>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research- Appraising evidence for nursing practice* (9. Utg.). China: Wolters Kluwer.
- RVTSSOR. (2017, 28. Nov). *Fra alarm til ro på tunet*.
<https://rvtssor.no/aktuelt/164/fra-alarm-til-ro-pa-tunet/>
- RVTSSOR. (2018, 7. Nov). *Relasjonens kraft*.
<https://rvtssor.no/aktuelt/231/dag-nordanger-relasjon-er-viktigere-enn-metode/>
- RVTSSOR. (2021a, 4. Jan). *Traumebevisst omsorg for fosterforeldre*.
<https://rvtssor.no/aktuelt/354/traumebevisst-omsorg-for-fosterforeldre/>
- RVTSSOR. (2021b, 1. Feb). *Hva trenger hjelperen for å stå støtt når det kommer som verst?*
<https://rvtssor.no/aktuelt/346/hva-trenger-hjelperen-for-a-sta-stott-nar-det-stormer-som-verst/>
- Shore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W.W. Norton
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to shape who we are*. New York: The Guildford Press
- SINTEF. (2021). *Rapport-Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (2021: 00090 SINTEF Rapport 2021).
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20brukere,%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20fagfolks%20erfaringer%20-%20Rapport%202.pdf> /attachment/inline/7d24d17c-aa68-409c-adce-94db034686ab:36acaa07a3e64676211deb1da0fe9cb0bbef12da/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20brukere,%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20fagfolks%20erfaringer%20-%20Rapport%202.pdf

SPIEGEL, D. (1997). Trauma, Dissociation, and Memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 225-237.

<https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48282.x>

Steinkopf, H. (2014). Hjerne Bak det Hele. I: Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.), *Seksuelle Overgrep mot Barn. Traumebevisst Tilnærming* (s. 68-83). Oslo: Universitetsforlaget.

Steinkopf, H., Bræin, M. K. & Nordanger, D. Ø. (2017). Kartlegging av barn med «The Neurosequential Model of Therapeutics». *Psykologitidskriftet*.

<https://psykologitidskriftet.no/evidensbasert-praksis/2017/10/kartlegging-av-barn-med-neurosequential-model-therapeutics>

Støren, T., Odland, S. & Christie, H. J. (2015). *Manual for Stabilisering og Ferdighetstrening etter Traumatiske Hendelser*. Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

Storvik, A. G. (2021, 3. mars). *Pakkeforløp for psykisk helse får kritikk i ny rapport*. Dagens Medisin.

<https://www.dagensmedisin.no/helse-og-omsorgsdepartementet-helseminister-bent-hoie-h-norsk-psykologforening/pakkeforlop-for-psykisk-helse-far-kritikk-i-ny-rapport/313388>

Tjora, A. (2019). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2004). *Styrk Sterke Sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger* (2. utg.). Kommuneforlaget

Wifstad, Å. (2019, 31.10). Hva er vitenskap, og hva er forskjellen på vitenskapelig kunnskap og annen kunnskap? *Sykepleien*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2019/09/vitenskapsteori>

Vedlegg I. Fakultetets forskningsetiske komitè



Maria Vanessa Martinez Foss

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 25/10/2021

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - «Hvordan ser traumebevisst praksis ut på en BUP»

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen

Forskningsetisk komite

Fakultet for helse - og idrettsvitenskap Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no - www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER, FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

«Hvordan ser traumebevisst praksis ut på en BUP»

Referansenummer

526564

Registrert

04.06.2021 av Maria Vanessa Martinez Foss - mvfoss09@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Odd Kenneth Hillesund, odd.k.hillesund@uia.no, tlf: 4799585342

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maria Vanessa foss, marvafoss@yahoo.com, tlf: 45473055

Prosjektperiode

09.08.2021 - 30.06.2022

Status

05.07.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

05.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 05.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

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 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er terapeuter ved BUP, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD 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 til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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).

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

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

NSD 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).

about:blank Side 2 av 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 14.09.2021, 23:31

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller 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 NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Lykke til med prosjektet!

about:blank Side 3 av 3

Intervjuguide

Hvordan ser traumeorientert praksis ut på en BUP

Problemstilling:

- *Hvordan beskriver terapeuter, ved (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk, at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier?*

Informasjon om studien:

Jeg ønsker med denne studien å undersøke hvordan noen terapeuter anvender traumeorienterte tilnærminger i sin polikliniske kontekst, og få større innsikt i hva slags kunnskap og forståelse fagpersoner har knyttet til arbeid med traumeutsatte barn og unge, og hvordan de bruker denne kunnskapen i praksis.

Før vi begynner:

Min interesse ligger ikke på en rett eller gal måte, men hvordan forskjellige terapeuter ved en BUP beskriver at de jobber traumeorientert i deres praksis i sin arbeidshverdag.

For å ivareta og beskytte deltakerne i forskningsprosjektet og for å begrense mulig risiko eller ulempe, må jeg be deg om å ikke oppgi person sensitive opplysninger om en pasient eller andre.

- Er det noe du lurer på, eller ønsker å få avklart om mitt prosjekt før vi begynner?

Bakgrunn:

- Kjønn, arbeidserfaring?
- Hvor lenge har du hatt kjennskap til traumebegrepet og traumeorienterte tilnærminger?
- Hvordan kom du første gang i kontakt med traumebegrepet?

Tema 1 spørsmål:

- Kan du fortelle litt om hvordan du forstår traumer som begrep og som fenomen?

Tema 2 spørsmål:

- Hvordan forstår du/Hva legger du i «Traumebevist omsorg/Traumeorientert tilnærming»?
- Kan du fortelle litt om hvordan traumeorientert praksis ser ut på BUP?

- Hva gjør du i praksis når du jobber traumeorientert? Har du fokus på individ, familie, andre sammenhenger ...?
- Hvordan merker barn, ungdom, familier, andre deler av hjelpesystemet at dere er opptatt av dette?

Tema 3 spørsmål:

- Hvordan har denne tilnærmingen påvirket det du og dine kolleger gjør?
 - Hvilken betydning, om noen, tror du det å jobbe traumeorientert har hatt for arbeidet deres ved BUP? og for barn og unge, familier og samarbeidspartene du har jobbet med?
- Er det noe som skiller denne måten å tenke på fra det du har gjort tidligere?
Ev. Opplever du at noe er annerledes i måten du eller noen av dine kolleger jobber på nå versus tidligere?

Hvis ja, Eksempler?

Ekstra spørsmål:

- Er det noe ved denne tilnærmingen du setter spesielt pris på?
- Er det noe som kan være spesielt utfordrende for deg når du skal jobbe traumeorientert?
 - Er det noe som du opplever som vanskelig eller negativ?
- Kan du fortelle/beskrive en gang der du tenkte traumeorientert i en behandlingssituasjon?
 - Hva var det som skjedde i denne situasjonen, hva gjorde du og de andre som var involvert?

- Har du flere eksempler hvor lignende situasjoner fikk et annet utfall?

Avsluttende spørsmål:

- Hvilket tema ville du ha sagt at det er essensielt innenfor traumearbeid?
- Hvis du skal trekke frem det som har betydd mest for deg ved å lære om å jobbe traumeorientert, hva har det vært?
- Til slutt, er det noe vi ikke har vært innom som du ønsker å få frem?

Tusen hjertelig takk for at du ønsket å delta

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan ser traumeorientert praksis ut på en BUP»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente informasjon om hvordan fagpersoner beskriver og anvender traumeorienterte tilnærminger i BUP (barn- og unge psykisk helse poliklinikk). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en masteroppgave i Psykisk Helse ved Universitetet i Agder. Temaet traumebevisst omsorg har fått mye oppmerksomhet i psykisk helse feltet for barn og unge. Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvordan noen terapeuter anvender traumeorienterte tilnærminger i sin polikliniske kontekst. Jeg ønsker i denne oppgaven å få større innsikt i hva slags kunnskap og forståelse fagpersoner har knyttet til arbeid med traumeutsatte barn og unge, og hvordan de bruker denne kunnskapen i praksis. Jeg har valgt følgende problemstilling for studien:

- *Hvordan beskriver terapeuter, ved (BUP) Barn og Unges Psykiskhelse Poliklinikk, at de jobber traumeorientert i sitt arbeid med barn, unge og deres familier?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Agder

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I studien ønsker jeg å snakke med terapeuter som har erfaring fra poliklinisk arbeid ved BUP, poliklinikk. Utvalgskriteriet har i første omgang vært fagpersoner med kjennskap til traumebevisst omsorg. Enhetsleder ved aktuell BUP kontaktes ved hjelp av informasjon som finnes tilgjengelig på internett og bes om tillatelse for at forsker skal kunne starte rekrutteringsprosessen. Deretter vil en bekjent av forsker innen BUP, som mulige deltagere ikke har et avhengighetsforhold til, undersøke hvem som kan tenke seg å være informanter. Potensielle deltagere samtykker i at det formidles kontaktinformasjon til forsker. Forsker kan da ta kontakt, uavhengig av leder, med de aktuelle informantene og legge en videre plan for intervjuene. Utvalget for studien er totalt 4-5 BUP ansatte. Deltagelse skal være frivillig

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien baserer seg på data som innhentes ved hjelp av et semi-strukturert intervju. Hvis du velger å delta må det settes av 1-1,5 time til gjennomføring av intervju.

Intervjuet registreres ved bruk av lydopptak og notater. Det blir transkribert og analysert før det benyttes i studien.

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.

- Det er kun gjennomførende student og evt. veileder som vil ha tilgang til datamaterialet. Alle opplysninger behandles konfidensielt.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Data vil bli oppbevart separat og innelåst når de ikke jobbes med.
- Det transkriberte intervjuet blir anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i selve publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. rundt den 30.06.2022. Ved prosjektetslutt vil data, personopplysninger og eventuelle opptak forbli innelåst og lagret frem til vurdering av masteroppgaven foreligger. Når dette er på plass, vil data i form av lydopptak og koder som erstatter personopplysninger, bli slettet. Bare anonymisert transkripsjon av intervju vil bli beholdt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitet i Agder* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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:

Maria Vanessa Foss. Epost marvafoss@yahoo.com eller 45473055

Universitet i Agder ved Odd Kenneth Hillesund, epost : odd.k.hillesund@uia.no , telefon <tel:+4799585342> – [veileder for masteroppgaven](#)

Vårt personvernombud UiA: Johanne Warberg Lavold, på epost (personvernombud@uia.no) eller tlf +47 38 14 13 28

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Traumeorienterte tilnærminger på poliklinisk basis i møte med traumeutsatte barn og unge*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet ca. 30.jun.2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

