



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårtermin 2015

Hur resonerar terapeuter i den offentliga sjukvården kring svårigheter att arbeta med trauma?

How do therapists within the Swedish public health care system perceive difficulties in working with trauma?

Författare:

Antonia Klein

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Teoretisk bakgrund	3
3	Tidigare forskning	5
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	5
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	7
4	Frågeställningar	9
5	Metod	9
5.1	Undersökningsdeltagare	9
5.2	Datainsamlingsmetoder.....	9
5.3	Bearbetningsmetoder.....	9
5.4	Genomförande	10
6	Forskningsetiska frågeställningar	10
7	Resultat	11
8	Diskussion	20
8.1	Metoddiskussion.....	20
8.2	Resultatdiskussion.....	22
8.3	Förslag till fortsatt forskning.....	25
	Referensförteckning.....	26
	Bilaga 1	30

Sammanfattning/abstract

Syftet med denna studie var att undersöka hur terapeuter inom den offentliga sjukvården resonerar kring svårigheter i att arbeta med trauma. Frågeställningarna var: hur resonerar terapeuter kring svårigheter att arbeta med trauma; vilka känslomässiga reaktioner har de; vad säger de om handledning, kollegialt stöd och organisationen inom vilket de arbetar; samt hur de resonerar kring kultur, språk och tolkanvändning. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem terapeuter som arbetar inom primärvården respektive psykiatriska öppenvården. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades genom Tematisk Analys. Resultaten visar att traumatiserade personer upplevdes som en tung patientgrupp och att de önskade sig mer handledning och utbildning för att klara av arbetet. Det var även svårt för dem att se hur patienterna skickades runt mellan olika vårdinstanser. Resultaten visar också att man upplevde svårigheter kring kulturella skillnader och att arbeta med tolk. Tidsbrist i behandlingarna och underbemanning upplevdes också som försvårande omständigheter i arbetet med trauma. Avslutningsvis diskuteras om den svåra symtomatologin och traumats inbyggda dialektik är bidragande orsaker till att traumatiserade patienter skickas mellan vårdinstanser och upplevs som en tung grupp att arbeta med. Också terapeuternas beskrivningar av underbemanning och tidsbrist diskuterades utifrån de behandlingsrekommendationer som finns och riskerna om dessa inte följs.

Nyckelord: Trauma, psykoterapi, svårigheter, stöd, flyktingar.

The purpose of this study was to investigate how psychotherapists within the Swedish health service perceive difficulties in working with trauma. The research questions were how do therapists perceive difficulties in working with trauma; what are their emotional reactions; what are their views concerning supervision, peer support and the organisation within which they work; what thoughts do the therapists have concerning culture, language and the use of interpreters. Semi structured interviews were conducted with five psychotherapists who work in municipal health centers and psychiatric outpatient clinics. The interviews were recorded, transcribed and analysed using thematic analyses. The results show that in general the therapists experienced traumatised people as a difficult group of patients and they felt a need for increased levels of supervision and training. They also experienced difficulties arising from the fact that patients were often moved frequently between different health services. The results also showed that they experienced difficulties due to cultural differences and working with interpreters. Limits on treatment duration and under staffing also contributed to difficulties. The relationships between symptoms and the dialectics of trauma and the fact that patient group are often passed between health services and experienced as a difficult were discussed.

Keywords: Trauma, psychotherapy, difficulties, support, refugees.

1 Inledning

Trauma återfinns inte endast hos den patientgrupp som terapeuter möter på specialisterheter för trauma, som till exempel Röda Korset eller Kris och Traumacentrum i Stockholm utan återfinns i stor utsträckning även inom den offentliga primärvården och psykiatrin hos både svenska patienter och patienter med en annan etnisk bakgrund. Borgå (2005) menar att det är mer regel än undantag att patienter inom psykiatrisk vård har varit med om trauman. En svensk studie från 2002 (Al-Saffar, Borgå & Hallström) visar att omkring 90% av patienterna på en allmän psykiatrisk mottagning hade upplevt minst ett trauma och att 70% av dessa hade upplevt multipla. Samma studie visar att 30 % av de svenskfödda patienter och majoriteten av de utlandsfödda deltagarna uppfyllde kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.

Enligt en undersökning som genomfördes i början av 2000 talet av Sveriges Kommuner och Landsting (citerad i Bergh Johannesson, Lundin & Michel, 2005) saknas det idag specialutbildade traumaterapeuter inom den svenska offentliga sjukvården.

I föreliggande uppsats undersöks hur terapeuter resonerar kring svårigheter de upplever i arbetet med traumatiserade patienter inom den offentliga öppenvårdspsykiatrin och primärvården. De patienter som avses är av både svensk och annan etnicitet.

2 Teoretisk bakgrund

Ordet trauma kommer från grekiskans *trau'ma* och betyder skada, kroppslig eller psykisk (Egidius, 1994). Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) kan uppstå som en psykisk reaktion på att utsättas för ett verkligt eller upplevt dödshot, allvarlig skada eller sexuellt våld (DSM V, www.dsm5.org)

Arbetsfältet trauma har alltid väckt starka reaktioner både i samhället i stort och hos den enskilde terapeuten (Herman, 1992). Det finns en inbyggd dialektik i traumat som visar sig på individnivå genom att patienten både vill och inte vill berätta om det som hänt och på samhällsnivå där man historiskt kan se att samhällen ömsom varit öppna för trauma, ömsom avvisat problematiken, tigit och förnekat förekomsten av det. Denna ambivalens, denna dialektik kräver av behandlaren att denna verkar i en tillåtande omgivning där både känslreaktioner och intellektuella eller tekniska bekymmer får uttryckas (ibid.).

En effekt av de psykologiska mekanismer som utvecklas och de starka motöverföringar som ofta uppstår i arbetet med traumatiserade patienter är att terapeuten hamnar i konflikt med sina kollegor kring frågor om behandling eller trovärdigheten i patientens berättelse. Det kan då uppstå splittring i personalgruppen som i sig kan sägas speglar traumats dialektik som då återskapas kollegor emellan (Gerge, 2010, sid. 91). En vanlig motöverföring som uppstår i

traumaterapier är att terapeuten upplever en känsla av vanmakt - en vanmakt som speglar den traumatiserade patientens hjälplöshet i traumasituationen (Herman, 2009, sid 207).

Pearlman & McCann (1990) myntade begreppet vikarierande traumatisering för att beskriva det psykologiska fenomen som kan uppstå hos terapeuten efter en längre tids arbete med traumatiserade patienter. Fenomenologisk ligger begreppet nära motöverföringsbegreppet, men är betydligt bredare än det genom att den omfattar stora delar av terapeutens kognitiva värld och genom att den inte uppstår som en reaktion till en specifik patient utan utvecklas över tid i mötet med många olika patienters traumatiska material. Vikarierande traumatisering relaterar till både patientens utförliga och våldsamma traumatiska material och till terapeutens specifika kognitiva schemata om föreställningar, antaganden och förväntningar om sig själv och andra. Andra begrepp som ligger nära men är särskilda är sekundär traumatisering, compassion fatigue och utmattnings depression. Sekundär traumatisering innebär samma symtom som vid PTSD men de uppstår genom vetskapen om en annan persons traumatisering och önskemålet om att hjälpa denne (Figley, 2013).

Sexton (2007) beskriver hur vikarierande traumatisering kan ha en negativ effekt inte bara på terapeuten som drabbas utan även för organisationen inom vilken denne arbetar.

I litteraturen finns beskrivit vad traumaterapeuter behöver för att lättare kunna klara av de psykiska påfrestningarna som arbetet innebär. Till exempel har Judith Herman (1992) beskrivit i sin bok *En helande relation* om vikten av att terapeuten har ett säkert och pålitligt stödsystem. I det systemet bör det ingå ett tryggt, strukturerat och regelbundet forum för genomgång av det kliniska arbetet (ibid. sid 220). Här nämner hon att både handledning och kollegialt stöd kan fylla denna funktion och mest optimalt är om båda erbjuds. Herman menar att den förnekelse som alltid funnits kring trauma även avspeglas i dagens psykiatri, vilket leder till att många terapeuter arbetar inom psykiatri utan detta så viktiga stöd från omgivningen. Hon säger "liksom ingen överlevare kan bli frisk på egen hand kan ingen terapeut arbeta ensam med trauman". (2009, sid 206).

Pearlman och Mc Cann (1990) betonar också vikten av organisationens stöd till traumaterapeuten och Szecsödy (1999, i Maček, 2010) föreslår att organisation, utbildning, professionell identitet och samhället utgör en "tredje ram" till psykoterapihandledning.

Sjukdom upplevs i ett kulturellt, socialt och historiskt sammanhang och universella psykopatologiska fenomen upplevs och tolkas utifrån kulturellt färgade referensramar och teoretiska antaganden (Bäärnhielm, Rosso & Patty, 2009). Kultur och kontext är en del av det meningsskapande mot vilket vi upplever, förstår och tolkar sjukdom (ibid). Comas-Diaz och Jacobsson (1991), beskriver hur kulturella och etniska faktorer påverkar både överföringarna och

motöverföringarna hos både terapeut och patient i psykoterapi. Reaktionerna kan sätta sin prägel på relationen och författarna menar att ett reflekterande över de egna känslorna och reaktionerna kan underlätta förståelsen av ens egen roll.

Cullberg (2000) skriver att psykiatri är den delen av den svenska sjukvården som är mest kulturkänslig och att frågor kring hur vi ser på psykiska besvär, vilka uttryck de tar sig och vilken hjälp vi förväntar oss är alla kulturellt betingade. Därför, menar han, krävs en kulturell känslighet av vården som består inte så mycket av att lära sig om olika kulturella särdrag, som att förstå de egna synsättens kulturella relativitet. Cullbergs syn är att de djupt allmänmänskliga likheterna är större än de, på ytan existerande, kulturella skillnaderna (2000).

Besläktad med frågor om kulturens roll i terapi finns också frågan om tolkens roll, då många terapier med till exempel flyktingar behöver genomföras med hjälp av tolk. Språkskillnader nämns ofta som den största barriären i arbetet inom vården med patienter med annan kulturell bakgrund, skriver Bäärnhielm et al (2012, sid 73) och fortsätter med att säga att den viktigaste faktorn för att sänka den barriären är tillgång på kompetenta tolkar. Cullberg skriver att arbeta med tolk medför merarbete men har också fördelar till exempel genom att denne kan fungera som en kulturell guide.

3 Tidigare forskning

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

En studie från USA visar att i vanlig psykiatrisk praxis upptäcks bara en liten del av barndomstrauman hos patienterna om inte vårdgivaren specifikt ställer frågor om detta; då ökar prevalensen avsevärt (Read & Fraser, 1998). Studien genomfördes inom den slutna psykiatriska vården där förekomsten av sexuella övergrepp i barndomen är betydligt högre än hos en icke-klinisk population. Olika orsaker till uteblivna frågor från behandlarna kunde handla om att de hade föreställningar om att psykotiska patienter inte kunde ge tillförlitliga svar; man hade inte kunskap i hur man frågar och vilka frågor som bör ställas; att man ansåg inte att det var relevant information att få fram inom slutenvården. Read & Fraser påpekar dock att inga av dessa orsaker får stöd i litteraturen. Författarna rekommenderar istället att vårdpersonal bör utbildas i att kunna ställa frågor kring ämnet samt följa upp på ett effektivt sätt (1998).

I sin doktorsavhandling (2003) fann Al-Saffar bl.a. att de patienter som upplevde att behandlaren hade tagit upp frågan om trauma tillräckligt hade bättre långsiktiga behandlingsresultat än andra patienter med trauma. Deltagarna var 839 f.d. patienter på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i en invandrartät förort till Stockholm. De tillhörde följande etniska grupper: Afrikanska n50; Arabiska n68; Östeuropeiska n60; Finländska n63; Grekiska n54; Iranska n43; Turkiska n65 samt Svenska n347. Ytterligare ett resultat var att etniskt Svenska patienter samt patienter med mindre än fem rapporterade traumata hade fått sina traumata

adekvat adresserat av sina behandlare. Al-Saffar fann att behandlarnas förmåga att adressera trauma på ett adekvat sätt hade lite att göra med deras utbildning eller typ av terapi, men för att bekräfta dessa fynd behövs kvalitativa studier genomföras (2003).

I en australiensk studie intervjuades 12 terapeuter med hjälp av en semistrukturerad intervju om deras erfarenheter av vikarierande traumatisering (Steed & Downing, 1998). Resultaten, som erhöll god interbedömarreliabilitet, visade att samtliga terapeuter i studien upplevde negativa effekter av arbetet med traumatiserade patienter, vilket överensstämmer med Pearlman och McCann slutsats(1990) att vikarierande traumatisering är en oundviklig effekt av arbetet med traumatiserade patienter. Bland annat upplevde terapeuterna i Steed och Downings studie affektiva symtom som ilska, smärta, frustration, sorg och förtvivlan (1998).

Pearlman och Mac Ian genomförde en empirisk undersökning av vikarierande traumatisering hos 188 traumaterapeuter (1995). Enkätundersökningen visade att de terapeuter som hade minst yrkeserfarenhet fick fler psykologiska problem och de terapeuter med egna erfarenheter av trauma drabbades också hårdare av vikarierande traumatisering än de icke-traumatiserade terapeuterna. Författarna drog slutsatsen att det behövs mer träning och utbildning för traumaterapeuter samt att de behöver mer handledning och stöd (1995).

Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph (2011) undersökte hur olika variabler påverkade 118 terapeuters positiva utveckling efter att ha varit utsatta för många patienters traumata, ett fenomen som benämns ”posttraumatic growth”. Variablerna man korrelerade med ”posttraumatic growth” var: empati, känsla av sammanhang och upplevd stöd från organisationen inom vilket man arbetade. Resultaten visar att en stark känsla av sammanhang ger en negativ prediktion av posttraumatic growth medan empati gav en positiv prediktion. Upplevt stöd från organisationen gav ingen prediktion av posttraumatic growth däremot.

I en jämförande kvalitativ studie undersökte Pross och Schweitzer(2010) relationen mellan arbetsrelaterad stress och konflikt och organisationsstrukturen, hos 13 internationella organisationer som arbetar med överlevande av extrema trauman. Genom att analysera data från intervjuer med sjuttiofyra vårdare, handledare och experter samt data från externa organisationsanalyser kom man fram till att organisationer med hög stress och konfliktnivåer uppvisade större strukturella problem och ett arbetsklimat som präglades av ”reenactment” av klienternas traumata. De organisationer däremot som hade lägre nivåer av stress och konflikter hade även en tydligare och mer välfungerande struktur. De som arbetade i de ostrukturerade, stressade organisationer uppvisade symtom på vikarierande traumatisering - symtom som minskade efter omstruktureringar och organisatoriska förbättringar genomfördes. Anställda i de mer välfungerande organisationerna uppvisade däremot nästan inga sådana symtom.

Med syftet att undersöka tolkanvändning i vården av invandrare genomförde Kale och Sayed (2010) en kvantitativ ”cross-sectional” studie på vårdpersonal i Oslo. Man studerade hur ofta vårdgivarna upplevde ett behov av tolkanvändning, vad de gjorde i de situationerna, vilka förväntningar de hade på tolken och hur de skattade sina behov av tolk. Man fann en underanvändning av tolk inom den allmänna vården och drar slutsatsen att användandet av tolk förefaller vara beroende av den enskilda behandlarens initiativ och kunskap. Ett stort antal deltagare uttryckte ett missnöje över sina egna arbetsmetoder i arbetet med tolk samt över tolkarnas kvalifikationer.

Danieli (1984) konstaterade i mitten av 1980-talet att det fanns en avsevärd brist på systematiska analyser av empirisk data om motöverföringsreaktioner hos terapeuter som behandlar överlevnaden efter Förintelsen. I sin artikel ”Psychotherapists’ Participation in the Conspiracy of Silence About the Holocaust” (1984) redogör hon för en liten del av en större studie i vilket man genomfört en systematisk undersökning av terapeuters emotionella reaktioner och problem i behandlingen av denna unika patientgrupp. Ur de intervjuer som genomfördes på de deltagande 61 terapeuterna extraherades 49 olika motöverföringstemata. Interbedömarreliabiliteten för dessa temata varierade mellan .94 - 1.00 och alla uppnådde signifikant med t-test (p mindre än 10 -11). Exempel på temata som framkom var: skuldkänslor, raseri, skam, sorg, privilegierad voyeurism och ”mord” versus ”död”. Danieli drar slutsatsen att det behövs träning i att kunna möta massiv, verklig (vuxet) traumata och dess långsiktiga effekter och hon citerar en av informanterna som klagade över att inte ha metodanvisningar (guidelines) och att därför var rädd att gå in i okänd terräng. Danieli menar att med bättre utbildning och träning skulle både överlevare av Förintelsen och andra traumata få mer kvalificerad hjälp och behandling.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

I terapier med överlevare av sexuella övergrepp i barndomen kan den internaliserade förövaren (Davies och Frawley, 1991/1999 i Gerge, 2010) göra terapeuten överengagerad eller extremt oempatisk. Dessa tillstånd speglar känslorna ”jag är räddaren” resp. ”jag är förövaren” och för att motverka att hamna i dem är det mycket viktigt att terapeuter lär sig mer om sig själva.

Röder & Opalic (1997) bedrev gruppterapi med tre turkiska patienter och drog slutsatsen i sin fallstudie om tolkens roll i psykoterapi, ”A psychotherapy group for Turkish patients using an interpreter” (citerad i Grabos & Hagström, 2006) att det var fullt möjligt att bedriva psykoterapi med hjälp av en tolk.

Det finns starka och meningsfulla paralleller mellan psykoterapi och antropologi vilket tydliggörs i boken ”Engaging violence - trauma, memory and representation” (Maček, 2014). I sitt kapitel där hon beskriver sin forskning om folkmordet i Rwanda problematiserar Anne Kubai antropologens positioner ”insider” respektive ”outsider” och hur hon upplevt det att ha relativt stor tillgång

till den Rwandiska kulturen, som en insider, samtidigt som hon som forskare och icke infödd Rwandier tillhört gruppen outsider. Hon citerar Watson (1999:59) som menar att det väsentliga är inte vilket status man uppbär: insider eller outsider, utan istället att man har förmågan att vara öppen, autentisk, ärlig och djupt intresserad av forskningsdeltagarna upplevelser. Traumaterapeuter kan ha, men behöver inte ha, egna erfarenheter av trauma - motsvarigheten till antropologens insider position.

Psykoterapiforskningen har visat att faktorer som bidrar till att stärka den terapeutiska arbetsalliansen är bland andra att terapeuten visar sig trovärdig, bekräftande, flexibel, intresserad, trygg och empatisk (Ackerman & Hilsenroth, 2003 i Philips och Holmqvist, red 2008), vilka påminner om och delvis överlappar med de ovannämnda kvalitéerna som föreslås i mötet med olika kulturer än den egna i antropologisk forskning.

I sin skriftliga utvärdering av verksamheten vid en psykiatrisk klinik för kvinnliga flyktingar i London, England, skriver Madill och Busch (2009) att litteraturen visar att i vissa kulturer är psykiska besvär likställd galenskap, vilket försvårar för en del kvinnliga flyktingar att söka den psykiatriska hjälpen de behöver. Vidare hänvisar författarna till en studie av Somalier i London som visade att samtliga ansåg psykisk ohälsa vara någon form av galenskap (Palmer och Ward, 2005, i Madill och Busch) och att denna galenskap i sin tur drar vanära och skam över patientens familj och/eller samhälle. Detta, menar författarna, kan leda till att dessa personer inte syns inom psykiatrin då de hellre vänder sig till familjemedlemmar för att få stöd och hjälp med sina emotionella besvär (Madill och Busch, 2009).

Lansen och Haans (2004) arbete som handledare av terapier med överlevare från Förintelsen visade att det ofta uppstod följande teman i handledningen: problematisk fallkonceptualisering pga. kulturell inkompetens eller överväldigande känslomässig påverkan samt "förgiftande" parallellprocessfenomen i arbetsgrupper.

Pearlmann & Saakvitne (1995) menar att kompetent och särskild traumahandledning är nödvändig för att förhindra vikarierande trauma och de har visat att endast 53 % av de 188 tillfrågade traumaterapeuter i deras undersökning, fick handledning av en erfaren traumaterapihandledare. Vidare pekar de på följande faktorer som de anser kan förhindra uppkomsten av vikarierande traumatisering bland terapeuter: att terapeuten tar en aktiv roll i -och har tillgång till en större trauma "community"; att terapeuten får kontinuerligt stöd och kollegial handledning i arbetsgruppen; att det finns organisatoriska strategier på plats som t.ex. att mottagningsrummet känns tryggt, säkert och personligt; att terapeuten kan ha personliga, meningsbärande föremål på sitt rum som hjälper till att upprätthålla terapeutens identitet samt att terapeuten får kontinuerligt stöd i gruppmöten där ämnet vikarierande traumatisering är i fokus.

4 Frågeställningar

Hur resonerar terapeuter kring svårigheter att arbeta med trauma?

Hur påverkas terapeuterna känslomässigt?

Vad säger de om handledning, kollegialt stöd och organisationen inom vilket de arbetar?

Vad säger de om kultur, språk och tolkanvändning?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Studiens frågeställning är bred och öppen för att kunna inkludera terapeuter som både arbetar mycket med och inte arbetar i lika stor utsträckning eller alls med traumatiserade patienter. Då frågeställningen riktade sig till terapeuter inom den offentliga sjukvården tillfrågades terapeuter inom både öppenvårdspsykiatri och primärvården. Fyra kvinnor och en man deltog i studien. En deltagare var psykodynamisk legitimerad terapeut, tre var KBT steg 1 terapeuter och en var steg 1 KPT terapeut. De hade olika grundutbildningar men författaren menar att ange dessa skulle riskera att röja identiteten på deltagarna. Åldern varierade mellan ca 45 och 60 år och de arbetade inom primärvården respektive öppenvårdspsykiatri.

5.2 Datainsamlingsmetoder

Processen med datainsamlingen började med att skapa en intervjumall för en semistrukturerad intervju. Mallen innehöll förutom själva forskningsfrågan också frågor om organisationen, flyktingtrauma och egna reaktioner. Då dessa är centrala teman som omnämns i traumlitteraturen inkluderades de i intervjun. Vid intervjutillfället informerades informanterna inledningsvis om studiens bakgrund och syfte samt om författarens egen arbetsrelaterad bakgrund och intresse för ämnesområdet. Dessutom informerades de om att materialet behandlas konfidentiellt och att de garanteras fullständig anonymitet. Avslutningsvis i intervjusituationen inbjöds informanten att ställa frågor.

5.3 Bearbetningsmetoder

Materialet har analyserats utifrån induktiv tematisk analysmodellen, i vilken datan delas in i teman som framträder i intervjumaterialet. Materialet analyserades enligt Langemars (2008) metod ”vågrätt” vilket innebär att samtliga intervjuer analyseras parallellt med varandra. Langemar beskriver ett kontinuum mellan deduktiv -och induktiv eller empiristyrd analys, där det t.o.m. ofta är lämpligt att kombinera de två metoderna. Vidare skriver hon att i intervjustudier leder ofta en specifik frågeställning till en mer strukturerad intervju med fler förutbestämda frågor, vilket i sin tur ofta kommer att fungera även som teman i analysen. Langemars anvisningar för hur tematisk analys ska genomföras har följts enligt följande: Transkribering av materialet och genomläsning av det transkriberade materialet gjordes initialt.

Sedan markerades viktiga citat och nyckelord som är relevanta för studiens frågeställning/ar.

Utifrån de teman som bestämts sorterades sedan nyckelorden och citaten.

Därefter gjordes en genomgång av materialet med ett tema i taget, där allt som har med det temat markeras. På det viset läses materialet igenom lika många gånger som det finns teman.

De teman som bestämts fick sin slutliga benämning.

Slutligen i analysen sammanfattades materialet med egna ord. Nyckelord och citat inkluderades i texten för att ge exempel på vad som åsyftas.

De fyra områden som framträdde som huvudteman - allmänna svårigheter, organisationens roll, flyktingtrauma samt egna reaktioner - fick tillhörande underteman till respektive huvudrubrik. Underteman framkom i genomläsningen av materialet som viktiga sätt att särskilja de olika typer svaren i respektive område från varandra. Till exempel är områdena att arbeta med tolk respektive kulturella frågor underteman till huvudrubriken *flyktingrelaterade frågor*.

5.4 Genomförande

Ett email skickades till ett antal enhetschefer inom ett landsting med begäran om att det skulle vidarebefordras till terapeuter på respektive enhet. Dessutom tillfrågades sju stycken terapeuter direkt genom email. Dessa hade rekommenderats av en terapeut som trodde att de arbetade med trauma. Av de som tillfrågades via sina respektive enhetschefer tackade tre ja till att delta och av de som kontaktades direkt av mig tackade två ja till deltagande.

Datainsamlingen, dvs. intervjuerna, genomfördes under slutet av november 2014 samt i januari 2015. Datan samlades in genom semistrukturerade intervjuer som varade 45-60 minuter. Intervjuerna genomfördes på informanternas respektive arbetsplats i deras samtalsrum. Intervjuerna spelades in på en I-phone 4 med hjälp av funktionen "röstmemon". Inspelningarna fördes sedan över till USB och transkriberades av en professionell skribent. Samtliga informanter gav ett intryck av att ha ett stor önskan och ett behov av att få prata om sina upplevelser av att arbeta med trauma. De berättade på ett öppet och prestigelöst sätt om sina tankar och ibland svåra känslor kring arbetet och sig själva som terapeuter.

6 Forskningsetiska frågeställningar

De krav som gäller för forskning enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) ha tagits i beaktning, trots att undersökningen inte måste genomgå en formell etikprövning eftersom vetenskapliga arbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning är undantagna kravet om etisk prövning, enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor § 2 (www.lagen.nu).

7 Resultat

De fyra huvudområden som täcktes in av intervjufrågorna utgår från traumatiliteraturen och är således teoristyrda, medan de underteman som presenteras är sprungna ur materialet och därför empiristyrda.

Allmänna svårigheter i att arbeta med trauma - tung patientgrupp, bolla runt, dialektiken

På den inledande frågan om erfarenheter av svårigheter att arbeta med trauma började samtliga terapeuter tala om traumatiserade patienter som en tung patientgrupp:

...det är en ganska tung patientgrupp/ dom kommer till psykiatrin om det är suicidalitet och det med tydliga symptom. Alltså mer... ja, svårare.

Och svårigheterna är...det är ju ganska mycket svårigheter... i primärvården, så finns det jättesvåra patienter.

...alltså det är mycket komplext kring dom flesta som vi träffar här, det är så.

En terapeut berättar att patienterna har både anknytningstraumata och senare traumatisering, vilket ger en mer komplex symtombild än vid enstaka trauma:

Det blir lite spretigt, säger man traumatiserade personer, då är det ju ofta också i öppenvårdspsykiatrin, så är det ju ganska komplexa problembilder. Så att hitta lite mer renodlade traumapatienter är väl...det är lite svårt.

Upplevelsen av att det är en tung patientgrupp är giltig för både svenska patienter och de av en annan etnicitet:

...jag har ju jättemånga av dom vi träffar har ju varit utsatt för övergrepp och våldtäktsförsök och...alltså nu pratar jag om den svenska befolkningen liksom. Och kommer jag från andra länder, så kan det ju vara andra saker också. Ja, det är jättesvårt att jobba, tycker jag.

En terapeut beskriver att arbetet med en asylsökande man var mycket svårt, inte endast pga. hans traumatisering utan framför allt pga. hans flyktingsituation:

Men det är liksom, han har varit så förtvirlad, så att det är klart att då är det inte lätt med det här. Alltså jag försökte få till det på något sätt som något... Ja, jag kan ju säga det, att jag skulle ju inte vilja jobba med fler som är asylsökande och som riskerar att bli utvisade. Det skulle jag vilja undvika, om jag ska vara ärlig.

Terapeuterna hade mycket tankar kring den delen av traumats dialektik som handlar om att patienterna både vill och inte vill berätta och också kring den egna beredskapen att ta emot berättelsen.

Det var en asylsökande kvinna från Afrika, som jag hade träffat några gånger. Och sen så hade hon bestämt sig för, att hon skulle berätta för mig. Vi brukar ha telefontolk, men den här gången hade hon beställt en riktig tolk. Och så kommer hon till mig och berättar...

På frågan om vad terapeuten tror kan ha haft betydelse för att patienten till slut kunde berätta om sitt trauma säger de att det är viktigt att orka lyssna, att stanna kvar och våga fråga om trauma. En terapeut blir rörd när hon minns särskilt en patient där detta haft stor betydelse:

Jag har stannat kvar. Jag har inte gett mig förrän hon har känt sig sedd. / att vara en person som orkar ta emot en berättelse. / en annan patient som jag haft, en av dom svåraste som jag hade under min tid blev osams med alla inklusive mig. Men kom tillbaka. Och sen när jag slutade min tjänstgöring där: hon sa "tack för att du stod ut". Och det gick rätt in, jag tyckte det var fint. Och det är väl det vi behöver göra. Vi behöver stå kvar.

Jag tänkte, folk får berätta det dom vill berätta. Men ändå, så tänker jag, att om jag frågar, så möjliggör jag ju och visar att det är pratbart i alla fall. / Så det första jag tänker är inte att stöta bort eller att jag måste veta allt direkt.

...och det var såna här trauman i sovrummet som...och just det där, att det var... att jag vågade på, att liksom stanna upp i metoden och verkligen liksom vara kvar.

Jag brukar jobba mycket med kroppen och skapa en ... ja att jobba med att skapa en grundtrygghet i kroppen. För att komma till att få redskap att ... någon form av stativ för att kunna närma sig det som är riktigt jobbigt.

Det öppnar sig möjligheter till bearbetning när patienten litar på terapeuten och vågar prata om traumat:

...om patienten berättar om traumatiska upplevelser, så blir det ju pratbart på ett helt annat sätt, än när patienten inte berättar. Och det händer ju ibland att någon berättar, men att det kan ta tio samtal innan jag får veta det. Det har jag varit med om en gång, att det tog tio gånger att få veta. Och då blir det förstås en helt annan möjlighet att prata om det och bearbeta det.

... och det leder till svårigheter när de inte gör det:

För jag kan inte tvinga fram en berättelse. Det kanske jag skulle kunna vara duktigare på, att locka fram. Men någon gång... nu tänker jag på ett specifikt fall, det kommer ingenting och då blir det inte meningsfullt, även om jag ger det flera gånger. Så då har jag fått ge upp, så att säga. Försöka hitta andra lösningar där jag kan hjälpa personen vidare till andra saker.

Det fanns en tydlig frustration hos terapeuter både i primärvården och öppenvårdspsykiatrin kring hur patienterna söker vård på olika inrättningar och "bollas hit och dit":

Ja, svårare, som dom inte kan hantera, då skickar dom över. Men du vet, det här bollas ju bitan och ditan, det är ett problem. Och det ser ju alla att det är.

Så det har hänt några gånger, att jag har liksom remitterat patienter som först har bollats hit och dit, innan jag skriver den här remissen som jag då känner måste vara så välskriven, så att dom inte kan bolla tillbaks patienten. / Men den här kvinnan valsade vi ju runt överallt.

En av terapeuterna tänker att patienterna skulle få bättre vård och slippa ”bollas hit och dit” om det inrättades en övergripande specialistmottagning för traumatiserade:

Snabbare, enklare vägar. Det tror jag är kanske det mest realistiska. Men å andra sidan så skulle jag egentligen också... jag drömmer om att ha liksom en specialistövergripande mottagning för... jag menar, alla dom här patienterna dom har ju inte bara ont i kroppen, dom har ont i magen, dom har ont i underlivet. Dom äter för mycket värktabletter. Och dom behöver liksom... man behöver liksom se bredden. Och kunna intervensera multimodal liksom på flera håll. Så det är min dröm. Men det tror jag blir lite svårt.

Organisationens roll och betydelse - handledning, öppenhet och stöd, kompetens och fortbildning, underbemanning och tidspress

De flesta terapeuterna nämnde resursbrist framför allt i form av underbemanning som ett problem som försvårar arbetet med traumatiserade patienter:

Och säger man att psykiatrin är så fruktansvärt överbelastad. Så försöker man på alla sätt, vi kan inte ta en till, vi kan inte ta en till. Det är sanslöst hur det ser ut alltså. Folk går på knäna alltså, och jobbar. Och så personalbrist är det också.

Men sen att, ett stort problem tycker jag är, att psykiatrin ibland håller patienter ifrån sig av olika skäl. Dom är överbelastade kanske. / Många är överbelastade, underbemannade, organisationen är slimmad att ta hand om en typ av problematik. För att vilja jobba med det här, så upplever jag att man måste få stöd i att det tar tid och att det krävs resurser.

Och jag tror att egentligen så handlar det om att man försöker lösa problem för dagen, snarare än en så att säga, ser till att det blir så riktade behandlingar som möjligt. / Nja, det kan ju bli ganska långa väntetider till exempel. För att vi har ju en ordentlig kö. Vi är underbemannade.

Resursbristen väcker känslor av maktlöshet hos ett par av terapeuterna:

...ja, men det är ju en viss maktlöshet som jag känner, absolut. Och att man blir lite matt.

Just det här när strukturen runt inte fungerar... själva patientarbetet älskar jag, men det här yttre runt omkring, det sliter oerhört.

Alla terapeuter upplever inte att de berörs personligen av underbemanningen och tidspressen, utan kan hålla det ifrån sig känslomässigt och fortsätter att arbeta med, ibland, långa terapikontakter:

Nej, jag tror att jag är rätt bra att hålla det utanför mig. Så att jag har inte känt pressen så att jag blir ifrågasatt...

Samtliga terapeuter erhöll handledning men ingen hade specialiserad traumahandledning:

*Jag har psykoterapihandledning här. Nej, det är en xx-terapeut.
Jag tänker att jag ändå har fått ventilera här.*

Ja, men handledningen är ganska generell. Att jag kan ta upp vad som helst. / ... alltså det är mycket komplext kring dom flesta som vi träffar här, det är så. Och då finns det ju också en öppenhet för att jag kan ta upp vad som helst i handledning.

Nej, den har ett allmänt fokus. Men om jag har en person som, där jag jobbar med trauma, så skulle det ju säkert gå att jobba eller ta upp det i handledning.

Utan undantag upplevde alla terapeuter att det var mycket viktigt att få handledning:

Jag känner mig ibland väldigt ensam i det hela. När jag har liksom svåra patienter, där jag inte har något självklart forum. ... jag behöver kontakt.

Ja, jag skulle behöva individuell handledning. / Jag tror nog att jag skulle få, om jag hittade rätt handledare.

Kamrathandledningen anses också viktig men har också begränsningar genom att det inte blir tillfälle till fördjupning:

... kamrathandledningen blir på ett annat sätt. Då blir det med att vi liksom snudda vid saker. / det är också bra att vi... och att vi kan stötta varandra. Men det går liksom så fort och ja, det känns som det blir... man duttar mest. / Samtidigt som jag skulle vilja gärna, om vi kunde dela... jag ville dela med andra behandlare, så där och höra, liksom hur funkar det här för er.

Det upplevs behov av mer handledning och stöd än vad som erbjuds och att få bekräftelse att man gör ett värdefullt men svårt arbete, framkom också som ett behov hos terapeuterna:

Men vi skulle ju behöva mycket mer (handledning) eller var fjortonde dag, känner jag...

Jag tror att jag vill... jag skulle vilja få mer bekräftelse i det jag gör. Att jag... jag skulle vilja dela med andra också mera. Dom som jobbar med lite samma metoder som jag.

De flesta terapeuterna i undersökningen ansåg sig själva ha för lite kvalifikationer för att arbeta med trauma och att det generellt inte finns den kompetens som behövs på arbetsplatsen:

... kunskapen kring dom här sakerna är ganska låg. Inte särskilt högt prioriterat. Det är inte så coolt att jobba med dom här patienterna.

Men så jag har ju liksom varit i den sitsen och haft jättemånga traumatiserade patienter, som har sökt och sökt och sökt. Och jag hade inga verktyg. För man får ju inte. / Då väcker det orhörd med frustration, att man inte har något verktyg.

Och jag har ju inte heller den här specifika utbildningen i just med rent trauma. PTSD-utbildning... alltså jag jobbar på så långt jag kan med dom verktyg jag har. Och ser hur långt det räcker och hjälper. / Och det här är skitsvårt ibland. Men det är inte säkert att någon annan hade gjort det bättre. / Patienterna är här. Och ju mer jag vet om hur jag skulle kunna jobba med det, desto mer vet jag ju också när det är dags att någon annan ska ta över eller var gränsen går för hur långt jag ska gå.

Den upplevda bristen på kompetens försvårar traumaarbetet och leder till känslor av osäkerhet och stress:

... alltså jag är säker på att det finns en risk också, att man kanske undviker... alltså generellt sett, att vi människor, om vi inte vet hur vi ska ta hand om det, att vi inte frågar onödigt mycket...

Och det stressar mig också lite grand, att jag inte har, tycker jag, jag skulle vilja ha mer utbildning i det. / ... det är som om jag själv har varit lite rädd för att fortsätta (behandlingen). För att jag tänker att jag kanske inte är tillräckligt proffsig och såna här saker också. / Jag tror att det finns en allmän rädsla också hos mig, men hos andra också. Ja, men det här med trauma, det är nog någonting som är lite... det är lite mer än något annat... ja, jag tror att jag har någon sån förutfattad mening, att då ska man nog ha ännu mer utbildning och då ... det är riktigt avancerat.

Några av terapeuterna upplever att det finns en öppenhet kring att tala om trauma och att de får stöd på arbetsplatsen kring traumaarbetet:

Ja du, det finns en öppenhet för det, jag tycker det, på något sätt... man pratar om dissociation, man pratar om PTSD en hel del... så pratas det mycket om att man är även där kritisk till, att det diagnostiseras så mycket. Det finns liksom ett sånt synsätt, att man tycker att allt är inte ADHD. Man tycker att det börjar bli för mycket av det.

Ja, det här stödet är ovärderligt. För då, i ett team så går det bra att jobba med det här, för då kan man bolla. Då kan alla bolla sinsemellan med varandra. / vi är jättetajta i teamet. Alltså det behövs ett tajt team för att man ska kunna jobba med det här.

Annars då har jag faktiskt en mycket positivt med min... alltså vad det gäller stöd från min chef och så där.

En terapeut upplevde däremot att det fanns ganska stora konflikter mellan olika yrkesgrupper på mottagningen kring hur man ser på -och arbetar med, trauma:

Det har ju också med olika yrkeskategorier. Vi har ju delvis olika paradigmer nu när det gäller psykisk problematik. Jag pratar inte gärna om psykisk sjukdom till exempel. Och det gör läkarna. Man har depressionssjukdomen eller ångestsjukdomen. Och jag har inte riktigt sett det viruset. /

Så att det gör ju att vi jobbar egentligen parallellt. Och det är inte säkert att det går åt samma håll alla gånger, utan det kan vara, att det faktiskt hindrar varandra. / Ja, det är ju ganska mycket så att läkarna har ju tolkningsföreträde. Så är det.

Flyktingtrauma- kulturella skillnader, att arbeta med tolk, förförståelse och fördomar

En terapeut träffar inga flyktingar trots att de finns i området och reflekterar över hur det skulle vara att arbeta med den patientgruppen:

Jag har förstått, att dom kommer oftast till vårdcentralen och så fastnar dom där. / Och sen så vet jag inte vad som händer riktigt sen. Jag hör att dom finns där. Nej, men det skulle väl vara jätteovant. Ja, och lite intressant hur dom tänker och hur dom ser på psykisk sjukdom... och hur dom är påverkade av krig och ... alltså jag känner ju att det är säkert jättejobbigt, men det skrämmer mig inte så mycket och så där.

Alla terapeuter i studien berättade om att de inte alltid hade kunskap om patienternas kulturella bakgrund och kontext:

Och det var inte bara äldre trauman, det fanns misshandel, det fanns jättemycket trauman i bakgrunden, som hade med ... som hade liksom kulturella aspekter, som jag inte riktigt kunde förstå, eftersom ... ja, det var en muslimsk kultur och det var mycket som jag inte begrep.

Men det är ju en skillnad om vi är från samma land, än om vi inte är det. Generellt så där.

Och sen naturligtvis kulturellt, att förstå hur pass avvikande någonting är utifrån den kulturella kontexten. Jag kan ju uppleva att någonting kanske då är ganska osvensket, men jag vet ju inte om det är normalt, så att säga, utifrån den kulturen som personen kommer ifrån. Så att jag... ja, där är ju svårt att veta va. / ja det här med skam och skuld till exempel, skillnaden. Skam- och skuld kulturer. Alltså hur pass skamligt det är att ha psykiska problem utifrån ett trauma. Att se kopplingen. Och där är ju också det här med somatisering som ju är ganska vanligt i vissa... från vissa kulturer, därför att det finns inte psykisk problematik egentligen, utan då ...

och att då kunna förklara och tydliggöra att det finns ett samband, eller kan finnas ett samband där, det kan vara svårt.

En terapeut upplevde det som positivt när patienten själv tog upp frågan om kulturella skillnader i terapin:

... hon sa till mig att "du förstår inte min kultur." Det kändes ganska bra, att hon sa det.

När terapeuterna reflekterar över hur de själva och behandlingarna påverkas av de upplevda kulturella skillnaderna visar det sig att det kan hindra det kliniska arbetet:

Att tolka en annan kulturs sätt att framföra ett symptom. Jag hade en patient från xxx. Och det var väldigt mycket, både verbala och kroppsliga uttryck, som man inte riktigt är van vid i svenska förhållanden. /. Alltså det finns ju en risk att man, "Oh gud vad jobbigt!". Att man kanske dras ner, för att man har svårt att hantera dom här uttrycken.

... eller om man är från en kultur där man inte pratar om saker, utan man vill få medicin eller någonting annat. /jag kanske inte går så långt ändå, generellt in i bearbetning av trauma. Pratar om det, men jag går inte så djupt, jag tar inte så stora risker.

Terapeuterna upplevde det som svårt att arbeta med tolk samtidigt som det möjliggjorde arbetet:

Och så satt hon (tolken) där med kaffet, och drack kaffet samtidigt. Och arabiska lät inte alls så avslappnande som det... Nej, det är inte så lätt att arbeta med tolk... alltså det är skillnad på tolk och tolk

Det är svårt, tycker jag. Det är ju en tillgång, för det möjliggör ju i alla fall att vi kan försöka ha ett samtal, som vi inte skulle kunna annars. Så det är en tillgång. Sen beror det på också hur tolken agerar i rummet. Det bästa är väl om dom inte agerar alls. Utan bara är den här rösten.

... jag är inte så van vid det. Och jag tycker att det är väldigt svårt, för att det tar sån tid. Jag kan inte ge rational för det vi håller på med, på ett sätt som känns tillfredsställande tycker jag. Och samtidigt är det jättespännande också. För att jag har märket att det går mer än jag har trott. / Men först var jag så fokuserad vid, att jag skulle bara säga korta meningar. Jag försökte disciplinera mig. Men nu har jag börjat mer liksom vara vanvördig mot tolken. Och liksom att jag ändå, ja pratar på lite grand. Och att det ändå, det löser sig lite mer än jag hade trott.

Ja, jag tycker att det kan vara väldigt, väldigt besvärligt att jobba med tolk. För det blir alltid ett filter och man tappar i den samtalsmässiga delen./ ... så förlorar man möjligheten att höra nyanserna för dom enskilda orden.

Ibland kan tolken vara till en hjälp genom att bistå med information om var hjälpen finns när det blivit tydligt att terapeuten känner sig osäker på grund av de starka kulturella värderingar som patienten beskrivit som orsak till hennes rädsla:

(Hon) har inte berättat detta för någon. Skulle hon berätta det för sin familj, så skulle dom döda henne. Och där satt lilla jag. Vad gör jag med den informationen. Jag visste inte hur jag skulle ta vägen. Då kom tolken till hjälp och sa, att du kan remittera till Röda Korset. Så jag var evigt tacksam för den här tolken.

Terapeuterna arbetar både med tolk på plats och med telefontolk, vilket också upplevdes som både ”på gott och ont”. Det verkar inte upplevas vara stora skillnader mellan att ha tolk på plats och telefontolk utan båda har sina brister och ibland förtjänster:

... så har jag även provat telefontolk. Har kunnat funka perfekt, bara en röst. Har också kunnat fungera inte alls bra, därför att det hörs inte och personen... ja, nej det behöver inte funka det beller. Det finns inga garantier. Men jag tycker ändå att det är ett hinder. Att det är en tredje person i rummet. Jag önskar oftast att det inte hade behövt vara så.

Sen har jag provat att ha både telefontolk och vanlig tolk. Och det är liksom på gott och ont.

Jag har provat med telefontolk. Och då blir det ju... det blir lite grand det här mystiska som finns i rummet, men ändå inte är där. Så det blir också ett filter på något sätt. Delvis kan det vara lättare, men det kan också vara svårare. För man... där förlorar man ju också möjligheten att ha med sig kroppsspråk, alltså för tolken.

Tankar och känslor kring både patienten och den egna personen kan väckas hos terapeuten i arbetet med att använda platstolk:

... det kan väcka känslor i mig, fantasier om... om jag nu känner att jag inte kommer framåt, kan det även bero på att det sitter en annan person här, som personen (patienten) kanske känner till eller är rädd för ska sprida någonting o s v. Det skapar dom fantasierna i mig. / Men att man kan känna sig granskad av tolken också... men det är ju mer som ett problem som ligger hos mig. / Jag inser ju att det är fantasier, men jag vet ju inte hur mycket som är... ja, det kan ju också vara väckt av något som även finns här ändå.

Terapeuterna är medvetna om -och har tankar kring sina fördomar om mötet med andra kulturer i arbetet. De vanligaste fördomarna var att personer från andra länder inte skulle vara intresserade av, eller mottagliga för terapi:

En terapeut som inte arbetar med flyktingar säger:

Kan jag tänka på något annat sätt.? Hur ska jag kunna vara tolerant? Hur mycket fördomar har jag egentligen. Vilket ju skulle bli uppenbart att jag hade förmodligen. Som man ju brukar

ha, fast man inte vet om det. Nej, men jag tycker det skulle vara intressant, bara för att utmana någonting med någon fördomsfullhet eller något.

Jag har liksom många gånger haft fördomar, och tänkt som "karlar i medelåldern, tuppar", nej, vad ska jag kunna ge dom. Liksom aldrig att dom... dom kommer inte att ta till sig någonting av det här, som jag säger. ... nej det har liksom verkligen fått stryka på foten, den där fördomen.

Jo, det får man jobba med hela tiden. Samtidigt är det ju spännande. För att man får ju... det blir ju en utmaning i sig då. Man ser ju att man har väldigt mycket förståelse. Mycket fördomar. / Ja, det var speciellt en. En kvinna från xxx. Och där var det väldigt mycket som ställdes på kant, därför att hon var högtbildad. För det första då, bilden av xxx som kommer till Sverige, det är att dom är nästan analfabeter. Men hon var högtbildad. / Och det tog ett tag för mig att förstå. Alltså den dimensionen i det hela.

Egna reaktioner - motöverföring, vikarierande traumatisering

Begreppet vikarierande traumatisering var inte bekant för terapeuterna, utom en, men de reflekterade under intervjun på om, och i så fall hur, de hade påverkats känslomässigt av arbetet med patienternas traumatiska material. Ingen sade sig lida av vikarierande traumatisering utan det de beskrev kan nog snarare handla om traumatisk motöverföring eller i något fall eventuellt sekundär traumatisering:

Ja, det var ett fall som gav mig sömnsvärigheter nattetid. Men det är inte ofta det händer. Där tog jag med mig hans trauma hem och jag låg... vaknade på natten och tänkte på detta... på något vis så var jag med in i traumat.

Ja, och lyssnar och tycker att det är jättebemsket, naturligtvis. Men det händer nog ingenting dramatiskt i mig

... jag tror att det visst är möjligt att jobba med trauman, utan att jag själv ska bli traumatiserad, som jag tyckte att jag blev lite grand, när jag jobbade med henne.

Terapeuterna menar att det finns skyddsfaktorer mot att påverkas för mycket av patientarbetet, inte minst att själv ha bearbetat egna svårigheter i egenterapi:

...alltså jag har ändå bearbetat eget jobbigt i mitt liv. / så att då sätter det inte igång mitt eget. Jag har liksom koll på det.

Men då gäller det ju liksom att också på något vis ha en självinsikt och liksom bli medveten om sina egna reaktioner kring det här. / Ja, nej men jag har ju gått i egen terapi under hela, ja under steg ett. Jag har även gått i terapi innan.

Det uppstod olika motöverföringar hos terapeuterna som till exempel att känna sig maktlös inför patientens problematik och att uppleva sig otillräcklig:

Nej, men jag kände mig lite maktlös alltså, jag visste inte, jag var osäker på, ja men ska det här verkligen hjälpa henne och så där. / Och det kände jag, att det var jättejobbigt för mig, som behandlare. Jag tyckte att det var... jag blev att må illa fysiskt nästan, illamående, av att vi gick igenom om och om igen det här / ... och jag blev väldigt orolig för henne också så där. Och liksom jag tyckte att jag var oprofessionell och liksom jag räcker inte till det här. Alltså jag hade mycket såna där funderingar, som i och för sig säkert har att göra med mig som person också.

En terapeut reflekterade över hur det skulle vara att arbeta med flyktingar och trodde hen skulle känna patientens skräck och ilska över världens grymheter:

Men det här är liksom en hel by, som man lemlästar och där man torterar, massor med människor som torteras samtidigt, tillsammans. Jag tror att det skulle skrämma mig mer på något sätt. Det är mer massivt. / ja jag kanske skulle gå hem och känna en massa obehag. Känna mig arg på alla som torterar. Arg på orättvisor.

De andra terapeuterna som träffar både svenskar och invandrare beskriver olika motöverföringar men också de positiva känslor som uppstod i patientarbetet som uppstår när känslan av närvaro och kontakt uppstår i mötet:

Men människors berättelser bär jag ju med mig. Och det är ju också mycket glädje i det. Jag kan ju gå leendes hem, när jag tänker på, där fick vi till det och liksom nådde någonting eller ett skratt eller ja, att det går framåt. Eller att vi fick kontakt. Det finns ju jättemycket positivt. Och det bär jag ju också med mig och berikar livet, och gör att jag tycker att det är fantastiskt att jobba med. Så det kan ju aldrig bli tråkigt. Det är så mycket annat som kan vara fel i det här jobbet, hur det funkar, men det kan aldrig vara tråkigt att träffa en patient. För det är ju livsöden som kommer in här. Så jag kan inte bli uttråkad.

En terapeut gör inte skillnad mellan motöverföringarna i arbetet med traumatiserade och icke-traumatiserade patienter utan menar att det beror på vilken personen är

... nej jag kan inte kategorisera det på det sättet. Utan det är olika för olika personer, som det handlar väldigt mycket om, individuella omständigheter tänker jag snarare. / Och det beror väl delvis på vem man är som terapeut också.

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Validitet behandlar frågan om forskaren ser vad hen tror sig se (Flick, 2009). Flick menar att en huvudfråga rörande validitet i kvalitativ forskning är hur man ska specificera länken/förbindelsen mellan de relationer som studeras och den versionen av dessa relationer såsom de presenteras av forskaren. Utifrån detta resonemang blir då produktionen och efterföljande presentationen av datan utgångspunkterna för validitetstestningen (ibid).

En faktor som skulle kunna påverka validiteten, enligt detta resonemang är att författaren arbetar själv som traumaterapeut och har antaganden och åsikter om hur den offentliga sjukvården hanterar traumatiserade patienter. Detta kan ha bidragit till en bias både i sättet att ställa och följa upp frågor och i denna presentation. Idag anser man inom det fenomenologiska forskningsområdet att det inte är möjligt att helt ställa sina bias åt sidan; däremot sätta de inom parentes (Flick, 2009). Intentionen var att försöka behålla min intervjuidentitet genom att vara nyfiken och undersökande, så inte förutfattade meningar skulle färga frågorna. Även i redovisningen och analysen av materialet ha ansatsen varit att ställa förförståelsen åt sidan och arbeta med materialet så förutsättningslöst som möjligt, givet de bias som ändå finns.

Samtidigt kan min egen erfarenhet i området ha bidragit på ett positivt sätt till att skapa ett gott samtalsklimat i intervjusituationen, där terapeuterna kan ha känt sig bekräftade och sedda i de svårigheter de beskrev.

Reliabiliteten eller tillförlitligheten hos ett test mäter dess oberoende av slumpen (Egidius, 1997), vilket innebär att hos test med hög reliabilitet är resultaten i låg grad påverkade av tillfälliga omständigheter. Langemar lämnar frågan om reliabilitet i stort därhän då hon menar att det hör samman med den kvantitativa forskningens mätningar.

Denna studies frågeställning adresserar deltagarnas tankar och känslor vilka är både komplexa och kontextberoende varför kvalitativ analys lämpar sig bättre än kvantitativ. (Langemar, 2009). Langemar rekommenderar tematisk analys som analysmetod för nybörjare inom kvalitativ metod, så detta bedömdes vara lämpligt i det här fallet.

Det psykologiska arbetsfältet är, precis som människan den försöker fånga komplext och traumaområdet är det inte minst därför att symtomen och dess etiologi väcker ofta starka känslomässiga reaktioner hos både individen och samhället (se Herman, 2009 för en historisk redogörelse av samhällliga och politiska perspektiv på trauma). Kontexten inom vilka terapeuterna arbetade - den offentliga sjukvården - var viktig att belysa för förståelsen av de svårigheter de upplever, men även det kontext som min närvaro skapade. Som utomstående upplevde jag att det erbjöd terapeuterna en frihet att tala om ganska svåra och personlig upplevelser och även framföra kritik som kanske inte var möjlig att framföra inom organisationen. Samtidigt upplevde jag vid något tillfälle att jag kanske uppfattades som något av en expert inom området, vilket fick mig att undra om det påverkade öppenheten och svaren i den intervjun. I analysen har jag dock inte kunnat se tecken på det har hämmat terapeuten i fråga utan det fanns samma öppenhet och prestigelöshet som hos de andra terapeuterna. Jag märkte också att jag vid ett par tillfällen höll på att glida in i en mer kollegial roll där vi tillsammans diskuterade svårigheter, men jag kunde återgå till ett mer undersökande förhållningssätt snabbt. Den kvalitativa ansatsen tar denna subjektivitet - både informantens och forskarens - i beräkning.

Då denna studie endast omfattar fem informanter kan inte svaren generaliseras. Dessutom genomfördes studien i ett begränsat geografiskt sjukvårdsområde inom endast ett läns landsting varför mer långtgående slutsatser inte kan dras, då olika landsting kan mycket väl ha olika modeller för rutiner och behandling denna patientgrupp. Terapeuternas olika teoretiska bakgrund kan också påverka svaren liksom de olika grundprofessionerna. Jag har medvetet valt att inte redovisa grundprofessionerna då jag anser att det riskerar att röja terapeuternas identitet. Jag har å andra sidan inte sett indikationer i resultaten på att olika professioner skiljer sig åt. Jag har inte heller tagit yrkeserfarenhet eller antal år i yrket i beaktning i denna studie vilket kan ses som en svaghet i studien, då studier visat (Pearlmann & Mc Cann, 1990) att terapeuter med mindre yrkeserfarenhet fick svårare problem än mer erfarna terapeuter.

8.2 Resultatdiskussion

Allmänna svårigheter i att arbeta med trauma - tung patientgrupp, bollas runt, dialektiken

Man kan tänka sig att de tre undergrupperna i första temat samverkar genom att komplexiteten och svårigheterna i traumaterapier leder till att många behandlare upplever patienterna som svåra och helst remitterar vidare eller inte tar emot dessa patienter, varför de ”bollas hit och dit” i vårdapparaten. Det här var problematiskt menade terapeuterna i denna studie och önskade sig bättre samordning mellan vårdinstanserna för att motverka detta. Den florida symtombilden med mycket somatisering kan också bidra till dessa många vårdkontakter.

Den inbyggda dialektik som finns beskrivet i litteraturen (Herman, 1992) där en del i dialektiken är behandlarens rädsla för att möta traumamaterialet, kan också vara en bidragande orsak till att man skickar patienten vidare till en annan behandlare. Tidigare forskning (se Read & Frazer, 1998 och Al-Saffar, 2003) visar att de patienter som tillfrågats om eventuella traumata fick bättre långsiktiga behandlingseffekt än de som inte tillfrågats. Troligen förstärks behandlaren del i vidmakthållandet av dialektiken om organisationen inom vilket man arbetar inte har kunskap eller resurser att ta hand om denna patientgrupp - traumat förnekas på individ och gruppnivå.

Terapeuterna i föreliggande studie beskriver också hur möjligheterna att arbeta terapeutiskt öppnar sig när patienten börjar berätta. Från intervjumaterialet framdock inte på vilket sätt de närmade sig trauma, vilket kan beror på att relevanta följdfrågor inte ställdes kring det. Trots dessa och andra svårigheter, uttryckte terapeuterna i denna undersökning att de upplevde det som meningsfullt att arbeta med traumatiserade patienter, vilket kan tolkas som att de känner empati och ansvar för dessa patienter som de uppfattar far illa i sjukvården. Det framkom hos terapeuterna en omsorg och ett engagemang i deras sätt att prata om sina traumatiserade patienter - kvalitéer som förhoppningsvis framträtt i denna skriftliga redogörelse.

Organisationens roll och betydelse - handledning, öppenhet och stöd, kompetens och fortbildning, underbemanning och tidspress

Det fanns en frustation över att man inte erhöll tillräckligt med handledning eller utbildning. Däremot var terapeuterna nöjda med den handledningen man hade, även om man önskade sig mer. Vikten av god och kompetent handledning har studerats av bl.a. Pearllann & Saakvitne (1995).

Trots dessa brister upplevde de flesta att det fanns ett stöd hos chef och kollegor för det arbete de utförde. Ett problem kan dock vara att detta stöd begränsas till ett emotionellt stöd på bekostnad av de mer resurskrävande insatserna, som till exempel just handledning och fortbildning. Forskning (Pearlmann & Saakvitne, 1995) har visat att sådana insatser är nödvändiga för att dels underlätta upptäckten av trauma hos patienterna, dels förebygga vikarierande traumatisering hos terapeuten. En terapeut var mer kritisk till den organisation inom vilket hen arbetade och upplevde att man inte uppskattade svårigheterna som finns i arbetet eller behovet av fortbildning.

Kompetens och fortbildning beskrivs i litteraturen som viktiga faktorer för att motverka emotionella problem hos traumaterapeuter och flera av Steg 1 terapeuterna i denna studie talade om att de saknade ”verktyg” i behandlingssituationen, vilket kan tyda på att en terapeutisk fortbildning eller mer riktad traumafortbildning skulle vara till hjälp.

Ytterligare en svårighet i arbetet var upplevelsen av tidspress och personalbrist. Detta gjorde att man ibland arbetade med svåra patienter under stress att remittera vidare så fort som möjligt, vilket kan försvåra att en återuppbyggnad av den skadade grundtilliten samt en bearbetning av traumat kommer till stånd. International Society for the study of Trauma and Dissociation (<http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=49>) rekommenderar behandlingstid på 1,5 - 2 år eller längre för patienter med komplex PTSD. Resultatet visar att dessa rekommendationer troligen inte följs i en offentlig psykiatri med begränsade resurser, så som terapeuterna i denna studie vittnar om. I dagens alltmer pressade ekonomiska verklighet blir det tydligt, utifrån denna studie att både patienter och behandlare blir lidande av de restriktioner som finns kring behandlingens längd.

Flyktingtrauma- kulturella skillnader, att arbeta med tolk, förförståelse och fördomar

En försvårande omständighet i att arbeta med flyktingar visade sig vara att själva traumatiseringen endast var en del av problematiken. En terapeut beskrev sina svåra upplevelser av vanmakt och otillräcklighet i arbetet med en utvisningshotad asylsökande man, där just hans asylstatus var det som väckte dessa känslor; inte de traumata han presenterade.

Terapeuterna i studien var självreflekterande och självkritiska beträffande den egna förförståelsen och eventuella fördomar de hade. En terapeut beskrev hur

hon skulle vilja utmana dessa fördomar om andra kulturer genom att arbeta med flyktingar; en annan hade upplevt hur fördomar hen hade om att medelålders män av annan etnisk bakgrund än svensk skulle förhålla sig avvisande och kritiskt till psykoterapi kom på skam då den manliga patienten i fråga var mycket positiv till sin behandling och en god arbetsallians utvecklades. Cullberg menar att de grundläggande likheterna mellan människor är större än de mer ytliga kulturella skillnaderna och även om terapeuterna i denna studie påtalade ganska stora kulturella svårigheter, fanns en känsla av att det allmänmänskliga lidandet vägledde behandlingen.

Att arbeta med tolk var inte okomplicerat för någon i studien, men de flesta terapeuterna upplevde att de också fanns fördelar med att ha tolk - den mest självklara är att det möjliggör ett samtal. Cullberg (2000) menar att tolken kan agera kulturell guide för terapeuten, vilket kan vara det som beskrevs av en av de deltagande terapeuterna när patientens kultur påbjuder dödsstraff för patienten, vilket terapeuten hade svårt att hantera. En terapeut beskrev de fantasier som väckts i arbetet med tolk och hur hen kan känna sig granskad och ifrågasatt, vilket hindrade hen. Man kan undra om inte det är en motöverföring då många flyktingar beskriver upplevelser i kontakt med myndigheter där de känt sig misstänkliggjorda och ifrågasatta.

Egna reaktioner - motöverföring, vikarierande traumatisering

Motöverföringar i form av känslor av vanmakt beskrevs av terapeuterna i studien, i arbetet med traumatiserade patienter. Denna vanmakt kan ofta vara en spegling av den vanmakt som patienten upplevde i relation till förövaren hen utsatts för (Herman, 2009. s. 207). En terapeut upplevde både vanmakt och känslor av otillräcklighet och oprofessionalitet i arbetet med en kvinnlig patient - motöverföringar som är vanliga i traumaarbete. Det traumatiska materialet är överväldigande för patienten och i motöverföringen även för terapeuten, som då upplever sig otillräcklig och inkompetent. Att inte erhålla specialiserade traumahandledning är en brist, då terapeuterna behöver hjälp att skilja ur och förstå de motöverföringar som uppstår och som de utan hjälp riskerar att fastna i. I arbetet med flyktingar, som ofta har stora behov av juridiska, psykosociala och migrationsrelaterade insatser utöver vårdbehovet, är det inte ovanligt att motöverföringsreaktionerna är antingen överengagemang eller resignation/inkompetens (Davies & Frawley, 1991/1999 i Gerge, 2010). En terapeut beskriver hur hen la ner sin själ i en patient och bar med sig henne hem - ett engagemang som skulle kunna leda till vikarierande traumatisering om inte det finns skyddsfaktorer som stöd, handledning, självinsikt och en meningsfull privat sfär att vistas i och hämta kraft ur.

Terapeuterna visade alla prov på självreflektion och självinsikt i sina funderingar kring begreppet vikarierande traumatisering, som för de flesta var obekant. En terapeut beskrev hur hen var med i traumat men övriga upplevde sig inte

drabbade i den utsträckningen. Utan kunskap om -och stöd kring, dessa fenomen menar författaren ändå att det finns risker som behöver tas på allvar.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Denna studie har avgränsats till att undersöka vilka svårigheter terapeuter upplevde i sitt arbete med trauma och fördjupade sig därför inte kring vilka åtgärder som skulle kunna vidtas inom den offentliga sjukvården för att minska de svårigheter som framkom. Till exempel beskriver litteraturen vikten av specialiserad traumahandledning, utbildning och goda organisatoriska förutsättningar för att minska risken för vikarierande traumatisering. Fortsatta studier skulle kunna undersöka hur den, i denna undersökning, beskrivna bristen på dessa skyddsfaktorer påverkar terapeuter i offentliga sjukvården mer generellt och hur riskerna för vikarierande traumatisering yttrar sig och tas omhand inom organisationerna.

Det framkom också i denna studie en del tankar kring de olika typer av svårigheter i att arbeta med asylsökande respektive personer som redan fått uppehållstillstånd. Det skulle vara intressant att undersöka djupare vilka skillnader terapeuter upplever i terapierna mellan de två grupperna.

Kanske viktigaste av allt vore att ytterligare undersöka det som förefaller vara samtidens stora utmaning inom vården: hur patienter och behandlare påverkas när de ekonomiska resurserna minskar och leder till underbemanning och tidsbegränsade behandlingar.

Referensförteckning

- Al-Saffar, S. (2003). *Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, NEUROTEC, Stockholm).
- A-Saffar, S., Borgå, P., & Hallström, T. (2002). Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 37 (12).
Tillgänglig:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12545235>
- Bergh Johannesson, K., Lundin, T., & Michel, P-O. (2005). Specialistteam för traumarelaterade störningar - en bristvara i Sverige. *Läkartidningen* 102 (47).
Tillgänglig:
http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/2/2558/LKT0547s3532_3536.pdf
- Borgå, P. (2005). Posttraumatiskt stressyndrom - en folksjukdom. *Läkartidningen* 102 (47).
Tillgänglig:
<http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2005/30995.pdf>
- Borgå, P. (2012). Posttraumatiskt stressyndrom - viktig diagnos för följderna av trauma och våld i vardagen. *Läkartidningen* 109 (47).
Tillgänglig:
<http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/.../LKT1247s21522154.pdf>
- Bradford, D. T., & Muñoz, A. (1993). Translation in bilingual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice* 24 (1).
Tillgänglig:
<http://eshproxy.esh.se:2112/10.1037/0735-7028.24.1.52>
- Brockhouse, R., Msefti, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Trauma and Stress* 24 (6).
Tillgänglig:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22147494>
- Bäärnhielm, S., Rosso, M. S., & Patti, L. (2009). *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik*. Stockholm: Transkulturellt Centrum.

Bäärnhjelm, s., Edlund, A-S., Ghebru, A., Johansson Ohlsson, A. & Sundvall, M. (2012). *Migration, psykisk ohälsa och trauma*. Stockholm: Transkulturellt Centrum.

Comas-Diaz, I., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry* 61 (3).
Tillgänglig:
<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic544374.files/Comas%20Diaz%20and%20Jacobsen.pdf>

Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic psychology* 1 (1).
Tillgänglig:
psychnet.apa.org/psychinfo/2003-05422-004

DSM V

Tillgänglig:
<http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>

Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue – coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. London: Routledge.

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.

Gerge, A. (Red.). (2010). *Psykoterapi vid dissociativa störningar*. Stockholm: Insidan.

Herman, J. L. (1992). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapiinstitut.

International Society for the study of trauma and dissociation (ISSTD).
Tillgänglig:
<http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=49>

Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient and Education Counseling* 81 (2).
Tillgänglig:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20542656>

- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Maček, I. (2010). *Från allians till aktiv autonomi - En kvalitativ studie an förändringar i handledarstilen* (Examensuppsats). Stockholm: St Lukas Utbildningsinstitut.
Tillgänglig:
<http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:612379/FULLTEXT01.pdf>
- Maček, I. (Red.). (2014). *Engaging violence - Trauma, memory and representation*. London: Routledge.
- Madill, E., & Busch, M. (2009). *Bridging the gaps. An evaluation of the women's therapy centre's community development psychotherapy service for women refugees and asylum seekers*. London: Madill Parker Research and Consulting Ltd.
- Pearlman, L.A., & McCann, I.L. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* 3 (1), s. 131-147.
Tillgänglig:
<http://www.regioncpsych.co.za/documents/clinical/resources/peer%20education/VicariousTraumatisation2.pdf>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology* 16 (4).
- Philips, B., & Holmqvist, R. (Red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Pross, C., & Schweitzer, S. (2010). The culture of organizations dealing with trauma: sources of work-related stress and conflict. *Traumatology* 16 (4).
Tillgänglig:
tmt.sagepub.com/content/16/4/97.abstract
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatry Online* 49 (3).
Tillgänglig:
<http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.3.355>
- Röder, F. & Opalic, P. (1997). A psychotherapy group for Turkish patients using an interpreter. *Group analysis* 30 (2).
- Sexton, L. (2007) Vicarious traumatisation of counsellors and effects on their workplaces. *British journal of guidance and counseling* 27 (3).
Tillgänglig:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03069889908256279#.VPi2REKdWJg>

Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study on vicarious traumatization amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *The Australian journal of disaster and trauma studies* (2).

Wilson, J.P. & Drozdek, B. (2004). s 317-353. *Broken Spirits - The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war torture victims*. New York: Brunner Routledge.

Bilaga 1

Intervjumall

Namn, yrke, terapiinriktning, arbetsplats.

Hur resonerar du kring svårigheter att arbeta med trauma?

- hur känns det att arbeta med trauma?
- varför arbetar du inte med trauma?
- hur skulle det vara att arbeta med trauma?

Finns det skillnader mellan att arbeta med svenskar-icke svenskar?

- tankar om olika kulturer?
- att arbeta med tolk?

Hur ser det ut på din arbetsplats med stöd, handledning etc?

- handledning - kamrathandledning?
- förståelse från kollegor och chefer för det specifika i traumaarbetet?

Hur påverkas du känslomässigt?

- minnen som fastnat?
- svåra känslor kring någon patient?
- symtom som vid PTSD, dvs vik traumatisering?
- påverkar ditt privatliv?