



KANDIDAT

Jepsen Inger (3)

PRØVE

MPH470 1 Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Emnekode	MPH470
Vurderingsform	Oppgave
Starttid	05.04.2018 14:30
Sluttid	12.04.2018 14:00
Sensurfrist	--
PDF opprettet	16.04.2018 10:52
Opprettet av	Anne Beate Øvereng Moe

i Informasjon

Masteroppgaven skal ha standard forsidemal:

[Forsidemal masteroppgave - uten innholdsfortegnelse](#)

[Forsidemal masteroppgave - med innholdsfortegnelse](#)

Følgende informasjon skal fylles ut på forsiden:

- Emnekode
- Tittel på oppgave, både norsk og engelsk
- Innleveringsdato
- Navn
- Totalt antall sider

OBS! Oppgavetittel skal registreres på Studentweb slik at den kommer ut på ditt vitnemål. Dette gjøres på følgende vis:

- Trykk på aktuelt emne under "Kommende hendelser"
- Trykk på "Rediger"
- Trykk på "Vis oppgavetittel"
- Skriv inn tittel i begge feltene - både på originalspråk (norsk) og engelsk
- Trykk "Lagre"

Besvarelsen skal leveres som ett samlet pdf-dokument med standard marginer, sidenummerering, halvannen linjeavstand i Times New Roman eller tilsvarende og skriftstørrelse 12. Eventuelle vedlegg skal ha egen sidenummerering.

Oppgaven vil automatisk bli levert når innleveringsfristen utløper.

For masteroppgaver skal sensur kunngjøres innen seks uker fra innleveringsfristen. Karakteren vil du finne ved å gå inn på Studentweb.

Det kan bli behov for å informere deg underveis i eksamensavviklingen. Det vil da bli lagt ut informasjon i Fronter/Canvas eller sendt ut informasjon via SMS/studentmail. Sjekk derfor på Studentweb at du har oppgitt riktig mobilnummer.

Nord universitet kjører plagiattkontroll på alle digitale eksamener. Det er viktig at det tydelig framgår hva som er egne tanker og ideer, og hva som er lånt av andre. Å sitere kilder eller på annen måte benytte kilder i skriftlige arbeider uten tilstrekkelige kildehenvisninger, kan bli regnet som fusk eller forsøk på fusk. Fusk kan medføre annullering av eksamen og utestengning jf. «Forskrift om studier og eksamen ved Nord universitet» § 9-1. Informasjon om kildehenvisning finner du [HER](#).

Dersom en feil har oppstått, eller du har problemer med innleveringen, må du umiddelbart ta kontakt med eksamenskontoret. Oversikt over kontakttelefon finner du [HER](#). Hvis du ikke får svar per telefon, må oppgaven sendes på e-post til eksamenskontoret så snart som mulig eller umiddelbart etter at fristen er gått ut.

Det er ingen support på helg, høytids- og helligdager. Innlevering utover ordinær innleveringstid må dokumenteres. Vi vil i etterkant vurdere om besvarelsen kan regnes som gyldig levert.

Ytterligere informasjon om eksamen finner du [HER](#).

1 Innlevering masteroppgave/Submission of the master thesis



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn: Inger Jepsen masteroppgave.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 3.2 MB

Opplastingstidspunkt: 12.04.2018 08:52

Status: Lagret

Besvart.

Samtykke/Permission

Ja/Yes

Ja, men unntatt offentlighet for 3 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 3 years

Ja, men unntatt offentlighet for 5 år / Yes, but delayed public release (embargo) for 5 years

Nei/No

Forfatter(e) / Author(s):

Inger Jepsen

Norsk tittel / Title in Norwegian:

Opplevelsen av daglige triggere etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser tidlig i livet
En kvalitativ studie av personer med diagnosen PTSD, type kompleks, sine erfaringer etter deltakelse i et stabiliserings- og ferdighetstreningkurs

Engelsk tittel / Title in English:

The experience of daily triggers after being exposed to traumatic events early in life

A qualitative study of people diagnosed with complex PTSD, their experiences after participation in group treatment with focus on stabilization and skills training

Emnekode og navn /Course code:

MPH470_1 Master i Psykisk helsearbeid

Studieprogram / Study programme:

Master i Psykisk helsearbeid

Besvart.

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH470_1

Navn på kandidat: Inger Jepsen

Opplevelsen av daglige triggere etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser tidlig i livet

En kvalitativ studie av personer med diagnosen PTSD, type kompleks, sine erfaringer etter deltakelse i et stabiliserings- og ferdighetstreningskurs

Dato: 12. april 2018

Totalt antall sider: 84

Opplevelsen av daglige triggere etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser tidlig i livet

En kvalitativ studie av personer med diagnosen PTSD, type kompleks, sine erfaringer etter deltakelse i et stabiliserings- og ferdighetstreningskurs



Foto: Kristin Elise Jepsen

The experience of daily triggers after being exposed to traumatic events early in life

A qualitative study of people diagnosed with complex PTSD, their experiences after participation in group treatment with focus on stabilization and skills training

Inger Jepsen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Levanger, april 2018

Forord

Jeg har i flere år jobbet med personer som har vært utsatt for vold og da spesielt seksualisert vold. Personer som har opplevd incest og andre typer seksuelle overgrep eller krenkelser. De fleste jeg har møtt har opplevd disse krenkelsene i barne og ungdomsårene, og den eller de som har krenket dem har vært en omsorgsperson eller en de har vært i nær relasjon til.

Gjennom en tidligere jobb på Senter mot incest og seksuelle overgrep (Smiso) har jeg sett hvordan personer kan slite igjennom et helt liv med reaksjoner etter de traumatiske hendelser de har opplevd. Jeg har sett hvordan tillit og relasjon til andre mennesker kan bli berørt og ødeleggende. Jeg har hatt utallige samtaler med personer som har vært utsatt for overgrep, men også med deres partnere, barn og andre nærpersoner. Jeg har fått et innblikk i hva seksuelle overgrep gjør med flere enn den som har vært utsatt for krenkelsen. Mange mennesker har delt det verste de har opplevd med meg, men mange har også delt gleder. Jeg er takknemlig for den tilliten mange har vist meg ved å la meg få innblikk i deres liv.

Der er flere som skal ha takk for at denne masteroppgaven har blitt til. En spesiell takk går til dere som er intervjupersoner til denne studien. Takk for at dere delte av erfaringene deres fra et gruppetilbud ved en psykiatrisk poliklinikk. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til.

Takk til veileder Arve Almvik, og takk også til kollegaer ved Ressurscenter om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Region-Midt for faglige innspill, diskusjoner og hjelp til korrekturlesing.

Spesielt stor takk til venn og kollega Oddfrid Skorpe Tennfjord som har fulgt meg i hele prosessen, både som co-moderator på intervjuene, i friske diskusjoner og i skriveprosessen. Vet ikke om jeg hadde kommet i mål uten deg.

Takk også til dere hjemme som har holdt ut like mye som meg. Kristin og Truls, takk skal dere ha. Og takk Kristin for det foto du har tatt til forsiden. Det er tenkt og illustrerer at gresset kan være grønnere på den andre side og symbolisere forbindelsen mellom fortid og nåtid.

Sammendrag

Mange personer blir i ung alder utsatt for gjentatte traumatiske hendelser av deres nærpå personer. Senvirkninger etter slike hendelser kan være alvorlige og gi komplekse tilstander, med PTSD-diagnose og komorbiditet til andre psykiske lidelser.

For denne pasientgruppen har Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo utarbeidet manualen «Tilbake til NÅTID» for gruppebehandling. Denne metoden bygger på en faseorientert 3-trinns forståelses- og behandlingsmodell. Manualen omhandler 1.fasen også kalt stabiliseringsfasen. En sentral del av manualen handler om triggerhåndtering. Mange behandlingssteder bruker nå denne manualen, men få har forsket på hvordan deltakerne selv opplever å delta. Denne studien har til hensikt å belyse om personer som har deltatt i «Tilbake til NÅTID» har endret sin forståelse, gjenkjennelse og håndtering av daglige traumerelaterte triggere..

Metode: Studien er en kvalitativ fenomenologisk studie. Ni kvinner i alderen 25 til 55 utsatt for relasjonstraumer og som har deltatt i gruppekurset «Tilbake til NÅTID» har deltatt i fokusgruppeintervju. Fokus har vært på deres opplevelse av endring i å gjenkjenne og håndtere daglige traumerelaterte triggere. Analysemetoden som er brukt i studien er stegvis induktiv metode.

Resultater: Under analysen fremkom 4 hovedtemaer inneholdende ulike kategorier for studien. De tre første temaer formidler deltakernes opplevelse av kurset og det siste tema sier mer om hva som kan bidra til større utbytte av kurset. De fire hovedtemaer er: kursets rammer, traumeforståelse og håndtering av triggere, trygghet og møtet med helsevesenet.

Konklusjon: Samtlige informanter opplever en større håndtering av daglige trigger. Disse forsvinner ikke nødvendigvis, men forståelsen og håndteringen av dem gjør at de minsker i intensitet. Trygghet fremmes gjennom gjenkjennelse og møte med andre i samme situasjon. Alle deltakerne anbefaler kurset til andre som har vært utsatt for traumer.

Nøkkelord: traumerelaterte triggere, stabiliseringskurs, relasjonstraumer, utviklingstraumer, PTSD type kompleks, trygghet, faseorientert behandling, traumebehandling, kvalitativ metode.

Title:

The experience of daily triggers after being exposed to traumatic events early in life

A qualitative study of people diagnosed with complex PTSD, their experiences after participation in group treatment with focus on stabilization and skills training

Abstract

Several persons have experienced violence repeated traumatic events in close relations. Long-term consequences after such events can be serious and cause complex disorders such as PTSD complex type as well as other diagnosis. For this patient group the trauma focused outpatient clinic Modum Bad in Oslo has developed the group therapy manual “Tilbake til NÅTID” (directly translated “Back to present”). This method is based on a phase-oriented treatment model, and specifically the 1st phase, also named as the stabilization phase. A significant part of the manual is concentrated on trigger managing.

The manual is now used in many different treatment facilities. However, little research is known about how the participants evaluate the course. The aim of this study is to explore how participants in “Tilbake til NÅTID” has changed their understanding, recognition and managing of daily trauma related triggers.

Method: A qualitative phenomenological method is used. The sample consists of nine women aged 25 to 55 with a developmental trauma history. They all have recently attended the course. The focus has been on their perception of change in both recognizing and managing daily trauma related triggers. Data were collected through a focus group interview. The analytic method used is stepwise deductive method.

Results: During the analysis four main topics emerged: The first three topics are embracing the participants’ experience of the course. The last topic reveals the women’s suggestions to how the course can be further developed. The four main themes are: 1) the frame of the course, 2) trauma understanding and managing of triggers, 3) perception of safety and 4) meetings with the health care system.

Conclusion: All participants report better managing of daily triggers after attending the course. The triggers don’t necessarily disappear, but the enhanced understanding and the managing of the triggers make the triggers less intensive.

Experienced safety is achieved through recognition and meeting others in the same situation. All the participants recommend the course to others who have experienced developmental trauma.

Key words: Trauma related trigger, stabilization, relational trauma, developmental trauma, PTSD complex type, safety, phase oriented treatment, trauma treatment, qualitative method.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
INNLEDNING	1
Begrepsavklaringer	5
TEORI	6
Traumeforståelse	6
Diagnosen PTSD	7
PTSD type kompleks	8
Dissosiasjon	8
Forståelse av relasjonstraumer	9
Faseorientert tenkning	10
Stabiliseringsfasen	11
Toleransevinduet	12
Triggere	14
Manualen fra Modum Bad	15
METODE	18
Forskningsdesign	18
Vitenskapelig ståsted	18
Fokusgruppeintervju	18
Utvalg og prosedyre	20
Rekruttering	20
Om gruppene	20
Gruppelederne	21
Forhold mellom gruppeledere og forsker	21
Gjennomføring av intervjuene	22
Transkribering	24
Analyse	25
Forskere teoretiske og faglige ståsted	26
Pålitelighet og overførbarhet	27
Pålitelighet	27
Overførbarhet	29
Forskningsetikk	29
PRESENTASJON OG DRØFTING AV EMPIRI	33
Kursets rammer	34
Organisering og individuell tilpasning påvirket utbyttet av kurset	34
Drøfting: kursets rammer	36
Traumeforståelse og håndtering av triggere	38
Traumeforståelse gir selvinnsikt og opplevelse av triggerhåndtering	38
Teknikker og øvelser er utfordrende, men kan gi endring	42
Drøfting – forståelse av triggere	44
Trygghet	47
Mindre skam og større åpenhet i kjente relasjoner	47
Trygghet og gjenkjennelse bidrar til fellesskapsfølelse og økt håp	48
Drøfting - trygghet	50
Møtet med helsevesenet	53

Individuell oppfølging økte utbyttet av kurset	53
Manglende traumeforståelse hos fagfolk	56
Drøfting: Møtet med helsevesenet	57
Avsluttende kommentarer	60
LITTERATURLISTE	62
VEDLEGG	67
Vedlegg 1	68
Intervjuguiden tar utgangspunkt i problemstillingen, med de underliggende temaer:.....	68
Vedlegg 2	70
Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju om.....	70
Vedlegg 3 og 4 Svar fra REK og NSD.....	72

INNLEDNING

Alle konfronteres vi med andres lidelse når vi følger med på sosiale medier. Fra utlandet er nyhetsbildet preget av naturkatastrofer, krig, skole terror og biler som kjører inn i folkemengder og lignende. Vi leser om #metoo kampanjen fra både inn- og utland og hører om hvilke følger denne kampanjen kan ha for enkeltindividet. I Norge ser vi overskrifter i avisene og på sosiale medier om blant annet neglekt og omsorgssvikt av barn, overfall, død og seksuelle overgrep. Den 22.juli i 2011 ble 77 mennesker drept i terrorangrepet på Utøya og i regjeringsskvartalet, og over hele landet ble folk rammet av denne hendelsen.

Alle slike hendelser er potensielle traumatiske hendelser som kan få store konsekvenser for de personer som er involverte i disse. Likevel utvikler ikke alle som rammes av alvorlige eller livstruende hendelser psykiske lidelser. Motstandsdyktighet eller resiliens som det ofte blir kalt, varierer fra person til person og kan avhenge av flere faktorer. Alder ved hendelsen, gjentakelse av traumehendelser, og personens kognitive evner kan for eksempel spille inn. Relasjonen til eventuell krenker kan også ha innflytelse på om hendelsen blir et vondt minne eller om personen blir traumatisert (Dell & O'Neil, 2009). Det er ikke selve traumehendelsen, men hvordan den integreres i personen som vil ha innvirkning på symptombilde og livskvalitet (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006).

Av de som får en traumelidelse opplever mange at kroppen er i langvarig beredskap og de får derav både psykiske og somatiske plager (van der Kolk, 2014). Anstorp & Benum (2014) samt Kirkengen og Næss (2015) omtaler studier som viser at det kan være en sammenheng mellom å være utsatt for traumer i tidlig barnealder, og en lang rekke somatiske plager som hjertesykdom, kreft, muskel og skjelettsykdommer og andre fysiske lidelser i voksen alder. Det ses også økt risiko for blant annet alkoholisme, suicidalitet, familievold og flere psykologiske plager senere i livet.

I Norge har man innsett at traumer ikke bare har omkostninger for enkeltindividet, men at det også er et samfunnsproblem. For både å ha fokus på forebygging av kriminalitet og for å bedre folkehelse, har regjeringen har oppfordret alle landets kommuner å ha handlingsplaner under temaet «vold i nære relasjoner» (Regeringen.no, 2014). Disse planene skal både ha fokus på tiltak og forebygging av vold og seksuelle overgrep, samt å styrke kompetansen for

de kommunalt ansatte innen disse temaene. På nasjonalt nivå jobber Helsedirektoratet i 2017-18 (Helsedirektoratet, 2018) med å utarbeide 8 forskjellige pakkeforløp innen psykisk helse og rus. I hvert av disse forløpene skal traumeperspektivet inngå og ivaretas.

Regionalt i Midt Norge satser man, som den eneste region i landet, på å utarbeide eget regionalt pasientforløp for personer som har opplevd traumer. Både de nasjonale og det regionale forløpsspakker forventes ferdigstilt våren 2018.

Å løfte traumefokuset krever økt kompetanse av fagmiljøene i landet, og flere seminarer og kurs har de siste årene vært avholdt både nasjonalt og internasjonalt med fokus på traumer. På landsbasis har det i tillegg kommet flere utdanningstilbud innen traumespesifikke behandlingsmetoder, og det er økt etterspørsel etter slike tilbud. Det er også kommet en del faglitteratur om traumer på norsk, og et helt tidsskrift fra Norsk Psykologforening nr. 10, 2017 viet ulike innfallsvinkler til utviklingstraumer.

Flere kompetansehevingsprogrammer har de siste 10-15 årene blitt gjennomført ulike steder i landet. Flere av disse programmene er rettet mot helsepersonell som jobber med voksne. Programmene har gitt opplæring i nyere traumeteori, med fokus på hvordan en kan forstå, kartlegge og behandle personer som har vært utsatt for traumer. Teorien og behandling bak disse programmene er godt beskrevet i Anstorp et al. (2006) samt Anstorp & Benum (2014). Blant annet har kompetansehevingsprogrammene Tryggere Traumeterapeuter (Anstorp, Weele & Araldsen, 2008) og Fokus på Traumer (Gran, J., Hellen, M.G., Hogstad, T., Hoxmark, E., Jepsen, I. & Pettersen, G, 2011) vært gjennomført i regi av de Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i henholdsvis region Øst og Midt. Masterstudenten i denne studien har vært ansatt som prosjektkoordinator i det omtalte kompetansehevingsprogrammet Fokus på Traumer og har fulgt programmet tett, både som koordinator, men også som veileder for flere veiledningsgrupper med deltakere av programmet. RVTS nord har laget et eget e-læringskurs med navnet STØ KURS (Helsekompetanse, 2016), som er basert på samme teoretisk innhold og opplæring som de andre utdanningsprogrammene. Kompetansehevingsprogrammene bygger på en forståelse om en faseorientert behandling hvor fase 1 er stabiliseringsfasen, fase 2 er bearbeiding av spesifikke traumeminner og fase 3 er reorganiseringsfasen. Fasene har glidende overganger, men stabilisering anses som viktig for at pasienter skal kunne regulere seg selv når traumeminner eller reaksjoner etter traumer blir for overveldende. (Anstorp et al., 2006, Michalopoulos 2012).

De siste 10 – 20 årene har forskere i økende grad fokusert på hvordan man kan forstå og behandle personer som har vært utsatt for ulike psykiske traumer, og da spesielt med tanke på traumehendelser i barne- og ungdomsårene som har skjedd i nære relasjoner. Det kaller man utviklings- eller relasjonstraumer. Forekomsten av psykiske lidelser relatert til denne type traumehistorier er høy. Opp mot halvparten med diagnosene schizofreni eller bipolare lidelser har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep som barn (Fosse & Dersyd 2007 og Norum & Tidemand 2010), og diagnosen personlighetsforstyrrelse har spesiell stor komorbiditet med post traumatisk stress (PTSD), kompleks type (Michalopoulos 2012). Å finne gode behandlingsmetoder vil først og fremst kunne gi personer utsatt for traumer høyere livskvalitet, men vil også kunne gi en samfunnsgevinst. Den største samfunnsgevinsten vil kanskje være om disse personene som voksne ikke utvikler senskader etter traumene sine, og dermed får mindre behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparat, da med tanke på hjelp både fra det somatiske og det psykiatriske hjelpeapparatet. De Distriktskykiatriske sentrene (DPS) har ofte flere måneders ventetid før pasienter kan få et behandlingstilbud og det virker som effektivisering står høyt i kurs. Samtidig vet en at det å jobbe med relasjonstraumer tar tid og at man trenger forskjellige behandlingstiltak i ulike perioder i en behandlingsprosess (Anstorp & Benum, 2014).

Det er gjennomført lite forskning på hva som hjelper ved traumer, henholdsvis type 1 og type 2 traumer, og det mangler kunnskap om hva som generelt er god behandling (Dorrepaal. et al., 2010; Elkjaer, Kristensen, Mortensen, Poulsen & Lau, 2014; Lewis, Roberts, Clin & Bisson, 2013; Shearing, Lee og Clohessy, 2011). Man er også usikker på hvilken behandling som best gis individuelt og hvilken som kan gjøres i gruppe. Om gruppebehandling vet man at terapeuten har en viktig rolle. Behandlingen virker bedre når terapeutene er fortrolig med intervensjonen og tror på effekt av behandling (Elkjaer et al., 2014).

Traumepoliklinikken ved Modum Bad i Oslo har lenge brukt den faseorienterte forståelsesmodellen i deres arbeid med personer som har opplevd psykiske traumer. Under fase 1- behandling har de blant annet hatt pasienter i ferdighets- og stabiliseringsgrupper og har sett verdien i dette. For personer med alvorlige traumelidelser har de fulgt en manual av Boon, Steele og Van Der Hart. Denne har de oversatt og utgitt i bokform på norsk i august 2014 (Boon, Steele, Van Der Hart, 2014). For personer som ikke fremstår med samme symptomtrykk, men likevel oppfyller kriteriene for en PTDS-diagnose, type kompleks, har de

selv utarbeidet en manual. Denne manualen går under tittelen «Tilbake til NÅTID» og utkom i bokform i oktober 2014 (Modum Bad, 2014). Begge manualene legger stor vekt på stabiliseringsfasen og at pasienter må bruke tid på dette arbeidet (Michalopoulos 2012). (Manualen vil ytterligere utdypes i teorikapittelet). Å arbeide grundig med stabiliseringsfasen vil blant annet kunne gi personer som har vært utsatt for psykiske traumer mulighet for å regulere seg selv når traumeminnene blir for intense i hverdagen, eller når traumeminnene skal bearbeides i fase 2. Stabiliseringsfasen vil for mange være en forutsetning for å håndtere de andre fasene. Det å jobbe med fase 1 i gruppe vil kunne gi kursdeltakerne forståelse av at de ikke er alene med de reaksjonene de har, og at dette er naturlige reaksjoner etter å ha opplevd vonde hendelser (Anstorp og Benum, 2014).

I Midt Norge har det vært stor interesse for manualen «Tilbake til NÅTID» og flere har tatt den i bruk på forskjellig vis. Noen har erfaring med å benytte deler av den i behandlingssamtaler, mens andre har satt i gang grupper etter manualen. Blant annet har en av poliklinikkene i Midt Norge de siste årene satt i gang flere grupper etter denne manualen fra Modum Bad. Spørsmålet er nå om man opplever en endring etter bruken av «Tilbake til NÅTID». Manualen er relativt ny og det foreligger, så vidt jeg kjenner til, ennå ingen uavhengig forskning som sier noe om bruken av «Tilbake til NÅTID». Modum Bad har imidlertid samlet inn erfaringer etter flere års bruk av manualen og har publisert disse (Støren & Utgarden, 2014). I tillegg til dette er det gjort en kvantitativ studie skrevet som hovedoppgave ut fra disse selvrapporteringskjemaer. Modum Bad har også et større pågående randomisert forskningsprosjekt omkring bruken av manualen, som ikke er publisert enda. Begge evalueringene har hatt et overordnet fokus. Forskerne er også i begge tilfeller knyttet til Modum Bad. Det vil derfor være interessant å se hvordan deltakerne opplever gruppebehandlingen når denne ikke er gjort i regi av Modum Bad samt ha et mer spisset forskningsfokus.

Dette forskningsprosjektet har til hensikt å undersøke hvordan personer utsatt for relasjonstraumer opplever å være deltakere i et gruppebasert kurs etter manualen «Tilbake til NÅTID». Prosjektet vil ha fokus på om og hvordan denne behandlingsintervensjonen kan bidra til en endret forståelse og håndtering av daglige traumerelaterte triggere. Dette leder frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan et gruppebasert kurs i stabilisering og ferdighetstrening for personer som har vært utsatt for gjentatte relasjonstraumer gi en ny forståelse i å gjenkjenne og håndtere daglige, traumerelaterte triggere?»

Begrepsavklaringer

I faglitteraturen som det henvises til i denne studien, samt i muntlig omtale mellom helsepersonell innen psykisk helsevern, blir pasienter og brukere ofte omtalt som traumepasienter, incestutsatt, voldsutsatt eller med lignende betegnelser. Jeg tenker at når begrepet traumepasient brukes, både defineres og identifiseres personen med de traumene vedkommende har vært utsatt for. Et traume er en hendelse og personer som har vært utsatt for traumer er mer enn de opplevde hendelsene. For å unngå stigmatisering vil det i denne studien ikke forekomme betegnelsen traumepasient. *Person utsatt for traumer* er det begrepet som vil bli brukt.

Når det i studien står *jeg* eller *forsker*, vil dette være ensbetydende med masterstudent. Unntak er i avsnittet *fokusgruppeintervju* hvor begrepet moderator (intervjuer) er ensbetydende med masterstudent.

Personene som deltar i denne studien vil bli benevnt som informanter, deltakere, gruppe- eller kursdeltakere samt intervjupersoner. På grunn av flyt i tekst brukes både gruppeledere og kursledere som betegnelse for de som var ledere for gruppene.

TEORI

Traumeforståelse

Ordet traume er gresk og betyr enten fysisk eller psykisk sår eller skade. En potensiell traumatisk hendelse er en hendelse som enten vil involvere at personen er i livsfare, føler seg truet på livet, er vitne til andres død eller at andre er i livsfare. Under en potensiell traumatisk hendelse blir personen overveldet, og hvordan denne overveldelse integreres i personen vil ha betydning i forhold til om hendelsen blir et minne om en ubehagelig opplevelse eller personen får en traumelidelse. Personens kognitive kapasitet og de ressurser vedkommende har til rådighet vil spille inn for følgene av traumatiske hendelser. Har man for eksempel noen å fortelle traumehendelsen til, kan dette utgjøre en forskjell i integreringen. Det vil også være av betydning om den potensielle traumatiske hendelsen kan settes inn i en forståelsesramme og gi mening for den enkelte (Hagen, 2016a).

Thelle (2016) refererer til en differensiering av graden av interpersonlig innflytelse under traumehendelser. Man tenker at det vil være forskjell på om man har vært utsatt for en type 1 traume (en hendelse) eller type 2 (gjentatte hendelser) traumer og i tillegg om hendelsene har vært forårsaket av en eller flere andre personer. Det er altså forskjell på om man har vært utsatt for en bilulykke, et bankran, gjentatt naturkatastrofer eller gjentatte voldshandlinger. Jo høyere grad av interpersonlig innflytelse, jo vanskeligere kan det være for personen å finne mening i hendelsen eller belastningen.

Når det er tale om traumelidelser trenger det ikke bare å handle om reaksjoner etter traumehendelser, men også om at personen for eksempel som barn har vært utsatt for generell omsorgssvikt og neglekt fra omsorgspersoner. Slike belastninger går ut over barnets selvbylde, og vil få konsekvenser for hvordan barnet forholder seg til seg selv og verden rundt seg. Barnet lærer ikke å regulere egne følelser, ha tillit til andre mennesker og å kjenne seg trygg i seg selv. Her snakker man ikke om hendelsestraumer, men om tilknytnings- eller relasjonstraumer (Benum, 2006). Traumer forårsaket i ung alder og av person i nær tilknytning til barnet, tenkes å kunne gi de meste alvorlige følger, og i de alvorligste tilfeller vise seg som flere delpersoner i samme person (Thelle, 2016).

Diagnosen PTSD

Diagnosemanualen ICD-10 er den manual som vanligvis brukes i Norge og resten av Europa. Diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) brukes dersom personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse og denne har vært for overveldende for personen. Hendelsen kan ikke integreres i minnet og den skaper ikke gi mening i eget liv. En potensiell traumatiserende hendelse eller belastning vil etterfølges av en krisereaksjon, og i mange tilfeller vil det skje en naturlig heling. Avhengig av hendelsens karakter og personens sårbarhet vil noen utvikle PTSD. Symptomene må vedvare utover en måned før diagnosen eventuell settes. Kriterier for å sette diagnosen er et symptombylle med gjenopplevelse av hendelsen, overveldelse og medføre unngåelse av ting som kan knyttes til traumat, at personen vil være i en nummen tilstand eller ha en økt kroppslig og mental aktivering som ikke var tilstede før traumat. Dette kan vise seg som søvnproblemer, årvåkenhet, irritabilitet, kroniske muskel- og skjelettplager, dårlig selvfølelse, nedsatt konsentrasjonsevne, skam- og skyldfølelse, dissosiative symptomer, rusmisbruk og suicidalfare, for å nevne noen.

Symptomene vil nedsette det daglige aktivitets- og funksjonsnivå for personen.

En stor del av befolkningen og spesielt inneliggende pasienter i psykiatrien, har vært utsatt for traumer og har symptomer på en PTSD lidelse (Fosse & Dersyd, 2007). PTSD har høy komorbiditet til andre lidelser og da spesielt til personlighetsforstyrrelsesdiagnoser, men også bipolar lidelse, psykoselidelser og depresjon (Anstorp, Benum & Jakobsen 2006).

Traumediagnosene PTSD og dissosiative lidelser er ansett som de eneste lidelser i diagnosesystemet som ikke har en genetisk komponent, men hvor lidelsen er forårsaket av en hendelse (Hagen, Barbosa da Silva & Thelle, 2016). Diagnosen PTSD er en bred diagnose som ikke gjenspeiler mangfoldet av de som får denne diagnosen, med det symptomtrykk og de funksjonstap som disse personer kan ha. Av den grunn har det lenge vært et ønske og et påtrykk fra mange hold i det internasjonale traumefeltet om å endre og nyansere diagnosesystemet. Dette ser nå ut til å bli etterkommet. I løpet av 2018 forventes det å komme en ny versjon av diagnosemanualen, ICD-11, som da vil ha en diagnose som tilsvarer det mange behandlere i Norge allerede i dag kaller PTSD, type kompleks.

PTSD type kompleks

Når man snakker om komplekse traumer er det gjentatte, langvarige traumer personen har vært utsatt for, man er opptatt av (Michalopoulos 2012). Dette kan være traumer fra barndommen, men kan også være fra voksenlivet, f. eks soldater som har vært i krigshandlinger eller flyktninger som har vært utsatt for tortur, farlig flukt eller andre grusomheter. Er det et barn som blir utsatt for omsorgssvikt eller gjentatte hendelsestraumer forårsaket av omsorgsperson, kan dette få store konsekvenser for barnets personlighetsutvikling. Barnet vil ikke lære å regulere seg i forhold til egne følelser og reaksjoner, men i stedet organisere sitt indre liv i forhold til omsorgspersonen. Hos voksne som har vært utsatt for tilknytnings- og relasjonstraumer i barne og ungdomså, ser man som oftest symptomer i stedet for minner. I tillegg til å oppfylle kriterier til en PTSD diagnose vil traumene gi utfordringer med å regulere følelser og føle trygghet i egen kropp. Traumene kan ikke settes inn i en meningssammenheng for den enkelte. Ofte blir denne tilstanden tenkt på som kronisk tilstand (van der Weele, 2006). Likevel er prognosen for diagnosen god, men dette forutsetter at personen har mental spenst til å jobbe med traumene (Anstorp, 2006).

Dissosiasjon

Dissosiasjon er det motsatte av assosiasjon og betyr frakopling. Dissosiasjon innebærer manglende kapasitet til integrering av en situasjon for individet. Når en person opplever et traume eller en tilstand hvor forsvarsmekanismene kamp, flukt eller frys ikke er mulig, vil en total overgivelse finne sted. Det er i denne tilstanden/i en slik tilstand personen ikke har kapasitet til å integrere dette i seg selv, og finne en mening, at en frakopling i personen kan skje og dissosiering kan forekomme. Når personen i ettetid møter reaksjoner, situasjoner, indre følelser og lignende, som kan trigge og minne om tilstanden, vil samme dissosiering skje (Michalopoulos, 2012). Unngåelse og kompenserende mestringsstrategier kan bli en måte å takle livet på (Anstorp, 2006).

Dissosiering er en automatisert reaksjon og kan variere i alvorlighetsgrad. Det kan være en tilstand, alt fra en kortvarig følelse eller reaksjon til tilstander med fysisk eller psykisk amnesi. I de alvorligste tilfelle kan personligheten være spaltet i ulike deler eller delpersonligheter som hver tar seg av en funksjon. Disse delpersonlighetene vil ikke nødvendigvis vite om hverandre. Personer med diagnosen kompleks PTSD vil ha flere dissosiative symptomer enn personer som har opplevd enkeltstående traumehendelser (Blindheim, 2011).

Forståelse av relasjonstraumer

Relasjonstraumer kan blant annet forstås ut fra et utviklingspsykologisk men også et nevrobiologisk perspektiv (Anstorp et al., 2006, Michalopoulos, 2012).

Sett ut fra et utviklingspsykologisk perspektiv har barnet ikke fått det barnet trenger. Den som skulle gi barnet omsorg og hjelpe det å lære regulering av egne følelser, har skapt utrygghet i barnets verden. Trygghetsreguleringssystemet har blitt forstyrret (Benum, 2006). Barnet har lært å fortrenge egne følelser og i stedet regulere seg i forhold til andre sine følelser. Følelser som for eksempel sinne, gråt, glede og sorg har blitt fortrent og gjemt bort. Barnet har lite kontakt med egne følelser og disse erfaringene bringer barnet med inn i voksenlivet. Det blir vanskelig å forholde seg både til seg selv og andre.

Følelsen av skam er en grunnleggende følelse som man allerede kan observere ved spedbarn og denne følelsen kan både være forbundet med noe positivt så vel som negativt. Blir barnet neglisjert eller avvist av omsorgsperson, vil det reagere med følelsen av skam og da i en negativ betydning. Gjentatte slike erfaringer vil gi barnet dårlig selvbilde og vil ha negativ virkning når det også som voksen går inn i relasjon med andre (Hagen, 2016b). Man tenker at jo tidligere traumer skjer, jo alvorlige kan følgene bli, med dårlig selvbilde, manglende evne til å kunne etablere trygghet i egen kropp, med regulering av følelser, og med meningsskaping. Slik skaper traumer smerte og ensomhet (Benum, 2006).

Ut fra et nevrobiologisk perspektiv forklares traumer ofte med en forenklet modell hvor man sier at hjernen er delt inn i tre deler: Hjernestammen (eller instinkthjernen), amygdala (eller følelseshjernen) og prefrontal cortex (eller tenkehjernen). Blir man utsatt for en fare, vil amygdala registrere dette og den vil kople ut prefrontal cortex og de reaksjoner man har da vil gå via hjernestammen. Dette skjer så fort at man ikke har tid til å kople prefrontal cortex på og tenke igjennom situasjonen. Denne måten å reagere på er hensiktsmessig i faresituasjoner. Man vil i en truende situasjon reagere med forsvarsmekanismene kamp, flukt, fryse eller underkastelse, nøyaktig på samme vis som dyr vil reagere. Disse reaksjonene er automatiserte. Har man vært utsatt for gjentatte traumatiske vil triggere som minner om tidligere hendelser kunne fremkalle reaksjoner. Det er disse som gjør at man reagerer med å kople ut pre-frontal cortex og vil bruke tidligere innlærte reaksjoner, dette til tross for at situasjonen kanskje slett ikke skulle tilsi fare. Slik blir den måten man reagerte på under traumehendelsen i fortid være samme måte man reagerer på i nåtid (Modum Bad 2014). Hos mennesker utsatt for relasjonstraumer er uhensiktsmessige baner i hjernen etablerte tidlig. Det er disse man ønsker å endre på slik at man igjen kan ha et hensiktsmessig samspill mellom

alle tre deler i hjernen. Disse nye banene som da etableres i hjernen sletter ikke de gamle, men vil etter hvert ta over for de gamle (Salvesen & Wæstlund, 2015).

Faseorientert tenkning

I den nyere traumeforståelse som har vært under utvikling de siste 30 årene benyttes, som beskrevet i innledningen, ofte en pedagogisk faseorientert modell for å forstå ulike faser i behandlingen av personer med traumerelaterte lidelser. Modellen er etter hvert beskrevet i en del litteratur, først internasjonalt, men nå også i norsk litteratur (Anstorp et al., 2006; Anstorp Anstorp & Benum, 2014 og Hagen et al., 2016) Det er denne modellen som ligger til grunn for manualen «Tilbake til NÅTID». Modellen er som nevnt inndelt i 3 faser. Disse er ikke tenkt kategoriske, men som en hjelp til å forstå og arbeide med ulike sider av traumebehandling (Anstorp & Benum, 2014).

Fase 1 er stabiliseringsfasen. Fasen innebærer en styrking av egenomsorg ved blant annet å ivareta kost, hygiene, søvn og hvile, samt daglig gjøremål og aktivitetsnivå.

Stabiliseringsfasen har i tillegg fokus på funksjon og mestring av symptomer og opplæring i metoder for å øke evnen til selvregulering når traumereaksjoner strømmer på. I fase 1 øves det på å etablere en ytre og indre trygghet. Det legges vekt på relasjonsarbeid, både i forhold til hjelper/behandler og i private relasjoner. Fasen inneholder en del psykoedukasjon, hvor personen blant annet får innblikk i hvordan traumer lagres fragmentert i hjernen og kan gi seg utslag i forskjellige reaksjonsmåter, kroppslige symptomer. Personen får gjennom dette innsikt i egne plager. Målet med fasen er å øve opp personens evne til å ha avstand og kontroll på minnene, og selv ha innflytelse på når disse kan tas frem og jobbes med (van der Weele, 2006). I denne fasen etableres håp om endring og motivasjon til å gå videre til fase 2. De evner som tilegnes i fase 1 vil forberede og hjelpe personen til å regulere seg i neste fase.

Fase 2 er fasen for bearbeiding av spesifikke traumeminner. Den faseorienterte modellen setter ingen begrensninger for hvilke traumefokuserte behandlingsmetoder som kan brukes i denne fasen, men alle metodene innebærer en viss grad av eksponering, samt å skape mening i dette minnet (Ehlers et al., 2011). Flere evidensbaserte metoder brukes i dag med ganske ulike tilnærminger (Schnyder et al., 2011). Metoder som benyttes kan for eksempel være ulike kognitive tilnærminger, som for eksempel narrativ eksponeringsterapi (NET), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Prolonged Exposure Therapy (PE). Flere kroppslige terapiretninger brukes også for traumbearbeiding, som for eksempel Sensorimotor

Phycotherapy, Somatic Experiencing (SE). Målet med denne fasen er at personen får gjort traumehendelsen, og følgene av denne, om til negative minner som høre fortiden til og ikke til traumereaksjoner som ikke invadere nåtid (Helsekompetanse, 2016).

Fase 3 er integreringsfasen hvor rehabilitering og reorganisering av personligheten skjer.

Ser man på fase 1 arbeid, også kalt stabiliseringsfasen, er det gjort flere studier med fokus på PTSD diagnosen og stabiliseringsgrupper. Flere av disse studier har ulikt fokus. Noen har konsentrert seg om å se på type 1 traumer (Shearing, Lee & Clohessy, 2011) og andre på type 2. Noen studier har sett på stabilisering satt opp mot eller i kombinasjon av annen type behandling (fase 2) (Shearing et al., 2011) og atter andre har hatt som mål å se på utvikling av slike gruppekonsepter og hatt fokus på hvilke tema deltakere selv sier er viktig i slike grupper (Lewis, Roberts, Clin & Bissom, 2013). Flere kvantitative studier har sett på symptomlette (Dorrepaal et al., 2010). Ikke mange studier er rene kvalitative studier, hvor man har spurt etter deltakernes egen opplevelse og erfaring med 1. fase grupper. I norsk sammenheng er det først og fremst Stige og kolleger som har utført slik forskning (Stige, Binder, Rosenvinge og Træen, 2013; Stige, Grøtte, og Utstøl, 2015a; Stige, Grøtte, og Utstøl, 2015b; Stige og Binder, 2017). I Stige og Binder sin studie fra 2017 har de intervjuet 13 pasienter om deres erfaringer etter å ha deltatt på stabiliseringskurs. Alle deltakerne hadde vært utsatt for multiple traumer. Studien har foretatt kvalitative intervju 3 og 12 måneder etter kurset. Hovedfunnene fra studien var at psykoedukasjon er svært sentralt for tillæring av ferdigheter og emosjonsregulering. Etter ett år bruker de fremdeles øvelsene de har lært. Disse har nå blitt automatisert og generalisert, noe de opplever svært hjelpsomt i egen hverdag. Videre fant de at teknikkene og øvelsene må være tilpasset pasienten, deres liv og væremåte, for at de skal fungere best mulig. Et annet viktig funn var at deltakerne hadde kjent på en sterk følelse av anormalitet. Denne var knyttet til en opplevelse av å ikke vite hva som bidrar til heling og hjelp i egen situasjon. Dette endret seg i løpet av kurset. Deltakerne mente selv at psykoedukasjon var en viktig årsak til dette.

Stabiliseringsfasen

Til hvilke personer stabiliseringsfasen er et godt tilbud, og hvor lang tid man skal bruke i denne fasen, er det uenighet om. Der er ikke nok konkret forskning som sier noe om dette. Noe tyder imidlertid på at det er forskjell på hvor lang tid de forskjellige personene trenger i stabiliseringsfasen, og at dette har sammenheng med hvilke type traumer man har vært utsatt

for. Gjentatte traumatiske belastninger, spesielt i tidlig barndom, gir som nevnt mer komplekse og omfattende plager og sammensatte lidelser (Noranger, 2014). Det er derfor grunn til å tro at det i behandling av type 2 traumer vil være behov for en annen vektlegging i de ulike fasene enn i behandling av type 1 traumer (Helsekompetanse, 2016).

Bækkelund og Berg (2014) henviser til andre når de skriver at mange med PTSD kan gå til fase 2 behandling uten en lengre jobbing i fase 1, men dette vil ikke nødvendigvis gjelde for alle. For de med sammensatte lidelser og dissosiative plager må man sannsynligvis bruke lengre tid til fase 1 jobbing. Modum Bad skriver f. eks. selv at de som har vært utsatt for tidlige seksuelle overgrep trenger en lengre stabiliseringsfase.

En interessant studie i denne sammenhengen er utført av Cloitre et al. (2010). De har gjennomført en RCT-studie hvor de sammenligner 3 forskjellige gruppebehandlinger for kvinner utsatt for overgrep som barn. Den ene gruppen fikk ferdighetstrening og opplæring i emosjonsregulering før eksponeringsterapi. Den andre gruppen fikk støttesamtaler før eksponering. Den siste gruppen fikk støttesamtaler, ferdighetstrening og opplæring i emosjonsregulering. Studien viste at den 2. gruppen, som fikk eksponering uten ferdighetstrening og hjelp til å forstå og regulere følelser, rapporterte mindre reduksjon i PTSD-symptomer enn den gruppen hvor behandlingen var satt sammen av støttesamtaler, ferdighetstrening og emosjonsregulering. Dette viser at fase 1 behandling er en viktig forutsetning for eksponering for denne målgruppen

Til tross for dette er de kliniske miljøene ikke enige om lengden på den fase 1 behandling som tilbys, og hva hovedfokus skal være i denne fasen. På døgnavdelinger innen psykisk helsevern er det f. eks. mitt inntrykk at pasienter henvises til stabiliseringsopphold, og da kun med tanke på å tilegne seg rammer og innhold i hverdagen. Slik jeg forstår stabilisering og som begrepet brukes i en del litteratur (Anstorp et al., 2006; Anstorp & Benum, 2014 og Hagen et al., 2016), er det en fase hvor man skaper en ytre trygghet og etablere fast døgnstruktur, men også blant annet jobber med installering av indre trygghet, etablering av håp, opparbeider seg reguleringsferdigheter og driver med egenomsorg.

Toleransevinduet

Innenfor fasetenkningen, og da særlig i fase 1, er begrepet toleransevinduet blitt sentralt. Begrepet er en metafor som brukes som en forklaringsmodell på hvordan traumatiske

hendelser og belastninger kan ha innflytelse på reaksjonsmåter og automatiserte handlingsstrategier også lenge etter at de traumatiske hendelsene har tatt slutt.

Modellen er beskrevet flere steder, både med flere små klipp på youtube (rvtsvest, 2014 og Stiftelsen Fyrlykta, 2016) og i litteratur (Midtsand & Noranger, 2017). Her beskrives toleransevinduet i hovedtrekk som det forklares i «Tilbake til NÅTID», og da med utgangspunkt i beskrivelsen til Ogden og Minton (2000). Se Figur 1.

Modellen beskriver hvordan man kan være i sitt toleransevindu, men også hva som skjer når man er utenfor dette. Når man er i toleransevinduet er man mottakelig for læring, kan reflektere, være i relasjon til andre, reagere adekvat på situasjoner og føle seg trygg. Om vinduet er smalt eller vidt kan avhenge både av for eksempel tidligere erfaringer eller av dagsform. Søvn, sult, generell stressnivå og lignende kan ha innflytelse på hvor smalt eller bredt vinduet er.

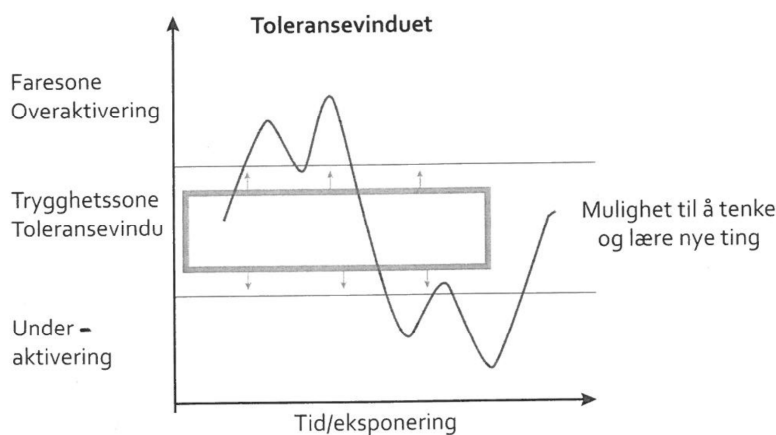
Personer som har vært utsatt for gjentatte traumehendelser fra relasjonspersoner vil ofte ha et smalt toleransevindu. Det vil si at det ikke nødvendigvis skal så mye til før man blir brakt ut av toleransevinduet og da ha et reaksjonsmønster som kan ligne på det man hadde under traumehendelsene.

Metaforen toleransevinduet illustreres ofte med en graf hvor den vertikale akse er aktivering og den horisontale akse er tid. Toleransevinduet vil befinne seg ca. midt på aktiveringslinjen. Er man ute av sitt toleransevindu, vil man enten være overaktivert eller underaktivert og, som tidligere nevnt, ikke lengre reagere adekvat på situasjoner.

Er man overaktivert (over vinduet) vil det sympatiske nervesystemet slå inn. Man vil reagere med for eksempel høy puls og temperatur. Hjerterytmen vil gå opp og man vil ha økt muskeltonus. Biologiske mekanismer vil kunne tre inn og man vil da kunne reagere med enten flukt, kamp eller å fryse til, akkurat de samme mekanismer som vil være de første reaksjonsmåter under en traumatisk hendelse. Psykologisk vil man kunne ha følelsen av å miste kontroll. Man vil for eksempel kunne gjenoppleve en traumehendelse eller ha flashback, være preget av angst eller ha sterke emosjonelle utbrudd.

Er man under underaktivert (under toleransevinduet) vil det motsatte skje. Det parasympatiske nervesystem vil slå inn og man vil dermed få lav puls, hjerterytme, temperatur og muskeltonus. De biologiske mekanismer vil være at man vil overgi seg eller spille død. Dette er igjen de mekanismer som skjer under en traumehendelse når man ikke har kunnet kjempe eller flykte. I en underaktivert tilstand vil man for eksempel kunne være deprimert, ha manglende smertefølelse, ha en nummenhets- og tomhetsfølelse og man vil kunne dissosiere. Man kan gå ganske hurtig fra en overaktivering til en underaktivering eller omvendt.

Modellen er utviklet først og fremst for å forstå traumereaksjoner både i opprinnelig traumehendelse og ved påminnere i ettertid. Likevel kan man si at alle mennesker har et toleransevindu. Dette gjør metaforen enkelt å forstå og forholde seg til, også for de som ikke har vært utsatt for traumer, det gir en felles forståelse.



Figur 1. Toleransevinduet. (Modum Bad, 2014)

Triggere

Alle mennesker har et toleransevindu, om det er smalt eller vidt kan avhenge både av tidligere erfaringer, men kan også endre seg etter dagsform, om man er utvilt, er sulten, hvilket stressnivå man har og lignende. Det som bringer oss ut av toleransevinduet er overveldende belastninger eller triggere. Ut fra et nevrobiologisk perspektiv kan man si at triggere alarmerer amygdala og pprfrontal cortex kobler seg ut.

I manualen «Tilbake til NÅTID» står det «*En traumerelatert trigger er noe som minner deg om en tidligere smertefull erfaring som igangsetter en reaksjon som ligner den overlevelsereaksjonen du hadde under den opprinnelige hendelsen*». Det vil med andre ord si at man reagerer som om man var i fortidens traumehendelse og ikke befinner seg i nåtid. Blir man trigget reagerer man som oftest på en måte som ikke står i forhold til den gitte situasjon.

Det som trigger er svært individuelt og kan være hva som helst. Det er ingen begrensninger for dette. Manualen nevner for eksempel at det kan være et bestemt tidspunkt på dagen eller i

kalenderen, et sted som minner om noe vondt, et ytre stimuli som en berøring, en lukt, et bilde, en indre erfaring som en følelse eller drøm, en fysisk reaksjon som smerte, kvalme. Videre kan det kan være noe som er knyttet til nære relasjoner, kroppsholdning, alder. Trigger kan utløses av behandling, som når bestemte temaer berøres, relasjon til behandler og lignende. Relasjonstraumer må repareres i relasjon og dette kan bli en utfordring om det nettopp er nære relasjoner som trigger.

Redselen for triggere kan bli så omfattende at det blir til unngåelsesadferd og bli til en stor begrensning i livet. Triggere kan også generaliseres, dvs at triggeren ikke kun blir det som er utløsende, men man utvikler en redsel for å støte på triggere. Blir man for eksempel trigget av lukten av menn med en bestemt after shave, vil man søke å unngå alle menn. Personer utsatt for traumer organiserer ofte livene sine i forhold til triggere og gjenopplevelser. En traumehendelse har en begynnelse og en slutt, men en gjenopplevelse eller respons som er utløst av triggere kan oppstå når og hvor som helst. De trenger heller ikke nødvendigvis opptre med en klar start og slutt på hendelsen (van der Kolk, 2014). På den måten får de stor innflytelse på livet.

Manualen fra Modum Bad

Manualen «Tilbake til NÅTID» kan brukes i individuell behandling, men er i utgangspunktet tenkt som stabiliserings- og ferdighetstreningkurs for grupper. Gruppene er, etter manualen, stabiliserings og ferdighetstreningkurs i fase 1. Manualen sier: «*Stabilisering vil si å opparbeide en evne til å møte traumereaksjonene og det som utløser dem på en mer robust måte*».

Manualen legger vekt på psykoedukasjon om traumeforståelse og tar i tillegg opp temaer som kan være utfordrende for personer som har vært utsatt for traumer. Kurset går over 20 ukentlige møter a 2 timers varighet. Alle deltakere har manualboken og kan følge med på det som blir gjennomgått under gruppesamlingene, og kan forberede seg hjemme til den kommende samlingen. Hvert gruppemøte har sitt eget tema og kapittel i boken, for eksempel «Komplekse traumereaksjoner», «Hvordan gi dagen struktur» eller «Triggere».

Temaet om triggere omfatter hele to kapitler i manualen. Det ene kapittelet gir en opplæring i hva triggere er, hvordan en kan gjenkjenne triggere og hva som skjer i hjernen når man blir utsatt for triggere. Et annet kapittel har fokus på hvordan en kan håndtere triggere.

Gruppemøtene følger en fastlagt struktur. Hvert gruppemøte starter med en landingsøvelse,

deretter gjennomgang av dagens kapittel i boken, øvelser i gruppen og hjemmeoppgaver. Manualen sier at deltakernes egen innsats er avgjørende for bedring, og gjør oppmerksom på at de som bruker tid hjemme til å øve og reflektere på det som er utfordrende og forberede kommende kapittel til neste gruppesamling, får mest ut av kurset. Alle øvelsene som presenteres i manualen finnes som lydfiler som kan lastes ned, slik at deltakerne kan repetere øvelsene hjemme. Manualen legger vekt på at deltakere ikke skal gå inn i egen historie eller dele denne med de andre gruppedeltakere. Egen historie skal behandles i individualterapi. Gruppen er ikke tenkt som en erstatning for annen traumebehandling, og det oppfordres til at deltakere har time med individualbehandler minst en gang annen hver uke i tillegg til gruppebehandlingen.

Manualen oppfordrer til at gruppelederne har et møte i forkant av kurset med individualbehandlere og et møte med nærpersoner til deltakere. På disse møtene gis blant annet informasjon om hva som gjennomgås av temaer på kurset, hva som kan være senvirkninger etter at ha opplevd traumatiske hendelser og hvordan nærpersoner kan være en hjelp for kursdeltakerne. Ved kursstart inngår deltakerne en kontrakt med kjøregler for deltakelse. I denne kontrakten står det blant annet at om man uteblir tre ganger fra gruppesamling eller kommer i ruset tilstand, må man slutte i gruppen. Gruppelederne gis mulighet for å kunne gjøre noen tilpasninger av manualen slik at den passer til de aktuelle gruppene. Etter de 20 kurssamlingene/etter 20 kurssamlinger evaluerer deltakere nytten av kurset for den enkelte. Både kontrakten og evalueringene ligger som vedlegg i manualboken.

Modum Bad driver egne 4-dagers kurs med opplæring i manualen for gruppeledere. Temaer for denne opplæring er blant annet utvelgelse av deltakere til gruppene, temaene i kurskapitlene og hvordan kurssamling kan gjennomføres. Gruppelederkurs er med jevne mellomrom et tilbud i Modum Bads (egen) regi, men har også i løpet av de siste 2-3 årene vært gjennomført to ganger i Midt-Norge som et samarbeid mellom Modum Bad og RVTS-Midt.

Som beskrevet legger manualen opp til ulike pedagogiske tilnærminger som aktivere flere områder i hjernen. Metodene som brukes er eksempelvis repetisjon av kapitlene, øvelser i mindfulness, hjemmeoppgaver og lydfiler. I tillegg til dette informerer Modum Bad på deres undervisning for kursledere, om at de under gruppesamlingene kan ha en «sanseskål» tilgjengelig. Med sanseskål forstås en skål som inneholder ulike gjenstander som for eksempel glassstein, små massasjeballer og lignende, som deltakerne kan sitte med under en

gruppesamling. Tanken er at dette stimulerer hjernen til å fortelle kroppen at den ikke er i minnene, og dermed minske dissosiering og holde personen i nåtid.

METODE

Forskningsdesign

Denne studien er en kvalitativ studie hvor data er innhentet ved fokusgruppeintervju. Studien er en evaluering av en behandlingsintervensjon, hvor det legges vekt på deltakernes subjektive erfaringer og opplevelse av endring i forbindelse med gjennomført kurs etter manualen «Tilbake til NÅTID». Dataene er analysert ved hjelp induktiv tematisk analyse.

Vitenskapelig ståsted

Kvalitativ metode anses som en god metode for å belyse personers opplevelser av et fenomen. Det vitenskapelige ståsted for studien er et fenomenologisk og hermeneutisk ståsted. Fenomenologien er opptatt av den menneskelige erfaring og hermeneutikken er en fortolkning av disse erfaringer (Malterud, 2012).

Studien undersøker opplevelsen av endring for deltakere som har deltatt i en stabiliserings- og ferdighetstreningsgruppe. Det spørres om deltakernes syn og opplevelse av et fenomen sett ut fra deres erfaringer og livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009). Disse erfaringer fortolkes og forstås ut fra både de fremkomne data, fra teori og tidligere forskning, men også ut fra forskers egen forforståelse fra erfaringer med temaet traumer og fra det levde liv.

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervju er en metode som de senere år oftere og oftere er blitt brukt innen forskning. Metoden er kostnadseffektiv da man får mye informasjon fra flere deltakere samtidig, og anses for å være spesielt velegnet til å se på holdninger og erfaringer av fenomener og til å evaluere helsetilbud (Halcomb, Gholizadeg, DiGiacomo, Philips & Davidson 2007; Lerdal & Karlsson 2008; Malterud, 2012 og Tjora, 2013).

I et fokusgruppeintervju får man data på flere forskjellige nivå. Data kommer både fra enkeltindividet, fra den samlede gruppe, men også fra interaksjonen og diskusjonen mellom deltakerne. Styrken for metoden ligger nettopp i interaksjonen og diskusjonen, da denne kan bidra til å nyansere gitte tema under intervjuet. Når deltakere reflekterer sammen kan dette bidra til ny opplevelse og refleksjoner av temaene som igjen kan gi ny innsikt og

bevisstgjøring for den enkelte (Tjora, 2013). Fokusgruppeintervjuene i denne studien er derfor lagt opp som åpne samtaler mellom deltakerne, samtidig som det er studiens problemstilling som setter temaene under intervjuene. Den som er intervjuer kalles moderator og denne har med en co-moderator under intervjuene. Moderatoren sin rolle er å stille spørsmål slik at tema som ønskes belyst er i fokus, og skal ellers få hjelp av co-moderatoren til å sette tema, se på gruppedynamikk, sørge for at alle deltakere blir hørt og lignende. (Halcomb et al., 2007; Lerdal og Karlsson, 2008 og Tjora, 2013).

Personene som ble intervjuet var tidligere deltakere i en gruppe hvor manualen fra Modum Bad ble fulgt. Manualen legger ikke opp til at deltakere skal se på og dele egen historie, og det var derfor heller ikke naturlig å stille spørsmål om deres egen historie under intervjuet. Studien undersøker kursdeltakernes felleholdning, erfaringer og synspunkter på om denne formen/en slik form for gruppebehandling kan gi noen gjenkjennelse og håndtering av triggere i deltakernes liv. Har denne intervensjon gitt en ny måte å oppleve og håndtere daglige triggere på?

Det å være i en gruppe kan gi fellesskap og styrke. Her kan man kjenne seg igjen i det andre sier, noe som kan gi anerkjennelse og minske følelsen av å være alene, men dette krever trygghet i gruppen (Lerdal og Karlsson 2008). For personer utsatt for traumer er trygghet generelt viktig. Derfor ble det valgt at deltakerne i hvert intervju hadde vært deltakere i samme gruppe under kursene. På denne måten legger studien til rette for at deltakerne skal meddele seg mest mulig under intervjuet.

Anbefalte gruppestørrelser til fokusgruppeintervju er i følge Malterud (2012) på 5 – 10 deltakere, mens Lerdal og Karlsson (2008) anbefaler gruppestørrelser på 4 – 6 deltakere. Ett intervju kan være nok for å si noe om et fenomen, men skal man si noe om fellestrekk kan det være hensiktsmessig å ha mer enn en gruppe å intervjuer (Malterud 2012). I denne studien ble det derfor gjort fokusgruppeintervjuer med to grupper som hadde gjennomført kurset etter manualen «Tilbake til NÅTID». Et semistrukturert intervju ble valgt som intervjuform. Det semistrukturerte intervju kan være en krevende form da det legger opp til en tilnærmedesvis dagligdags samtale, samtidig som intervjuet skal holdes innen gitte tema. (Kvale og Brinkmann, 2012 og Tjora, 2013). Ikke planlagte, men likevel relevante tema, kan dukke opp i løpet av et intervju, og det kan da være en utfordring for intervjuer å styre samtalen. For hjelp til å strukturere samtalen ble det her utformet en intervjuguide med spørsmål som støttet

opp om 3 forskerspørsmål (vedlegg.1). Intervjuguiden ble konstruert på bakgrunn av min egen erfaring i arbeid innen psykisk helsevern og med personer utsatt for traumer, samt relevant teori. Guiden består av spørsmål omkring daglige triggere om kursinnholdet og metoden som var brukt. Det første forskerspørsmålet omhandlet hvordan deltakerne opplevde å være med på kurset. Oppfølgingsspørsmålene til dette var rettet mot hva deltakerne kunne si rundt det de opplevde som positivt eller negativt ved kurset, og om det var noe de ønsket mer eller mindre av. Det neste spørsmålet omhandlet hvordan deltakerne forsto og opplevde daglige triggere, og ble etterfulgt av spørsmål rundt hvorvidt deltakerne hadde vært seg bevisst daglige triggere før de deltok på kurset. Det siste forskerspørsmålet handlet mer om arbeidsformer, og om innholdet i kurset kunne gi en endret håndtering av daglige triggere. Dette spørsmålet ble fulgt opp med utforsking omkring kursledernes rolle og funksjon, og ellers oppfølging fra individualbehandler utenfor gruppen.

Utvalg og prosedyre

DPSen som denne studien er knyttet til er en av de større DPSer i Midt-Norge. Denne har siden utgivelse av manualen høsten 2014 og frem til våren 2018, igangsatt og gjennomført ca. 10 funksjonstrening- og stabiliseringsgrupper etter manualen «Tilbake til NÅTID».

Rekruttering

For denne studien ble gjort et strategisk utvalg. Deltakere fra to av de avsluttede funksjonstrening- og stabiliseringsgrupper ble spurt av gruppelederne om de ønsket å delta i denne studien. Samtidig fikk de utlevert skriftlig informasjon og samtykkeerklæring om studien og en samtykkeerklæring (vedlegg nr.2). Henholdsvis 5 og 4 deltakere fra de to forespurte grupper ønsket å delta i studien. Gruppelederne innhentet samtykkeerklæringene, og gav mer muntlig informasjon om ønskelig. Disse samtykkeerklæringene blir fortsatt oppbevart i den enkelte deltakers journal for å ivareta anonymiteten i forhold til studien.

Om gruppene

Da gruppeintervensjonene ble gjennomført var alle gruppedeltakere innskrevet som polikliniske pasienter ved denne DPSen, og hadde, i tillegg til gruppetilbudet, individuell behandler. Noen av deltakerne deltok i tillegg på annen gruppebehandling, som dog ikke var traumespesifikk behandling. DPSen har selv satt sammen gruppene og har brukt egne inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene var at pasientene hadde en PTSD type kompleks, at de hadde vært utsatt for gjentatte relasjonstraumer og hadde reguleringsvansker.

Pasientene skulle ha en traumerelatert diagnose. Eksklusjonskriterier var psykose eller alvorlig dissosiasjonsproblematikk. De 9 deltakere som meldte seg til intervju, var alle kvinner i aldersgruppen 25 til 55 år. De hadde alle vært utsatt for traumer type 2 før fylte 18 år. Deltakerne hadde ulike diagnoser, men alle oppfylte PTSD diagnosen type kompleks. Alle hadde individual behandler på DPSen, eller kunne få tilbud om time hos tidligere behandler hvis ønskelig. Alle var godt kjent for DPSen fra tidligere, dog med ulik lengde (i tid) på tidligere behandlingstilbud.

Gruppe 1:

De 5 deltakere fra gruppe 1 var godt kjent med minst en av kurslederne før kursstart. Gruppen ble avsluttet ca. 4 måneder før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført.

Gruppe 2:

Noen av deltakerne var kjent med en av kurslederne som individualbehandler før kursstart. Gruppen ble avsluttet ca. 1 uke før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført.

Gruppelederne

I begge gruppene var det 3 gruppeledere, hvor én gikk igjen i begge gruppene.

Yrkeskategoriene til gruppelederne var psykologspesialist, psykiatrisk sykepleier og spesialfysioterapeut. Gruppelederne har ulike videreutdanninger innen traumebehandling. Med unntak av én, var alle gruppelederne i tillegg individualbehandlere for deltakerne i gruppen. Noen av gruppelederne hadde også, i tillegg til å være individualbehandler, drevet flere grupper for pasienter med ulike problemområder, både pasienter med diagnosen PTSD type kompleks og pasienter med andre diagnoser. Årsaken til at gruppene hadde 3 gruppeledere, og ikke 2 som anbefalt i manualen, var at den ene gruppelederen var under opplæring i kurslederrollen. Alle gruppelederne hadde gjennomgått det tidligere omtalte kompetansehevingsprogrammet *Fokus på Traumer*, og hadde derfor samme utgangspunktet når det gjaldt å forstå traumer og traumereaksjoner. Alle gruppeledere hadde gått på kurs i regi av Modum Bad for opplæring i manualen og fulgte manualen med små justeringer, hvilket den åpner for. Gruppelederne skiftet på å ha ansvar for gruppesamlingene.

Forhold mellom gruppeledere og forsker

Kompetansehevingsprogrammet *Fokus på Traumer* ble gjennomført i hele Midt-Norge. På bakgrunn av mitt engasjement i dette programmet, var det ikke mulig å finne kursledere som

hadde gjennomført disse kursene uten at de allerede var kjent for meg som forsker. Tre av denne studiens kursledere visste jeg hvem var, men vi hadde ingen inngående kjennskap til hverandre. To andre kursledere har jeg en privat relasjon til, hvilket var en fordel i planleggingen av studien. Det gjorde det lett å samarbeide rundt gjennomføring av datainnsamlingen. Kurslederne var med på å legge det praktiske til rette med tanke på rekruttering, samt tid og sted for intervjuene. Selve fokusgruppeintervjuene ble selvfølgelig gjennomført uten kursledernes tilstedeværelse. Kurslederne la ingen føringer for selve intervjuene, og var heller ikke med i prosessen omkring utarbeidelse av intervjuguide, eller i bearbeidelsen av data.

Gjennomføring av intervjuene

I et fokusgruppeintervju er trygghet under intervjuet viktig (Malterud, 2012), og for personer som har opplevd traumer er trygghet spesielt viktig. For å ivareta tryggheten, og for å gi deltakerne mest mulig kontroll og forutsigbarhet over intervjusituasjonen, ble intervjuene lagt til DPSen de hvor de var kjent. Intervjuene ble gjennomført på samme møterom hvor kursene hadde blitt avholdt.

Begge intervju ble gjennomført med en ukes mellomrom. For gruppe 1, med 5 intervjupersoner, ble intervjuet avholdt ca. 4 måneder etter gruppen var avsluttet. For gruppe 2, med 4 intervjupersoner, ble intervjuet gjennomført en uke etter siste gruppesamling.

Før deltakerne ankom ble grupperommet arrangert som det pleide å være når gruppene var samlet. Det vil si med gode stoler arrangert i en sirkel og et lite, lavt bord i midten. På bordet sto en skål med forskjellige sanseting. En «Sanseskål» er en skål med f.eks. stein, gummistrikk, baller og lignende som deltakere kan ta og holde i hånden under samtale for å regulere seg, og holde seg i nåtid. Dette er i tråd med det som anbefales i manualen, og som deltakere var vant til fra gruppesamlingene. I tillegg var te og kaffe tilgjengelig i rommet. På bordet i midten ble det, i dagens anledning, satt frem litt frukt, en bukett med blomster og en diktafon for lydopptak av intervjuene.

Manualen «Tilbake til NÅTID» legger vekt på at deltakere må lande og være tilstede i gruppene før man går i gang med temaene som gjennomgås. Det er viktig at alle føler seg velkomne. Dette skriver også Malterud (2012) er et godt utgangspunkt for et fokusgruppeintervju.

I starten av intervjuene ble det ønsket velkommen, og formålet med intervjuet ble gjennomgått. Videre ble det gitt informasjon om hvordan persondata ble oppbevart, og at anonymitet i det skriftlige produktet ville bli ivaretatt. Det ble informert om at minst én av kurslederne ville være tilgjengelig for samtale i etterkant av intervjuet dersom noen skulle få behov for det. Moderator og co-moderator presenterte seg og deres roller ble avklart. Det ble informert om at både moderator og co-moderator var godt kjent med manualen, og i tillegg har erfaring med å jobbe med personer som har vært utsatt for traumer. Det ble forsikret om at deltakerne kunne forholde seg til de samme prinsippene som til gruppesamlingene. Det ville for eksempel si hvordan de kunne forholde seg til eventuelle følelsesutbrudd, om de ønsket å regulere seg ved hjelp av ting fra sanseskålen, eller om noen hadde behov for en pause under intervjuet. I begge gruppene brukte deltakerne ting fra sanseskålen og en deltaker gikk ut av rommet i noen minutter; enten for å gå på toalettet eller for å ta en liten pause. En deltaker i gruppe 2 flyttet på de oppsatte stolene slik at hun bare halvveis satt i sirkelen. Likevel var hun aktiv deltakende. Tilsynelatende hadde dette ingen innflytelse på praten og samspillet i gruppen.

Det ble uttrykt følelser i begge gruppene; mye latter, men også tårer. Det forekom også noe usammenhengende tale, men det er uklart om dette skyldtes ettertenksomhet, konsentrasjonsproblemer eller kanskje dissosiering.

Under begge intervjuene var det noe støy utenfor rommet, f. eks dører som ble slått igjen på gangen, eller plenklipping utenfor huset. Under det ene intervjuet kom det ved to tilfeller noen inn i rommet på tross av at det sto *Opptatt* på døren. Alle disse lydene ble kommentert av deltakerne i begge gruppene, men virket ikke forstyrrende på intervjuet. Derimot brukte deltakerne disse uforutsigbare forstyrrelsene som eksempler på hvordan de, på kurset, hadde lært teknikker til å håndtere slike ting.

Under begge intervjuene var stemningen god og praten gikk fritt. Deltakerne var lydhøre og ga plass til hverandre. Mange utsagn ble bekreftet fra de andre deltakere med et *ja* eller *hm*. Noen hadde veldig lange, og til tider usammenhengende, utsagn, men alle deltakerne deltok aktivt i praten. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men deltakerne var innom alle spørsmålene. I tillegg var det relevante temaer som spontant kom frem i begge gruppene, som for eksempel fagfolks generelle møter med personer utsatt for traumer. Slike spontane tema ble fulgt opp av moderator under intervjuene. Samspillet mellom moderator og co-moderator var godt. Hvert intervju ble gjennomført på ca. 90 minutter med en kort pause midtveis.

Transkribering

Intervjuene ble gjort med en ukes mellomrom, og ble transkribert umiddelbart deretter.

Transkribering vil si å nedfelle det talte ord til et skriftlig språk som skal være mer tilgjengelig som empirisk materiale og dermed bedre egnet for databearbeiding (Kvale & Brinkmann, 2012). Å transkribere kan være en utfordrende og krevende prosess, da det talte språk kan gi en helt annen mening når det blir til skriftspråk og deretter leses opp. Fordelen her var at jeg selv foretok intervjuene, hørte på lydopptakene gjentatte ganger, og transkriberte disse slik at jeg fikk et nært forhold til innholdet.

Jeg transkriberte selv intervjuene ord for ord med markering av pauser, hmm, sukk, latter, gråt, dør som gikk og lignende. Hovedsakelig ble transkriberingen gjort på bokmål, men også noe på dialekt. Dette ble spesielt viktig der dialekten og ordstillingen understreket betydningen av det talte ord. Deltakerne representerte både personer som hadde utpreget dialekt fra Midt-Norge, og personer som ikke hadde norsk som førstespråk. Jeg fikk, under transkriberingen, med meg flere nyanser enn jeg hadde gjort under selve intervjuene. Jeg noterte ned tanker og refleksjoner i løpet av transkriberingsprosessen som en del av forberedelsen til analyseprosessen (Malterud, 2012 og Kvale & Brinkmann, 2012).

Under hele transkripsjonsprosessen hadde jeg fortløpende kontakt med co-moderator for innspill, tanker eller hennes notater som kunne støtte transkriberingen og forståelsen av intervjuene. Det kunne være innspill omkring forståelsen av det som ble sagt, spesielt ved usammenhengende tale, men også observasjon av blick, nikk eller stemning mellom deltakerne i intervjusituasjonen (Tjora, 2013). Under intervjuene ble det ofte sagt hmm eller andre lyder som i utgangspunktet både kan oppfattes som bekreftende lyder, men også som lyder som kan representere en undring. I tilknytning til slike lyder var det en støtte å kunne reflektere sammen med co-moderator rundt forståelsen av denne non-verbale kommunikasjonen. Var det lyder som avkreftet, bekreftet eller stilte seg undrende til det som var sagt i forkant? Selv har jeg ikke norsk som førstespråk, men har vært bosatt i Norge i 28 år og tror jeg får de fleste språklige nyanser med meg. Også på bakgrunn av dette fikk refleksjonene med co-moderator betydning for forståelsen av det talte ord. Co-moderator har norsk som førstespråk. Deltakerne ble i transkriberingen kodet med en bokstav hver og ble dermed anonymisert i det transkriberte materialet. Transkriberingen av begge intervju ble på 33 sider hver, altså satt jeg igjen med et samlet datamateriale på 66 sider.

Analyse

Det ble fra studiens start planlagt en tematisk analysemodell til bruk for bearbeidelse av intervjumaterialet. Den tematiske analysen baserer seg både på empiri og teori og er styrt både av intervjuguiden og av problemstillingen. Metoden som ble valgt for analysen er stegvis induktiv metode slik den er beskrevet av Tjora (2013). For denne studien vil den metoden han beskriver innebære og gjøre et utvalg av deltakere, gjennomføre intervju med lydopptak og deretter transkribere opptaket. Etter dette gjøres en koding av det transkriberte materialet, som videre blir gjenstand for en kategorisering. Kategoriene belyses og diskuteres ut fra teori og tidligere empiri. Til slutt ser man om denne nye kunnskapen kan legges til grunn for ny teoriutvikling.

Studiens formål er å belyse om personer, som har gjennomgått den aktuelle gruppebehandlingsintervensjon, selv opplever noe endring av daglige triggere. Studien omfatter intervju av to grupper, og det er dermed mulig å sammenligne disse gruppene i gjennomgang av temaene.

Av transkripsjonen fremgikk det flere steder at deltakerne til tider hadde usammenhengende tale og det var stor variasjon i hvor mye den enkelte sa. Dette til tross for at alle var delaktige under intervjuene. Variasjonen i utsagnene var fra en eller to setninger, til det som i transkripsjonen viste seg nærmere en side i ren tekst. Å analysere transkripsjonen ble derfor tidskrevende og til tider vanskelig. Jeg forsøkte først med en sorteringsbasert koding av innholdet i utsagnene, men så etter hvert at denne typen koding ikke sa noe om det som egentlig ble sagt. Den ga derimot kun et bilde av de tema det ble snakket om.

I stedet for den sorteringsbaserte kodingen ble derfor en tekstnær koding valgt for analyse, slik den er beskrevet av Tjora (2013). Denne kodingen er ikke styrt av teori, hypoteser eller på forhånd gitte tema, men forsker finner derimot meningsbærende ord i teksten som setter temaer for analysen. Den tekstnære kodingen skal få tak på deltakernes meninger og opplevelser uten at forsker tolker empirien for tidlig. Kodingen skal dermed si det samme som deltakerne, men med færre ord.

Et eksempel på de ulike måtene å kode på:

«- for min del så var det et kurs som var midt i blinken både timing og innhold – var det åhh .. på alle kapitlene egentlig. Men det var det største kapitlet som traff mest, som jeg måtte jobbe mest, mange ganger daglig med – det var triggerne. Og det var .. toleransevidu ikke minst, -

ikke minst. Det, - det har hjulpet meg veldig, med det kurset her. Æhh ennå et godt stykke igjen, men he he».

En sorteringsbasert koding ble til: *Timing og innhold var bra.*

En tekstnær koding ble til: *God timing og innhold i kurset. Kapitlene om toleransevindu og triggere ga mest utbytte.*

Etter denne meningsfortetning av teksten som kodingen er, fikk jeg en mindre tekst å jobbe med. Teksten, som var deltakernes måte å ordlegge og forstå seg på, så jeg i lys av teori, med de begreper og forståelse jeg fant der. Etter hvert ble det tydelig at kodingen kunne grupperes i ulike kategorier med underliggende temaer. Noen temaer og kategorier var som forventet i henhold til intervjuguiden, men også andre tema kom frem.

Temaer som var interessante, og kunne bidra til å belyse problemstillingen, ble tatt med videre i studien. Temaene er Kursets rammer, Traumeforståelse og håndtering av triggere, Trygghet og Møtet med helsevesenet. Tabell 1 side 39 viser en oversikt over tema med underliggende kategorier.

Forskers teoretiske og faglige ståsted

Kompetansehevingsprogrammet *Fokus på traumer* bygger på nyere traumeteori og den faseorienterte forståelse. Jeg, som prosjektkoordinator for programmet, er derfor godt kjent med denne teoretiske forståelsesmodellen. Jeg har i tillegg tilrettelagt for kurs i bruk av manualen «Tilbake til NÅTID» med foredragsholdere fra Modum Bad. Dette gjør at jeg også har god kjennskap kursmanualen denne studien bygger på. Likevel har jeg ingen forpliktelser i forhold til Modum Bad. De vet om, men har ikke på noen måte vært involvert i, denne studien.

I min snart 30 år lange yrkeskarriere innen psykisk helsevern, har jeg jobbet både med personer som har utøvd vold, men også med personer som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Jeg har blant annet i flere år jobbet på Senter mot incest og seksuelle overgrep i Sør-Trøndelag (smiso-st). Her hadde jeg daglig enesamtaler med personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, men hadde også mange samtaler med partnere, andre familiemedlemmer og helsepersonell som jobbet med temaet seksuelle overgrep. Å arbeide så lenge og intenst med et så alvorlig tema, å se og kjenne på andres lidelse, gjør noe med ens egen forforståelse og livsverden. Man mister lett sin «uskyld» i en slik jobb og en kan fort miste troen på at alle

mennesker har noe godt i seg. Samtidig kan man bli grepet av sterk empati for de som har opplevd traumatiske hendelser og få et stort ønske om å hjelpe dem (Isdal, 2017). Å ha kjennskap til fagfeltet kan være en fordel, og kan skape trygghet og tillit i intervjusituasjonen. Motsatt kan det også bidra til at jeg som forsker er forutinntatt med min forforståelse og dette kan skape feltblindhet (Malterud, 2012).

Som faglig veileder på smiso-st har jeg selv vært kursleder for ganske mange grupper. Noen grupper har vært en innføring til selvhjelpsgrupper, andre har vært kurs i ulike tema, som for eksempel forhold til egen kropp, relasjon til partner eller lignende. Alle disse gruppene har hatt tema som kan være aktuelle for de som har opplevd seksuelle overgrep. Min erfaring fra disse gruppene er blandet. På den ene siden har jeg sett at noen grupper tilsynelatende har hatt stort utbytte av både tema og innhold, men også hvor den enkelte har hatt glede av å kjenne seg igjen i de andre gruppemedlemmene. For andre grupper har det virket som om deltakerne har holdt hverandre i en fastlåst tilstand. Gjenkjennelsen til hverandre har for meg ikke virket helsefremmende, men derimot fremstått som en bekreftelse på at alt i livet er vanskelig, og at det ikke er noe å gjøre noe med. Jeg har ofte undret meg over hva som er årsak til dette, eller hva som skal til for at deltakere av en gruppe skal få et positivt utbytte av deltakelse i slike grupper. Denne studien springer ut også fra denne undringen.

Hva skal til for at en gruppe kan være helsefremmende for den enkelte deltaker?

Pålitelighet og overførbarhet

Pålitelighet

Innsamling og bearbeiding av datamateriale vil på alle nivå i en forskningsprosess kunne gjøres på flere forskjellige vis. Dataene vil påvirkes av de valg forskeren tar gjennom hele forskningsprosessen. Noen av disse problemstillingene handler f.eks. om hvilke forskningsspørsmål man vil undersøke, hvordan intervjuene skal gjennomføres, hvordan transkribere, hvilken tilnærming forsker har til koding og kategorisering, og hvilken teori materialet skal belyses ut fra. (Kvale og Brinkmann, 2012; Tjora, 2013 og Malterud, 2012). I kvalitativ forskning legges det vekt på at det ikke finnes entydige svar, men at forskningen må ses ut fra nettopp de valg som er tatt, og dermed fra de perspektiv som studien tar. Målet for forskningen blir å kunne nyansere virkeligheten og til slutt å kunne utgjøre en forskjell for de det gjelder (Malterud, 2012). Videre argumenterer Malterud (2012) for at jo mer presis problemstillingen er, og jo mer relevant utvalget er i forhold til problemstillingen, jo mer

presise svar får man fra en studie, og jo mer vil det være overførbart til andre pasienter med samme diagnose og symptomtrykk.

Et viktig metodespørsmål er om man har fått tak i deltakernes egne erfaringer og meninger, dvs. om det som kommer frem i intervjuene er troverdig. Kanskje særlig for dette utvalget vil opplevelsen av trygghet i intervjusituasjonen kunne påvirke deltakernes evne til å meddele seg. I studien ga deltakerne uttrykk for at de var trygge i denne situasjonen. Den ene gruppen sa dette ganske tydelig, og de mente selv at tryggheten lå i at de kjente forsker fra før. Også i den andre gruppen virket deltakerne taleføre og trygge. Begge grupper var opptatt av å kunne bidra med sine egne erfaringer omkring behandlingsintervensjonen.

For å sikre påliteligheten i materialet ytterligere, vurderte jeg om deltakerne skulle kontaktes kort tid etter intervjuet, med mulighet for å kommentere transkripsjonen. Da med tanke på at jeg kunne sikre meg at det som var sagt var oppfattet korrekt. Denne tanken ble tidlig forkastet av flere årsaker.

Å samle deltakerne kort etter transkripsjonen ble ferdigstilt var ikke mulig da det ble sommer og deltakere, kursledere og forsker avholdt ferie på ulike tidspunkt. Dermed ville det gå for lang tid mellom intervjuene og et møte nummer to. I tillegg ville det å samle deltakerne enda en gang, kunne skape unødvendig mye merarbeid for kurslederne. Jeg hadde ikke tilgang til kontaktinformasjon til deltakerne og måtte ha kurslederne som mellomledd. Å i ettertid be deltakerne kommentere egne utsagn, kunne lett føre til at de ville komme med ytterligere informasjon. Dette ville kunne skape uklarhet i studien og problematisere de allerede innsamlede data. Dette ville dermed ikke bli en bekreftelse av de første intervjuene. Gruppene var ganske samstemte i de svarene som fremkom under intervjuene. Kvale og Brinkmann (2012) skriver følgende: «*Mens det er ønskelig med en høy reliabilitet av intervjufunnene for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon*». Studien skal gjenspeile deltakernes virkelighet og livsverdener og ikke komme med en entydig sannhet. Jeg tenker derfor at denne samstemtheten mellom gruppene forsterker påliteligheten i studien og jeg så derfor ingen grunn til at et møte nummer to skulle finne sted.

Til slutt mener jeg at det tette samarbeidet med co-moderator har forsterket påliteligheten i dataen. Jeg, som forsker, har ikke sittet alene med førstehåndskjennskap til datamaterialet, men har hatt co-moderator å drøfte materialet med. To intervjupersoner, og jeg som forsker,

har ikke norsk som førstespråk. Selv om vi alle forstår og snakker forståelig norsk, har det også av denne grunn vært av betydning å være to til bearbeidingen av intervjusituasjonene. Samspillet og drøftingen mellom forsker og co-moderator har bidratt til en bedre nyansering og forståelse av materialet under analyseprosessen.

Overførbarhet

Kan funnene, dvs deltakernes erfaringer og beskrivelser omkring det å delta på «Tilbake til NÅTID», også gjelde for andre som gjennomfører dette kurset? Det var 9 personer som deltok i fokusgruppeintervjuene. Malterud (2012) viser til at man i kvalitativ forskning ikke etterstreber store utvalg for å kjøre kvalitative dataanalyser, men at eksempelvis et fokusgruppeintervju er nok til at kunne si noe om et fenomen. I denne studien er det foretatt intervju av to grupper. Gruppene bekreftet på mange vis hverandres erfaringer og betraktninger. På bakgrunn av dette var det lite som pekte mot at et fokusgruppeintervju av en tredje gruppe på noen måte ville tilføre studien noe fenomenologisk nytt. Dette er et argument for at det som kommer frem er overførbart til denne type utvalg.

Å være utsatt for traumer type 2 vil kunne oppleves svært ulikt. Symptombildet kan være forskjellig fra person til person. Symptomer kan til og med gi seg utslag på ulike måter fra dag til dag, for samme person. (van der Kolk, 2014). Der er et bredt spenn i de som får diagnosen PTSD type kompleks, alt fra for eksempel utviklingstraumer, traumer etter krig- og tortur eller FN-veteraner som har opplevd traumer under krigshandlinger. Studiens deltakere hadde alle vært utsatt for gjentatte relasjonstraumer før fylte 18 år og hadde reguleringsvansker. Deltakerne var alle kvinner i alderen 25 – 55 år og ikke alle hadde norsk som førstespråk. Gruppene var fra DPSen satt sammen som homogene grupper, hvor alle hadde flere likhetstrekk med de andre deltakere. Problemstillingen i studien er snevret inn til å se på personer som har vært utsatt for relasjonstraumer. Utvalget av deltakere er relevant i forhold til denne studien, og som Malterud (2012) skriver, vil dette øke relevansen og overføringsverdien til andre pasienter med samme diagnose og symptomtrykk.

Forskningsetikk

Kvale og Brinkmann (2012) beskriver at man på alle nivå i en forskningsprosess må ivareta etiske dilemmaer som vil oppstå. Noen dilemmaer vil man kunne forutsi og derfor ta høyde for i planleggingen av en studie, andre dilemma vil bli aktualisert i løpet av prosessen. I planleggingen av denne studien ble forholdet mellom forsker og de to kurslederne som hadde

en personlig relasjon til hverandre avklart. Det ble inngått en avtale om at datamaterialet fra studien ikke skulle være et tema verken i privat eller faglig sammenheng. Dette gjaldt både innholdet i intervjuene, kategoriene som fremkom og drøftingen av disse. Kurslederne har heller ikke hatt innflytelse på studiens problemstilling. Den private relasjonen mellom kurslederne og forsker er slik at uenigheter og motstridende meninger tolereres og respekteres. Avtalen ble derfor at studien ikke skulle gjennomføres på noen annen måte enn om det ikke var en privat relasjon. Når det gjelder den praktiske tilretteleggingen og gjennomføring av intervju har det vært en fordel at ha kjennskap til noen av kurslederne. Det har vært lett å samarbeid med dem, både når det gjelder arbeidet med å innhente deltakernes underskrift på samtykkeerklæringen, reservasjon av rom for intervju og lignende. Miljøet omkring de som jobber med personer som har vært utsatt for traumer, og som har gjennomført kurs etter manualen «Tilbake til NÅTID» er forholdsvis begrenset. Dette til tross for at flere DPSer i Midt Norge etter hvert har slike gruppebehandlingstilbud. Forsker konkluderte derfor med at data i studien ville kunne gjennomføres til tross for private relasjoner.

Når man som forsker har jobbet innen psykisk helsevern, og da spesielt med personer som har vært utsatt for traumer i mange år, vil det være en mulighet for at deltakere er kjent fra tidligere. I planleggingen av studien ble det vurdert at noe lignende kunne skje. I informasjonsskrivet om studien som ble gitt til deltakerne før intervjuene stod navnet på forsker, og det var dermed kjent for deltakerne hvem som ville gjennomføre studien. Før intervjuene visste ikke moderator og co-moderator hvem intervjupersonene var. Det viste seg at de 5 deltakere fra gruppe 1, alle var tidligere kjente for moderator. Deltakere sa kjennskapet til moderator var medvirkende årsak til at de hadde meldt seg som deltakere. Kjennskap til forsker kan ha sin fordel, som her; at informantene viste tillit til forsker. Utfordringen med dette kan imidlertid være at jeg som forsker kunne unngå sårbare tema. Jeg mener dette er ivarettatt da denne studien retter seg mot informantenes opplevelse av å delta i et kurs andre hadde ansvaret for.

Sannsynligheten for at forsker var kjent med så mange som 5 ut av 9 deltakere var ikke forutsigbart før studiens start, og var noe forsker var bevisst gjennom hele forskningsprosessen. I planleggingen av studien ble det vurdert at noe lignende kunne skje.

Moderator kjente ingen av deltakerne fra gruppe 2 og Co-moderator kjente ingen av de til sammen ni deltakerne.

Kjennskapet til de 5 deltakerne stiller indirekte noen forventninger til meg som forsker. Utsagnet over formidler en tillit og trygghet på at forsker kan møte deltakerne under intervjuene på en respektfull måte. Det ligger også en underforstått forventning om at forsker vil forstå eventuelle utfordringer og belastninger det kan innebære for deltakerne å delta på en slik studie. Deltakeren formidler også i utsagnet, at en med kjennskap til forsker kan formidle annen informasjon enn dersom forsker ikke hadde vært kjent. Dilemmaet her blir hvordan fortolkningen av datamaterialet fremstilles. Vil materialet være gjenkjennbart for deltakerne og være i overensstemmelse med deres egen opplevelse av seg selv? (etikkom.com). For personer som har opplevd traumer i nære relasjoner, som deltakerne i denne studien, vil det være spesielt viktig å fremstille datamaterialet på en slik måte at integriteten til deltakerne ivaretas. Det samme gjelder for kurslederne og individualbehandlerne.

Malterud (2012) sier at studier bare må utføres dersom formålet er viktigere enn den risiko og belastninger som forskningen innebærer for deltakeren.

Det vil kunne være en belastning for kursdeltakere å prate om egen erfaring og konsekvens etter traumer. I denne studien antas belastningen å være håndterlig for deltakerne, da de ikke skal gå inn i egen historie, men derimot formidler erfaringer fra gjennomført kurs. Likevel måtte en deltaker trekke seg ut av gruppen under intervjuet, men det vites ikke av hvilken årsak. Om man har bruk for å ta seg inn under gruppesamlingene er det å gå ut av rommet i noen minutter, en akseptert og innlært strategi.

Med deltakelse i gruppebehandling etter manualen «Tilbake til NÅTID» har de aktuelle intervjupersonene alle gjennomgått hvordan de kan ha fokus på å gjenkjenne triggere, og har lært seg øvelser og teknikker for håndtering av disse. I tillegg er deltakerne etter kurset godt kjent med hverandre, de skulle ikke gå inn i egen historie og om det var behov for det, var det mulighet for å prate med en kjent kursleder eller individuell behandler etter intervjuene. Deltakerne hadde i tillegg mulighet for å trekke seg fra studien når de måtte ønske.

Datamateriale som lydopptak og transkripsjon, blir oppbevart etter gjeldende forskrifter.

Kurslederne vurderte på forhånd at alle forespurte til studien hadde samtykkekompetanse. Dvs. om de var i stand til å si seg villig til deltakelse eller ikke. Dette er i tråd med Forskningsetiske retningslinjer (2006) (Ringdal, 2013).

For at ivareta god etisk praksis ble studien søkt godkjent i Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Søknad ble sendt tre ganger og da to ganger med fremleggsvurdering og en gang innsendt med full prosjektbeskrivelse. REK konkluderte med følgende: *«Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2.»* vedlegg nr. 3). REK anbefalte videre kontakt til personvernombud vurdering i forhold til taushetsplikt og personvern.

Prosjektbeskrivelse ble da sendt til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) som konkluderte med å anbefale at studien ble gjennomført (vedlegg nr. 4).

Prosessen med vurderinger fra REK og NSD tok sammenlagt 10-11 måneder.

PRESENTASJON OG DRØFTING AV EMPIRI

Ni kvinner ble intervjuet i to fokusgrupper. Kvinnene formidlet egen opplevelse av hvordan det har vært å delta i et kurs etter manualen «Tilbake til NÅTID».

Alle deltakere var under intervjuene enige om at dette var et bra kurs, og flere uttrykte at det var det beste de hadde vært med på. Det var enighet om at boken er et verktøy som er viktig å bruke også etter de 20 ukene kurset varte, både hjemme og i individualbehandling.

Problemstillingen for studien er:

Hvordan kan et gruppebasert kurs i stabilisering og ferdighetstrening gi en ny forståelse i å gjenkjenne og håndtere daglige, traumerelaterte triggere?

I dette avsnittet vil data fra intervjuene bli presentert i temaer med underliggende kategorier. Presentasjon vil i blant fremstilles som gjengivelse av deler av intervjuene og i blant som sitater fra informantene. I Tabell 1 finnes en oversikt over de ulike temaene og underliggende kategorier som ble avdekket under analysen av intervjuene. De tre første temaene sier noe om deltakernes opplevelse av kurset, mens det siste temaet handler mer om hva som kan bidra til større utbytte av kurset.

I dette kapitlet vil først resultater tilhørende hvert tema bli presentert og disse etterfølges av drøfting relateres til det aktuelle tema. Forskers egne refleksjoner vil bli fremstilt både under resultatdelen, men også under drøfting hvor denne knyttes til relevant teori.

Tabell 1. Oversikt over temaer og kategorier som ble avdekket i analysen.

Tema	Kategori
Kursets rammer	Organisering og individuell tilpasning påvirker utbyttet av kurset
Traumeforståelse og håndtering av triggere	Traumeforståelse gir selvinnsett og opplevelse av triggerhåndtering
	Teknikker og øvelser er utfordrende, men kan gi endring
Trygghet	Mindre skam og større åpenhet i kjente relasjoner.
	Trygghet og gjenkjennelse bidrar til fellesskapsfølelse og håp om endring
Møtet med helsevesenet	Individuell oppfølging øker utbyttet av kurset
	Manglende traumeforståelse hos fagfolk

Kursets rammer

Organisering og individuell tilpasning påvirker utbyttet av kurset

Informantene hadde alle kommentarer til organiseringen av kurset, samt innhold og tiden etter kurset. Flere sa de ikke hadde fått god informasjon før kurset eller at informasjonen hadde vært for generell. De undret seg over om dette kunne ha sammenheng med at de selv ikke hadde kunnet ta imot informasjonen; at den enten hadde vært for overveldende eller var gitt av en av kurslederne som var ukjent for dem, dette til tross for at individualbehandler hadde vært til stede i situasjonen. En beskriver det slik:

«Så det var, jeg var fornøyd med den informasjon jeg fikk og så var det sånn at det kommer, at plutselig med en gang og for mye, så jeg var litt forvirra også, jeg husker ikke så mye om den dagen der jeg var, jeg dissosierte med en gang, selv om jeg fikk vite på forhånd at det skulle bli en person med min behandler som skulle informere om kurset der, men jeg vet ikke, jeg var redd for den nye,

det var som en utfordring i meg og så var det sånn – er litt skeptisk med type kurset her».

Her beskriver informanten en motsetning. Hun er fornøyd med informasjonen, men sier samtidig at hun ikke fikk så mye med seg. Hun beskriver at på tross av at hun var forberedt på situasjonen, ble hun overveldet og dissosierte. Dette tillegger hun den ukjente situasjonen og personen.

Manualen legger opp til at gruppene kan ha noen tilpasninger av innhold og gjennomføring. I den ene gruppen ble gjennomgang av det kommende kapittelet tatt før repetisjonen av kapittelet fra forrige gang, altså i omvendt rekkefølge av det som blir presentert i manualen. Årsaken til denne endringen var et ønske fra en av deltakerne. Hun mente at dette hjalp henne med å disponere energien i løpet av en gruppesamling bedre.

Noen av deltakerne sa at det var vanskelig å holde konsentrasjonen gjennom hele samlingen, og at de ble slitne. En informant sa at manualen ble fulgt i starten av kurset, men at det lenger ut i kurset ble mer refleksjon rundt temaene, og at det var det hun hadde best utbytte av. Flere informanter sa at gruppesamlingene var for korte eller at det var for mye innhold i hver enkelt samling. Hver kursdeltaker opplevde at noen kapitler var mer viktige for dem enn andre. Ikke alle klarte å lese kapitlene hjemme og fikk derfor ikke forberedt seg så godt som de ønsket til samlingene. For flere var lydfilene med øvelser vanskelig å få lastet ned, og ikke alle hadde kommet så langt at de klarte å høre på disse. Samtidig hadde mange et ønske om å kunne klare det etter hvert. To hadde dysleksi og hadde problemer med å få lest kapitlene og kom med forslag om å få manualen på lydbok. En av disse hadde også erfaring med å jobbe sammen med en annen person (ikke fra gruppen) om boken. I gruppe 2 dukket spontant tema om gjentakelse av kurset opp, og da med samme gruppekonstellasjon. I tilknytning til dette ble det sagt at det hadde vært fint med en repetisjon av samme kurs 3-6 måneder etter endt kurs eller en form for oppfølgingskurs enten med nye temaer eller utdyping av allerede gjennomgåtte tema. En sa at hun ønsket mer struktur i gruppemøtene, men ville samtidig ikke ødelegge prosessen. Alle deltakere var enige om at kurset var veldig nyttig og ønsket å anbefale det til andre som har vært utsatt for traumer. Samtidig formidlet de at det var viktig med både informasjon på forhånd og organiseringen av kurset. De mente at hensikten med kurset ble borte dersom organiseringen ikke er på plass.

Drøfting: kursets rammer

Litteraturen viser at kjennetegn ved det å bli utsatt for relasjonstraumer er opplevelsen av å miste kontroll, trygghet og uforutsigbarhet (Anstorp og Benum, 2014). På grunn av dette blir det svært viktig for disse personene å ha gode relasjoner senere i livet. Relasjoner hvor de kan oppleve nettopp kontroll, trygghet og forutsigbarhet. Har man først blitt alvorlig krenket, er det ofte vanskelig å kjenne/ha tillit til andre mennesker og tro på at nye krenkelser ikke vil skje i de nye relasjonene. Man ser at fysisk og psykisk nærhet kan bli vanskelig og utfordrende i hverdagen, og kan innskrenke bevegelsesfriheten og nedsette livskvaliteten. Å møte nye mennesker blir derfor ofte forbundet med en viss skepsis.

Utviklerne av «Tilbake til NÅTID» er klar over alt dette, og det kan se ut til at de har lyktes med å utvikle et kurs som klarer å tilby de rette rammene for mennesker med relasjonstraumer, da alle informantene vil anbefale kurset til andre med tilsvarende bakgrunn. Videre er de enige om at organiseringen og rammene rundt kurset er viktig for utbyttet, og kommer med synspunkter til hvordan kurset kan videreutvikles. Deltakere fra begge gruppene formidler at hver enkelt kurssamling er for kort i tid, og begrunner dette med at de kunne bruke mer tid på de ulike tema og kursinnholdet. Gruppe 2 ønsker i tillegg en gjentakelse av hele kurset, enten med samme innhold, eller med nye relevante tema. Gjentakelsen kunne være noen måneder etter kursslutt, men da under forutsetning av at det blir med den samme gruppekonstellasjonen. Forslaget deres sier noe om den betydningen de tillegger kurset, og at de får noe igjen for den tid og energi de legger ned i dette. Jeg tenker at forslaget er interessant, nettopp med tanke på mulig amnesi, konsentrasjonsproblemer og manglede forstått informasjon før kurset. Dette forutsetter imidlertid at tid og repetisjon er en viktig faktor for forståelse og endring. Vi vet at dette er viktig i mange andre sammenhenger, som å bli dyktig på et instrument eller i en idrettsgren. I denne sammenhengen vil det være interessant å undersøke om et ekstra kurs, som både skal være en repetisjon og en videreutvikling, vil gjøre en ytterligere forskjell for deltakerne.

Som skrevet i innledningen så har «Tilbake til NÅTID» sitt opphav fra en annen kursmanual som retter seg mot personer med alvorlige dissociative lidelser (Boon et al., 2014). Denne manualen innehar hele 32 kurssamlinger. «Tilbake til NÅTID» har 20. Hvilke tanker det ligger bak manualen «Tilbake til NÅTID» når det gjelder tidsbruk, vites ikke. Det er mulig at dette handler om hva som er praktisk gjennomførbart for poliklinikken til Modum Bad i Oslo. Ikke mye annen forskning om stabiliseringskurs baserer seg på 1. personopplysninger (Stige et al., 2013)) og har dermed ikke spurt etter opplevelsen av forståelse og endring hos

deltakerne. Det finnes annen forskning på gruppebehandling rettet mot samme målgruppe, men ikke med samme innhold. Denne forskningen viser ulik effekt avhengig av terapiform, men at forskjellen i effekt jevner seg ut over tid. For noen grupper vil effekten vedvare og for andre kan man, etter noen måneder, se en effektnedgang (Elkjaer et al., 2014). Intervjuene for de to gruppene i denne studien er gjennomført på forskjellige tidspunkt etter endt kurs, henholdsvis etter fire måneder, og etter en uke. Likevel er det ikke store forskjeller i hva deltakerne opplever når det gjelder kursets organisering og utbytte. At gruppe 1 ikke satte fokus på en gjentakelse av kurset kan skyldes at deltakerne fra denne gruppen også deltok på andre gruppetilbud ved DPSen på intervju tidspunktet.

Intervjupersonene i denne studien er fornøyd med kurset. De sier at rammene for kurset gir rom for individuell tilpasning, for læring og det å være i prosess. Samtidig kan disse rammene også være bremsende for nyttige refleksjoner, noe som var viktig for informantene. Etter de første 2-3 kurssamlingene opplevdes trygghet i begge gruppene.

Ikke overraskende er erfaringene Modum Bad har gjort seg med disse kursene, bl.a. at de deltakere som jobber aktiv med kursmaterialet, gjør hjemmearbeid og trener på øvelsene er de som får størst utbytte av kurset (Støren & Utgarden, 2014). Denne studien har ingen opplysninger om hvem av informantene som har brukt kursmaterialet mest aktivt, men samtlige intervjupersoner forteller om opplevd endring. Vi vet at personer med diagnosen PTSD type kompleks kan ha en utfordring med både amnesi og konsentrasjon, og at innlæring er krevende. Spesielt en av kursdeltakerne formidlet at hun hadde utfordring med konsentrasjon, men fortalte samtidig at gruppen hadde tatt hensyn til dette og lagt til rette for henne. En slik tilrettelegging krever enten at kursdeltakeren evner å formidle sitt behov i gruppen, eller at kurslederne forstår den enkeltes ønsker og behov. Å ha oversikt både over kursinnhold, rammene for kurset, gruppen og dens dynamikk og den enkeltes behov krever mye av kurslederne (Støren & Utgarden, 2014). Ut fra det deltakerne formidler klarer kurslederne denne balansegangen. Deltakerne har likevel noen konkrete tilbakemeldinger de mener kan gjøre utbyttet av kurset enda større. De ønsker bedre tilgang til øvelsene på lydfil, men også at hele boken blir gitt ut som lydbok. Dette for at de som har lese- og konsentrasjonsvansker bedre skal kunne følge med, og for at det skal bli enklere å gjøre hjemmeleksen. De to deltakere som ikke hadde norsk som første språk, var ikke de som nevnte tilrettelegging av kursmaterialet.

I PTSD-diagnosen type kompleks, ligger at personen lett blir overveldet og bruker unnvikelsesstrategi og kan dissosiere. Et av temaene i manualen er dissosiasjon. Dissosiasjon kan defineres som en patologisk tilstand som personen ikke har kontroll over. Personer som har vært utsatt for gjentatte traumehendelser over tid, har ofte et smalt toleransevindu og er preget av en kronisk aktivering av stressresponser. Det vil si at personen raskt kommer utenfor sitt toleransevindu, og har i mindre grad tilgang til sine kognitive ressurser. Dette gjør at det kan være vanskelig å ta imot ny informasjon og ny læring (Støren & Utgarden, 2014). Dette beskriver informanten i eksemplet hvor informasjonssituasjonen ble overveldende. Informanten sier hun dissosierte, men samtidig at informasjonen var god. Om informanten beskriver overveldelse og dissosiering eller om hun kjenner på en naturlig uro de fleste mennesker ville ha gjort i en slik situasjon, er vanskelig å si. Flere informanter peker på at informasjonen forut for kurset er viktig, men at flere av dem hadde opplevd den mangelfull eller for generell. Informasjonen bør gi en god beskrivelse av hvilken type gruppe som tilbys og informasjonssituasjonen må være beskrivende for dette. Jeg tenker at informasjonen med fordel kan presenteres mer enn én gang. Her gjelder regelen at gjentakelse fremmer forståelsen.

Traumeforståelse og håndtering av triggere

Traumeforståelse gir selvinnsikt og opplevelse av triggerhåndtering

Det var en generell enighet blant informantene om at kapitlene om traumeforståelse, toleransevinduet og triggere var de som ga mest utbytte. Deltakerne trakk frem at kurset ga dem ny forståelse, og at den psykoedukative delen som omhandler hvordan traumer lagres i hjernen og hvordan en kan forstå og håndtere traumereaksjoner, var svært viktig.

En sa det slik:

«... men bare det å vite at det lagrer seg innen i amygdala, for meg bare det å vite at det faktisk, - for bare det ga meg en sånn wow. Den her, det er faktisk ikke noe jeg kan for. Det tror jeg kanskje har den største greier for meg i alle fall, at jeg har sluppet tak i den her skyldfølelsen».

En annen sa:

«...og det er noe med den forståelsen eller opplevelsen eller kall..., skjønner du det er noe med den der hele tiden, balansegangen i det da. Å forstå det utenfra og innenfra».

Kurset ga deltakerne en forståelse av at de hadde normale reaksjoner på unormale hendelser. Samtidig ga det også en forståelse av hvordan teorien kan anvendes for egen del, og deltakerne lærte hvordan de kan få ting til å fungere i hverdagen. Informantene refererer til at kurset gir dem en sammenheng mellom teori, forståelse og praksis. Det som gjennomgås på kurset er tilsynelatende nært knyttet til informantenes hverdag og utgjør en forskjell for dem. Samme informant som over sa også:

«Og det var det jeg tok frem i gruppa, det var mange ganger når vi hadde eksempler så gikk jeg på – for hva er menneskelig og hva er fordi du er traumeutsatt?»

Informanten formidler her en usikkerhet eller undren over hvilke reaksjoner som er alminnelige for alle mennesker. Hun beskriver usikkerhet om hva som er traumerelatert reaksjon eller hva som alle opplever uansett; traumeerfaring eller ikke.

Noen informanter sa de ikke var like positive til alle gruppemøter, men forstod at de måtte øve seg og at de ble mer positive til kurssamlingene jo lengre de kom i kurset.

Informantene kom med eksempler på hva en trigger kan være. De formidlet at det kan være lyden av sang, lukten av en parfyme, et bilde man ser, men også en indre følelse som for eksempel følelsen av å være alene. Under intervjuene var det høye lyder utenfor rommet og disse lydene brukte informantene til å illustrere hva en trigger kan være. De satte ord på hvordan de kunne håndtere disse bedre på intervjutidspunktet enn ved første kursdag. Deltakerne formidler at det i hverdagen er triggerne som kan sette dem helt ut av spill slik at de mister kontrollen på situasjoner, og at de da kan ha en opplevelse av ikke å være seg selv.

En informant sier at hun har flyttet bolig flere ganger de siste årene og komme med følgende eksempel i den forbindelse:

«Å det har hjulpet meg å få landet meg litt i siste flyttinga mi. Masse nye lyder rundt, nabo i huset. Sånn at bare alarmklokka går rett på, og da med dette kurset så – det er ikke alle gangerne jeg rekk å tenke på ka æ har lært, for kroppen reagerer jo bare,

men æhh ja jeg har koplet meg på flere ganger mye oftere enn noen ganger før i forhold til triggere og forstå hvorfor kroppen går i beredskap».

En annen formidler:

«Jeg har fortsatt samme kroppslig reaksjon, men jeg klarer å hente meg, sånn som den døra i sta (utenfor rommet), klarer å hente meg fortere inn av dem lyder utenfor, der når dem blir, dem er mer fjern enn før kurset, der foregikk det inne på her».

Disse to sitatene kommer fra deltakere i hver sin gruppe. Sitatene sier noe om at reaksjonen på triggerne ikke nødvendigvis uteblir, men at de har avtatt i intensitet i løpet av kurset. Informantene opplever en viss grad av triggerhåndtering og forstår hva det er som skjer. Kanskje er det nettopp denne koblingen som gjør at de opplever at det håndteres bedre? Enda en informant kommer med følgende eksempel når hun beskriver sin håndtering av triggere:

«Jeg har det litt med sånn øhh hettegensere og sånn, litt sånn kåpe litt sånn som mannfolkene bruker med sånn hette på. Og hettegensere har jeg slette med i alle år, når dem begynner å ha på seg hetter og liksom (sukk) men det er faktisk her, jeg har på en måte, så jeg har på en måte lært meg å sjekke hvem som er innen i på en måte – å ja det er du ja, ja».

Intervjupersonen beskriver ikke her en bestemt metode hun har brukt for å skape en endring, men hun beskriver at hun igjennom kurset har lært seg å ha kontroll på triggerreaksjonen.

På spørsmålet om hvordan informantene forstår daglige triggere forklarer en informant det ved å si at boken har gitt ny forståelse om at nervesystemet i hjernen fungerer automatisk, men at det er triggerreaksjonene som skaper problemer i hverdagen. Hun mener at det å bli kjent med sine triggere og triggerreaksjoner har gjort at hun håndterer ting bedre nå. Flere sier at forståelsen av hva som skjer gir en mulighet til å gjøre noe med det, samtidig som det er vanskelig å endre på gamle reaksjoner. Triggerne aktiverer flere sanser samtidig, og man er da i «høyspenn». En kartlegging av egne triggere nedsetter intensiteten av dem. En informant sier at å kartlegge triggere, eksponere seg og akseptere dem har vært en hjelp. En annen

supplerer med at hun fremdeles har de samme kroppslige reaksjonene som før kurset, men at hun nå klarer å dempe dem raskere.

Om forståelsen av triggere sier en informant:

«For min del så føler jeg at daglige triggere, - at nervesystemet slår ut så forferdelig fort. Før så skjønnte jeg ikke hvorfor nervesystemet slo ut så fort, men etter å ha gått kurset så skjønner jeg egentlig det med hvorfor det slår ut da».

Hun beskriver videre en daglig situasjon som for henne har vært triggende, nemlig det å legge seg for natten.

«Men det er nervesystemet som går inn og da datt jeg tilbake til den jenta som jeg var før og ... Jeg merker nå at det ikke er så ille som det var før altså det...»

Sitatene viser at hun har fått en selvinnsikt og forståelse av hva som skjer når hun blir trigget. Hun beskriver at det er bevisstgjøringen omkring triggerne, og intensiteten i dem som har blitt endret. Hun fortsetter eksemplet med å si at hun nå bruker øvelser hun har lært på kurset for å holde seg i nåtid når hun skal legge seg.

Alle informantene kommer med eksempler på forståelsen og endringen av triggere. De sier at forståelsen, kartleggingen av egne triggere og å jobbe med øvelser, har skapt endring i deres aktivering i hverdagen. En informant kommer med eksempler på hvordan hun nå, ved hjelp av innlærte øvelser, klarer å ta buss uten å få panikk. Hun sier:

«Jeg synes jeg har fått med meg veldig mye, om sånn teknikker vi kan bruke, som pusting, hvordan takle daglige triggere, for eksempel hvordan ta buss, hva man skal gjør når man sitter på bussen for ikke å gå av bussen på 1. stopp i stedet for på det 10. stoppet (flire litt). Sånn teknikker for, til å bruke i hverdagen. Det har fungert veldig bra»

Her beskriver hun, bevist bruk av det hun har lært på kurset for å håndtere sine triggere, og at dette har hjulpet henne i hverdagen, som for eksempel når hun tar buss.

En annen informant kommer med eksempel på hvordan hun nå klarer å gå på et større kjøpesenter. Dersom hun kjenner en begynnende aktivering, går hun på toalettet og bruker en av øvelsene hun har lært på kurset, og sier setninger til seg selv som minner henne på det som er «her og nå». Slik gjorde hun det ikke tidligere. En tredje kursdeltaker beskriver at hun nå forstår at det ikke er mannen hennes, men hennes egen reaksjon som er utfordringen. Hun beskriver økt forståelse for at hendelser, trigger og reaksjoner henger sammen. Samtlige deltakere kommer med egne eksempler på at kurset har hjulpet dem med å håndtere daglige trigger på en ny og bedre måte.

En informant sier at det ikke er sikkert at andre kan se at hun håndterer trigger og situasjoner bedre enn tidligere, men at hun selv føler at der er en endring i hvordan hun tenker om ting. Hun har fått en aksept for hvordan hun reagerer. Hun kommer med følgende eksempel fra et tannlegebesøk:

«Men nå sist så måtte han faktisk lene seg så mye over meg at jeg kjente at jeg nesten ikke skulle få puste da, og det var så voldsomt, - men vet du hva jeg takler det så bra, fordi jeg... Og det er nå for han er nødt til det, hvis han skal komme til så er han faktisk nødt og det er første gang jeg har bevist tenkt den tanken for ellers har det bare handlet om reaksjoner, og da har det vært mange ganger at – ikke sant, og så klarte jeg å fleipe med han og si at herre gud så voldelig du var i dag da. »

Dette eksemplet beskriver at reaksjonene hennes ikke uteblir, men at hun er til stede i situasjonen og ikke blir overveldet slik at hun mister kontrollen. Hun er i stand til å bringe det hun lært på kurset inn i hverdagen.

Teknikker og øvelser er utfordrende, men kan gi endring

Alle informanter hadde kapitler de ønsket skulle vært utdypet mer. Samtidig sa flere at ikke alle kapitler eller deler av kurset var like interessante for dem, som for eksempel øvelsesteknikkene eller kapittelet om sinne. Sitatene nedenfor er fra deltakere som hørte til hver sin gruppe.

«..jeg var ikke like positiv til absolutt alle møtene vi hadde, som alle andre, tror jeg»
hun fortsetter *«...for noen av teknikkene for eksempel, som de anbefalte på det*

sterkeste, som jeg kjente at jeg har prøvd før og som ikke fungerer og da får du litt sånn kompleks for at du ikke klarer det på en måte og det, det .. så jeg ble litt frustrert.»

Hun fortsatte med å gi uttrykk for at hun halvveis i kurset lurte på om hun skulle slutte.

Den andre sa:

«...det som hjalp meg å, var at jeg satt og kritiserte boka hele tiden hver gang den tok noe for gitt, sånn er det for alle, basert på den og de, og da sa jeg at nei, jeg har det ikke sånn jeg, jeg passer ikke inn... «

En gav uttrykk for at hun ønsket at kursboken hadde informert mer om at det å arbeide med egen traumehistorie er en prosess, og at man ikke kan jobbe med alt til enhver tid. Dette var noe av den informasjon som gruppelederne måtte supplere kursboken med. En annen sa at hun hadde en følelse av at det ikke var akseptert å være utenfor toleransevinduet.

«Det var liksom i toleransevindu eller ingen ting, det var liksom, der skal du være og resten da er du ute å kjøre altså.»

Disse tre overforstående sitatene sier alle på hvert sitt vis noe om at noen kursdeltakere til tider manglet gjenkjennelsen i kursmaterialet eller så mangler i dette. De opplevde en manglende aksept fra manualen for at om man var «ute å kjøre» og ikke var i toleransevinduet, eller ikke kunne gjennomføre øvelsene, så var ikke dette feil. Dette er derimot også normalt. Uttalelsene sier samtidig noe om den fine balansen mellom å oppleve å mestre noe, og en opplevelse av å måtte prestere.

En av teknikkene som blir introdusert under kurset, er gjenstander for sansning fra sanseskålen. Under intervjuene satt alle deltakerne med noe fra skålen og beskrev at dette var en teknikk som de hadde glede av å bruke. I tillegg beskrev de hvordan de brukte andre øvelser og teknikker i hverdagen til å håndtere triggerreaksjoner. Ikke alle brukte de samme øvelsene og ingen brukte alle. En kursdeltaker beskrev hvordan øvelser ble brukt til å skape en trygghetsbase og andre beskrev at øvelser ble brukt til triggerhåndtering. Dersom deltakerne kom utenfor toleransevinduet, var det ikke alltid øvelser hjalp dem helt inn igjen,

men disse hjalp dem likevel å ha fokus på eget toleransevindu og konsentrere seg om her og nå. Noen øvelser opplevdes som skremmende, og kanskje vanskelige å utføre i gruppe. Disse øvelsene krevde mange gjentatte repetisjoner dersom de skulle benyttes. Flere av deltakerne opplevde det vanskelig å gjøre øvelser alene og å huske dem, og foreslo derfor en ekstra hel kursdag med bare trening og repetisjon av øvelser.

Drøfting – forståelse av triggere

Å få psykoedukasjon, å bli presentert for en helhetlig traumeforståelse samt å lære om toleransevinduet og triggere, er de kapitlene kursdeltakerne sier (hold deg til samme verbform i samme avsnitt når du refererer til intervjuene) har utgjort en vesentlig forskjell for dem. Det er også tydelig at deltakerne har forstått teorien om hva som skjer i hjernen under en traumehendelse. De viser god innsikt i hva som skjer når man blir trigget og går inn i et reaksjonsmønster som tilhører de tidligere traumene. Deltakerne bruker terminologi som hører nevrobiologien til, som for eksempel amygdala. De opplever at forståelsen har redusert skamfølelsen, og de at de forstår at de hadde normale reaksjoner på unormale hendelser. Deltakerne i denne studien gir uttrykk for at det er en trygghet i det å kjenne seg igjen i teorien, forstå denne og å kunne omsette den i en erfaringspraksis. Dette er i tråd med Modum Bads egne erfaringer (Støren & Utgarden, 2014). Det kan se ut til at psykoedukasjon gir økt forståelse for egne plager og livssituasjon. Det som oppleves å gi mening til eget liv, gir endringskraft (Ogden, Minton & Pain, 2006, Stige & Utstøl, 2015a). Det samme bekreftes av studien til Stige og Binder (2017). Her fant man at den psykoedukasjonen som ble gitt gav en nøkkel til forstå egne reaksjoner, noe som reduserte følelsen av anormalitet. Det gav også et håp om endring. Deltakerne mente at dette var en viktig forutsetning for å tilegne seg nye ferdigheter i triggerhåndtering og emosjonsregulering.

Videre finner man at begrepet normalitet løftes frem av deltakerne. De sier at de lenge har strevd med følelsen av å være unormal og annerledes, men at de gjennom gruppebehandlingen har oppdaget at deres egne reaksjoner har en forklaring, og at de derfor kan sees på som normale. Litteraturen viser at jo yngre man var da man ble utsatt for relasjonstraumene og jo nærmere man var i relasjon til krenker, jo større mulighet er det for at man ikke har fått utviklet følelsen av normalitet. Tidlige relasjonstraumer gir mange en følelse av å være alene og annerledes.

Et annet poeng som særlig en deltaker målbærer, er at hun ikke klarer å skille hva som er normalt og ikke. Dermed blir hun i tvil om sine egne reaksjoner, hvordan hun skal tolke og forholde seg til disse. Dette kan ha sammenheng med manglende regulering som barn og kan gi seg utslag i at man ikke har lært å tolke og forstå egne følelsesmessige reaksjoner, inkludert indre kroppslige reaksjoner. En informant eksemplifiserer nettopp dette. Hun beskriver opplevelsen av stress når hun er på et større kjøpesenter, og hvordan hun ved hjelp av øvelser klarer å roe seg ned. Hun formidler samtidig et ønske om at dette temaet kunne hatt en større plass inn i manualen. Min egen erfaring er at både manualen og store deler av behandlingsapparatet innen psykisk helsevern, formidler til pasienter utsatt for traumer at de har normale reaksjoner på unormale hendelser. Likevel er man kanskje ikke like bevisst på å formidle hva som er normalt og ikke normalt. Traumer omfatter alle sansene og det man ikke husker med hukommelsen, husker kroppen. Dette kan komplisere pasientens eget arbeid med å skille mellom hva som er traumereaksjoner og hva som er normale reaksjoner. Salvesen og Wæstlund sier det så tydelig som at «traumeminner er kroppsminner» (2015).

Flere informanter sier at det å lage en kartlegging av egne triggere var til stor hjelp. En slik triggerkartlegging innebærer at man kjenner etter hvilken sanselig aktivering man begynner å få i en gitt situasjon, hva som gjør at man blir trigget og kommer utenfor toleransevinduet sitt. Samtlige informanter kom med egne eksempler på hvordan deres triggere hadde endret karakter og styrke. Noen av eksemplene handlet om hvordan de taklet situasjoner som tidligere kunne være vanskelig, som eksemplene med å ta buss eller å legge seg for natten. Andre eksempler involverte situasjoner og forhold til andre mennesker, som eksemplet med tannlegen, menn i hettegenser eller deltakeren som forstod at det ikke nødvendigvis var hennes mann som var utfordringen i deres forhold. Samtlige informanter beskriver at de gjennom dette arbeidet har fått mer kontroll over eget liv og minsket unngåelsesadferd. Dette samsvarer med erfaringene fra Modum Bad (Støren og Utgarden, 2014) og stemmer overens med traumeteorien. Traumeteorien viser at det å lage en triggerkartlegging og å forstå denne, er utgangspunkt for å endre gamle reaksjonsmønstre.

I manualen inngår øvelser som skal øke mindfulness og oppmerksomt nærvær. Erfaringer fra Modum Bad sier at det å lære seg slike øvelsesteknikker krever trening (Støren & Utgarden, 2014). For en som har utfordringer med konsentrasjon og å kjenne på kroppslige signaler, krever slike øvelser mange gjentakelser. Det er også dette informantene formidler i fokusgruppeintervjuene. Alle forteller at de har øvelser de har lært å bruke, og som gir mening for dem. For noen var veien dit nokså utfordrende, simpelthen fordi det å skulle

mestre en øvelse ble opplevd som noe man skulle prestere. Fokuset ble ikke på læring, men på opplevelse av egen utilstrekkelighet og mislykkethet. Særlig en deltaker formidler dette perspektivet. Hun sier at denne følelsen hadde vært medvirkende årsak til at hun halvveis i kurset hadde overveid å slutte, noe hun likevel ikke gjorde. Hun forteller videre at hun klarte å lære øvelser under kurset, og at hun også hadde utbytte av dem. Å benytte øvelser i gruppe kan synes å være utfordrende. Slike øvelser krever at gruppelederne er fortrolige med øvelsene, og at de samtidig evner å tilpasse disse til den enkelte deltaker. Dette er viktig for at alle deltakerne kan tilegne seg teknikkene og ha utbytte av dem.

Informantene formidler også at det var vanskelig å trene på øvelsene alene. Som en forlengelse av dette, foreslår deltakerne at det tilbys et eget gruppekurs eller en ekstra workshop hvor man kun skal trene på øvelser. Det er interessant å merke seg at de dermed foreslår noe lignende det Modum Bad allerede gir tilbud om. Modum Bad tilbyr kursene «Mindfulness og medfølelse», hvor kurslederne er forfatterne av boken med samme navn (Salvesen & Wæstlund, 2015). Forfatterne har også vært delaktig i utarbeidelsen av manualen «Tilbake til NÅTID». De fleste øvelser som beskrives inngår i begge bøkene. Om Modum Bad har noe systematikk i at det er de samme kursdeltakere som deltar på disse to kursene er uklart, men at det må trenes på øvelser er altså kjent for Modum Bad. Det kan tenkes at et oppfølgingskurs, hvor man kun trener på øvelser, burde bli et naturlig supplement der «Tilbake til NÅTID» benyttes.

Til sist er det viktig å peke på at intervjupersonene formidler at det å lære seg reguleringsøvelser ikke nødvendigvis gjør at triggerne og traumereaksjoner uteblir, men at intensiteten i triggerne endrer seg i styrke. Ved å benytte seg av øvelser opplevde de at stressreaksjonene ble redusert. De kom med andre ord nærmere toleransevinduet selv om de ikke kom helt innenfor. De beskriver likevel at de oppfatter dette som en viktig forbedring. En kvalitativ metodikk gir mulighet for slike funn. Forskningsstudier med et kvantitativt preg, hvor man er opptatt av å måle tilstedeværelse av PTSD-symptomer, ville antakelig hatt vanskeligheter med å finne vesentlige endringer hos deltakerne. Man kan da komme i skade for å konkludere med at et stabiliserings- og ferdighetstreningskurs er til liten nytte for deltakerne. I denne studien gir intervjupersonene tydelig tilbakemelding på at deres forståelse for egne triggerne og reaksjoner har hatt positiv innflytelse på hverdagen

Trygghet

Mindre skam og større åpenhet i kjente relasjoner

I gruppe 1 hadde alle deltakere kjennskap til minst en av kurslederne, samt noen av de andre deltakerne før kursstart. Det var også denne gruppen hvor alle kjente forsker fra tidligere. Dette var kjennskap deltakerne sa var viktig for dem. De mente at det å kjenne en kursleder på forhånd gjorde at de turte å vise følelser i større grad enn de ellers ville gjort. En uttrykte det slikt:

«Siste gangen lå jeg på gulvet, så, men jeg torde liksom, jeg måtte ikke, det å kjenne lederne i forkant, hadde jeg ikke gjort det så tror jeg ikke jeg har øhh havnet på gulvet og turte å sitte på gulvet i en sånn setting sammen... og vise at det, eller vise, det var ikke noe snakk om, det gikk ikke an å skjule det som jeg kjente det får bare, det bare kom. Og det var tillatt».

Hun gir i dette utsagnet uttrykk for å ha kontroll over situasjonen, men samtidig at kjente kursledere gjorde at hun turte gi uttrykk for større sårbarhet. At kurslederne hadde gitt tillatelse til alle typer reaksjoner, gjorde situasjonen trygg for henne.

Det at kurslederne kjente deltakerne bidro også til at dagens tema, øvelser og teknikker kunne tilpasses deltakernes utfordringer. Alle var enige om at kjente kursledere var med på å gjøre oppstarten av kurset tryggere enn det ellers ville ha vært. En uttrykte det slik, mens hun gråt litt:

« ... det som gjør at jeg klare å fungere så bra, mens jeg egentlig ikke fungerer for jeg er ikke til stede, og det at de har skjønt at jeg har problemer, for det er det jeg på en måte ikke har opplevd at andre har skjønt da. Også klare, for jeg klarer ikke, det er det jeg har slitt så vanvittig med, og da på en måte så.. det var veldig annerledes for jeg turte øve meg på å være meg»

Hun sier her at kjente kursledere gir henne størst utbytte av kurset. Kurslederne gav henne anerkjennelse for hennes problemer og dette ga henne mulighet til å «øve meg på å være meg».

Samme informant sier at hun ville slitt med å forstå trygghet hvis hun ikke hadde opplevd det i gruppen og trent på det der. Trygghet var ikke en tidligere kjent følelse for henne.

Alle deltakere fra gruppe 1 sa også ved intervjuets start at de kun hadde meldt seg som informanter fordi de var kjent med forsker fra før, og relaterte dette til at det skapte trygghet. En formidlet det slikt:

«Jeg hadde ikke kommet hvis det ikke hadde vært (moderator/forsker). Jeg hadde kommet til å sitte i gruppa her og ikke snakket i det hele tatt. Da hadde det blitt utrygt».

Videre beskriver hun:

« - men det er litt for det åpner ganske mye personlig, som du har holdt skjult i mange år, som har vært skam. Sååå, det å gå til ukjente å skal plutselig begynne åpne seg, så kommer den skammen igjen.»

Her formidler deltakeren noe om hvor stor plass følelsen av skam kan ha. Denne deltakeren har båret på skamfølelsen i mange år, og følelsen forsterkes i møte med ukjente mennesker. Hun beskriver en opplevelse av å bli overveldet. Flere av deltakerne i denne gruppen sa at å prate med kjente bidrar til at de klarer å være i toleransevinduet og være tilstede her og nå.

I gruppe 2 var det derimot ikke noe tema at moderator/forsker og co-moderator var ukjente personer for deltakerne. I denne gruppen kjente ikke deltakerne hverandre, og ikke alle kjente en av kurslederne. Her ble det sagt at det ikke var sikkert det ville ha gjort en forskjell om man kjente en av disse. Derimot kunne det være at man, på bakgrunn av kjennskap, knyttet seg ytterligere til kjent kursleder og ikke var åpen for andre deltakere og kursledere.

I begge gruppene ble det referert til at erfarne og tydelige kursledere som hadde mye kunnskap om reaksjoner etter traumer, var viktig for at kursdeltakerne skulle få utbytte av kurset. Informantene ønsket å formidle hvor bra kurset hadde vært for dem, og uttrykte at det derfor var viktig for dem å stille til intervju.

Trygghet og gjenkjennelse bidrar til fellesskapsfølelse og økt håp

Begge gruppene ga uttrykk for at det tok flere gruppemøter før de følte seg trygge. De sa at det var skummelt å komme til gruppen første gang, og noen sa de ikke fikk så mye med seg de første 2-3 gangene. Enkelte deltakere var usikre på hva de kunne dele av egen historie, da

de ikke ønsket å trigge de andre deltakerne. Alle sa at pausene var viktige for å bli trygge og kjent med de andre på kurset.

Intervjugruppe 2 kom spontant inn på gjenkjennelse som en viktig faktor for å sette gruppen og skape trygghet. Gjenkjennelse, både til kursinnholdet og til de andre gruppedeltakerne, gav håp om bedring for den enkelte.

En informant formidlet dette slik:

«Jøss, er det flere av oss. Ja det er liksom, er det flere av meg liksom. Det er en ting, det er en greie det her, det er ikke at jeg liksom (plystre, setter en finger til tinningen og gjør tegn som om hun skulle være forvirret eller gal). Det var godt å få den opplevelsen, at man kan støtte seg til andre og få råd av andre å – ja få teknikker som man kan bruke da, og samtidig vet at det kan faktisk bli bedre, når man får bruke andre (mennesker)».

Hun snakker her i jeg-form og beskriver hva hun som enkeltindivid kan få ut av gjenkjennelsen med de andre. Hun gir uttrykk for å være i en positiv relasjon til de andre gruppedeltakerne, og at denne relasjonen gir håp om at egen situasjon kan bli bedre.

En annen informant kom også med en lengre uttalelse omkring gjenkjennelse og trygghet.

«Jeg synes det var fint å se, det er kjempe fint å se andre mennesker, eller å snakke med andre mennesker om det er, og så innse at, eller – for en ting er å lese om det. Mange mennesker føler at – det står i boken, det er greit vet du. Vi er et menneske som du faktisk kan se eller sånn som i ... (navngir en av de andre informanter) så kjenner jeg meg igjen»

I denne teksten er det en brytning. Teksten skifter i bruk av pronomen og i bruk av å være generell eller individuell, - *jeg, mange mennesker føler* og *vi er et menneske*. Med et *jeg* uttaler hun seg som individ. I uttalelsen om *mange mennesker føler*, skapes det en distanse og det synes ikke som hun identifiserer seg med disse «mange mennesker», - det er de andre. Når hun uttaler seg om å kjenne seg igjen i en av de andre gruppedeltakerne, sier hun *vi er et menneske*. Ligger det i denne uttalelsen en identitet og en samhörighet til gruppen? Teksten kan tolkes som at informanten etterhvert identifiserer seg med gruppen. Det har blitt «vi som har vært utsatt for traumer».

I begge gruppene ble det formidlet at gruppesammensetningen er viktig for trykghetsfølelsen. I gruppe 2, som ikke kjente kursledere og andre deltakere fra før, ble sammensetningen av gruppen et utdypende tema. Flere ga uttrykk for at kjønn til både kursleder og deltakere var et tema for dem. En sa at hun ikke kom overens med alle menn, men at det kanskje også kunne være likedan med kvinner. En annen deltaker mente at det gjerne kunne ha vært et par mannlige deltakere i gruppen, og pratet her av egen erfaring fra annen gruppe. En ga uttrykk for at en av gruppelederne kunne være mann, mens to andre sa at det ville være vanskelig å motta behandling av en mann, da de som hadde krenket dem var menn. To deltakere sa at det var viktigere for dem at de andre deltakere ikke var for unge, at det var noen de kunne relatere seg til og som var i samme livssituasjon. En som ikke selv hadde norsk som førstespråk sa at det var viktig at ikke alle var av utenlandsk opprinnelse. Hun hadde tidligere vært i en gruppe med deltakere med ulike førstespråk og det hadde i denne gruppen vært mange utfordringer knyttet til språkforståelse.

Drøfting - trykghet

Gjentatte traumatiske hendelser, spesielt i tidlig barndom skaper ofte vansker med å regulere følelser, det gir dårlig selvbilde og tilknytning i relasjoner blir utfordrende. Tillit og trykghet samt fysisk og psykisk nærhet kan bli vanskelig. Dette kan forklares ut fra et utviklings- og relasjonsperspektiv. (Benum, 2006; Hagen et al., 2014). Deltakerne i denne studien opplevde utrykghet. Noen sa at deler av utrykgheten hang sammen med at de ikke ville trigge andre deltakere, og at de var usikre på hvor mye de skulle dele av egen historie. Andre igjen sa det tok tid å bli trygg på de andre gruppe medlemmene og kurslederne. Sett ut fra dette, synes det ikke som lang tid når informantene alle sier de følte trykghet i gruppene etter 2-3 møter.

En deltaker stiller spørsmålstegn med hvordan man kan lære å kjenne trykghet, og hvor man kan trene på det, hvis man ikke vet hva det er. Samtidig sier hun at hun ble så trygg i gruppen at hun der turte å «*trene på å være meg*». En annen formidler at hun turte å ligge på gulvet under et pledd. En så kraftig reaksjon var det ingen av de andre informantene som fortalte om. Begge disse kursdeltakerne formidler at de kjenner på trykghet og kan bruke gruppen som treningsarena. Enda en kursdeltaker sier at kjente relasjoner ikke bringer samme grad av skamfølelse frem i henne. Skam er en følelse som hører til underaktivering og om denne følelsen tar over, er man utenom sitt toleransevindu (Boon et al., 2014 og Salvesen & Wæstlund, 2015). Deltakeren sier at å kjenne på skamfølelse i intervju situasjonen ville ha fått henne til å forholde seg taust. Min egen erfaring med å ha jobbet med personer utsatt for

seksuelle overgrep, er at alle kjenner på skamfølelse kommer til uttrykk på et eller annet vis. Dette er et tema som er vanskelig for mange, og som kanskje er noe av det som dypest i menneskesinnet (Boon et al., 2014). Denne deltakeren gir uttrykk for trygghet i situasjonen når hun beskriver at når tryggheten øker, minsker skammen, og hun blir deltakende i intervjuet.

Begge gruppene sier at trygghet er viktig, men hadde ulike fortellinger rundt hva som skapte trygghet. For gruppe 1 var det en forutsetning for å delta i gruppen, og for å melde seg til intervju, at deltakerne kjente minst en kursleder og forsker fra tidligere. Denne gruppen tillater dermed tryggheten til kjente relasjoner. For gruppe 2 var ikke dette et tema. I denne gruppen ble trygghet knyttet til det å kjenne seg igjen, både i manualen og i de andre gruppemedlemmene. For disse deltakerne var det i tillegg viktig at de kunne kjenne seg igjen i hverandres livssituasjon. Noen mente også at det var viktig at alle i gruppen tilhørte samme kjønn. Alle formidler at gjenkjennelse gir følelsen av tilhørighet og at «det er flere av oss» som en deltaker uttrykte det. Dette er i tråd med erfaringene Modum Bad refererer til fra deres egne grupper (Støren & Utgarden, 2014). I gruppe 2 var det ikke et tema at moderator (forsker) og co-moderator var ukjente personer. Forsker og co-moderator opplevde heller ingen forskjell på informasjonen og interaksjonen i de to gruppene når det gjelder formidlingsevne og tilsynelatende trygghet. Alle deltakere var delaktige og engasjerte i samtalen.

De som er deltakere på kursene i regi av Modum Bad har ikke kjennskap til kurslederne eller andre deltakere på forhånd, og det er ingenting som tyder på at det er et tema for dem. Modum Bad vektlegger at manualen har samme struktur for hver kurssamling. De mener dette, sammen med tydelige kursledere, skaper den forutsigbarhet, og dermed trygghet, som personer utsatt for traumer trenger (Støren & Utgarden, 2014). Ingen av gruppene i denne studien fremhevet manualens struktur som det som ga dem trygghet. Deltakerne vektlegger at tydelige og trygge kursledere er viktig.

Mennesket lever og utvikler seg i relasjon. Vi speiler oss i hverandre og finner grupper vi kan ha tilknytning til og relatere oss med. Dette gjelder også for personer som har vært utsatt for traumer, men det kan da være mer komplisert. Tvilen kan bli stor om hvem man tør stole på og inngå en relasjon til. Deltakerne fra begge gruppene gir uttrykk for at gjenkjennelse i de andre gruppedeltakere gir økt trygghet, og dette er også det jeg har erfart når jeg har jobbet med forskjellige grupper på Smiso. Denne gjenkjennelsen kan være fruktbar for den enkelte,

men kan den også bidra til at deltakerne blir fastlåst i en rolle? At gjenkjennelsen skaper et «vi» som gjør at veien ut av fastlåste mønstre vanskeligere? Når er styrken i gruppen med på å bidra til at man tar utfordringer? Og hvordan jobber man med sitt eget i gruppe? Kanskje er det slik at man trenger et «vi» før man kan bli et «jeg»? Slike spørsmål setter store krav til kurslederne om å se den enkeltes behov, utfordringer og muligheter, men også til hvordan gruppene settes sammen. Stige, Grøtte og Utstøl (2015a) peker på at trygghet i stabiliseringsgrupper ikke kun henger sammen med rammer og struktur, men også med fleksibilitet i kursledernes stil og i gruppeoppbygget. Her refereres det til et mindre nordnorsk DPS som har erfaringer med stabiliseringsgrupper sammensatt av svært ulike klienter med traumeerfaring. Disse gruppene bruker ikke manualen «Tilbake til NÅTID». Til tross for at gruppene ikke er homogene, beskriver gruppelederne at klientene får økt livskvalitet. Dette gjør de imidlertid uten å beskrive hvor, eller på hvilken måte, denne endringen erfare. Det artikkelen spesielt fremhever er viktigheten av god samkjøring mellom kurslederne. I denne studien er det DPSen som selv har satt in- og eksklusjonskriterier, men det vites ikke hvilke overveielser som ligger til grunn for at deltakerne fra den ene gruppen kjente kurslederne og noen av de andre deltakerne fra tidligere. Om kurslederne på forhånd hadde gjort seg noen tanker om hvem som ville kjenne seg igjen i de andre deltakerne eller om det var praktiske hensyn som lå til grunn for gruppesammensetningen eller lignende, er ikke opplyst i studien. At gruppene fra Nord-Norge er satt sammen av klienter med ulik traumeerfaring er også interessant. Fagfeltet ellers er uenig om alle personer utsatt for traumer trenger samme fase 1 behandling, og hvor lang denne fasen eventuell skal være. Noen mener pasienter blir holdt i denne fasen lenger enn nødvendig fordi behandlere ikke føler seg kompetente til å gå videre til fase 2, hvor spesifikke traumeminner bearbeides (Falch, 2016). Behandlere kan kvie seg for å ta i bruk behandlingsmetoder som innebære at pasientene må gjenoppleve traumeminner (Shearing, et al., 2011). Bækkelund & Berg (2014) henviser til andre når de fremhever at stabiliserende behandling er egnet til sammensatte lidelser, slik som f. eks. relasjonstraumer er.

I den faseorienterte traumebehandlingen kan hele stabiliseringsfasen (1. fase) handle om å skape trygghet (Stige et al., 2015a). Informantene i denne studien formidler at trygghet er en forutsetning for at endring kan skje. Her er det ikke snakk om ytre trygghet, men derimot om indre trygghet, - følelsen av at være trygg. Når man kjenner på trygghet er man i toleransevinduet sitt, og det er da man kan bruke sine kognitive ressurser og er mottakelig for læring og finne ut hvordan man skal organisere seg selv (Anstorp, 2006). Når man skal utvide

sitt toleransevindu, må man utfordre seg selv og jobbe på kanten av toleransevinduet da det er her man kan tilegne seg nye ferdigheter (Salvesen & Wæstlund, 2015). I gruppesammenheng krever trygghet tydelige kursledere som gir rom for alle reaksjoner. Nettopp dette er noe deltakerne gir eksempel på når de sier de turte å øve seg på å være seg selv, eller sier at kursledere anerkjente alle reaksjoner.

Til tross for at de sa de ikke fikk så mye med seg i starten av kursrekken, er likevel alle deltakerne enige om at noe av det viktigste for dem er den psykoedukative delen med traumeforståelsen og beskrivelsen av toleransevindu. Disse kapitlene er de første i kursrekken, og er gjennomgått noen av de kursdagene hvor begge grupper beskriver at de var utrygge. Dette kan tyde på at til tross for utrygghet, har deltakerne ikke vært så langt utenfor toleransevinduet at de ikke har kunne motta læring. Kanskje er dette kursledernes fortjeneste; at de skaper gjenkjennelse igjennom det de kan som fagpersoner, samt at de klarer å skape en god nok trygghet for læring før deltakerne selv *kjenner seg trygge*? Det deltakerne har formidlet tyder på dette.

Møtet med helsevesenet

Individuell oppfølging økte utbyttet av kurset

I intervjuene ble det spurt om hvorvidt kurset ble fulgt opp i timene hos individualbehandler. Alle informanter var enige om at individuell terapi, både under og etter kurset, var veldig viktig. Likevel hadde informantene svært ulike erfaringer med hvordan de var blitt fulgt opp av individualbehandlere. Flere sa at deres individualbehandler ikke visste nok eller noe om kurset, og ikke hadde kjennskap til temaene og innholdet i manualen. Flere sa også at de fikk tilbud om færre timer til individualbehandler enn de ellers ville ha fått.

Alle informantene sa de hadde behov for individuell oppfølging og da kanskje spesielt i starten av kurset. En gav uttrykk for at hun hadde fått tilbud om dette kurset, og opplevde det som et siste tilbud fra DPS'en. Hun hadde ikke individualbehandler når kurset var ferdig, men var stadig deltaker på et annet gruppetilbud på DPS'en. Dette står i kontrast til hva en annen informant fortalte. Hun skrøt av samarbeidet rundt henne. Hun hadde hatt et felles formøte med både hennes behandler på DPS'en, fastlege og psykomotorisk fysioterapeut tilstede, og opplevde at alle var samkjørte i det samlede behandlingstilbudet hun fikk. Hun beskriver dette

som et velfungerende sikkerhetsnett som ga henne mulighet til å eksponere seg mer enn hun ellers ville ha gjort. Hun beskriver det slik:

« - ja jeg ville øh pushe meg lite granne og så, nei jeg skal ikke være her, jeg må få konfrontere meg, eksponere meg for å se hvis det virker uansett, det som jeg lærte det virker eller det var bortkastet tid. Så det, det fungerte veldig bra. Det var krevende men.., - jeg er her (ler litt)».

Informantene fra den ene fokusgruppen hadde alle en nåværende eller tidligere behandler som gruppeleder, men disse var ikke nødvendigvis primærbehandler. Også i denne gruppen var individuell behandling et tema, og betydningen av å ha en individualbehandler beskrev en informant slik:

«Jeg kjente at kroppen min reagerte og nå går jeg ikke fast til individuell time, så jeg turte ikke å fortsette med det der (utfordre/eksponere seg selv) for reaksjonene vart sterkere og sterkere, når jeg ikke har den oppfølginga da, med fasthet individuelt, så jeg turte ikke. – så jeg leste ca. halve boka på forhånd da, - i forkant av kurset – så».

Hun gir en klar tilbakemelding på at kurset er krevende. Hun setter en brems på seg selv og opplever ikke å få fullt utbytte av kurset. Hun belyser viktigheten av å ha individuell oppfølging parallelt med gruppetilbudet.

En informant opplevde at individualbehandleren, som ikke er en av gruppelederne, var negativ til ønsket om individuell behandlingstid:

«Det er også litt holdningen til psykologen min, for hun er litt sånn, hva skal du det for (ha time)? De på gruppa (gruppelederne) er så fin».

Deltakeren uttrykker at det å ha en individualbehandler ikke er nok om denne ikke er tilgjengelig og har forståelsen av behovet for oppfølging. En sa at utbyttet av kurset ikke var tilfredsstillende uten støtte fra behandler, og at hennes behandler først forstod dette halvveis i kurset. Informanter fra begge gruppene opplevde at individualterapeuten bagatelliserte deres problemer, eller at behandlerne ikke hadde samme forståelse av begrepene deltakerne lærte på kurset.

«... min psykolog hadde ikke samme oppfatning av hva trigger er.»

Felles forståelse av sentrale begreper, og engasjementet til individualbehandleren, har betydning for opplevelsen av det samlede behandlingstilbudet til kursdeltakerne. Informantene utdypet ikke hva det var de ønsket å fortsette å jobbe med i individualterapi, men manualen sier at det er i individualterapi man kan fortsette å jobbe med de temaene som tas opp på gruppen, og fortsette å øve på de ferdighetene man lærer på kurset. Det var generelt stor enighet i begge gruppene om at det å ha en individualbehandler som har lest kursmanualen, og som er interessert i å følge pasienten, er viktig. Ikke alle hadde gode erfaringer her. Flere av kursdeltakerne sa at deres individuelle timer med behandler gikk med til å gi denne et resymé av det som hadde foregått i gruppen, i stedet for å jobbe med det som opplevdes utfordrende og vanskelig. Dette opplevdes veldig frustrerende. En formidlet det slikt:

«- ja det blir sånn kaostime». og fortsetter: « - det blir så jeg summerer i stedet for å jobbe med det da».

Samme informant beskriver at individualbehandlerne får notater fra hver gruppesamling, men at det er opp til deltakeren om det er noe som bringes inn i timen. En annen supplerte med å si:

« - men jeg er ofte veldig sliten så at jeg skal begynne å planlegge hva vi skal prate om, ut ifra det kapitlet og hva som har vært viktig, jeg hadde ikke krefter til det så det blir sånn, dem – ja jeg hadde ikke nok energi til å legge opp til min egen måte å håndtere det på, på en måte».

Kurset kan oppleves som krevende og det å jobbe med ettervirkninger av traumer tar energi. Informanten her beskriver lite overskudd til å være den som planlegger behandlingsopplegget, og det synes som om denne planlegging med fordel kunne være lagt til individualbehandleren.

Noen informanter sa de hadde time annenhver uke, eller sjeldnere, med individualbehandler. Om en time da ble avlyst, var det veldig lenge å vente på neste time. Da ble ikke timene brukt konstruktivt for den enkelte, og de fikk problemer med hva de skulle ha som tema i individualltimene. I tillegg hadde de måttet bruke kurslederne til å ta opp individuelle

utfordringer. En informant sa at hun ikke turte lese manualen uten oppfølging fra behandler, og en annen var undrende til at hun hadde fått så mange nye verktøy gjennom kurset uten å bli fulgt opp av en behandler som kunne hjelpe henne med å bruke dem.

To sa at den behandlende psykolog hadde gitt dem en type behandling som var knyttet til, eller en oppfølging av, det de hadde lært på kurset og var fornøyde med dette.

Manglende traumeforståelse hos fagfolk

I tråd med det som står ovenfor er noen av informantenes opplevelse at de som arbeider innen psykisk helsevern ikke har en enhetlig forståelse av traumer. Særlig en informant poengterer flere ganger at «ting henger sammen» og at det kan være problematisk å bli møtt på ulik vis på ulike steder innen hjelpeapparatet. Hun kommer med et eksempel hvor hun var innlagt i DPS og da selv beskrev hennes tilstand som et psykisk og fysisk sammenbrudd. Hun ble møtt med det hun gjengir som: «spis, gå en tur og ta en pille», og følte at helsepersonellet snakket forbi henne. Hun ble ikke hørt når hun prøvde å formidle at hun hadde en traumehistorie. Hun mener at det ikke ble tatt høyde for hennes historie og opplevde seg ikke forstått. Hun prater delvis i halve setninger om dette, men det synes som et viktig tema for henne. Hun har på kurset «Tilbake til NÅTID» lært at hun har normale reaksjoner på vonde hendelser og om dette sier hun for eksempel:

«For hvis det er normale reaksjoner så må du jo få lov å komme med det en gang, før du kan kanalisere det på måte.»

Sitatet gir uttrykk for at hun har behov for å komme med reaksjoner før hun kan jobbe videre med å plassere disse, men at hun ikke opplever seg møtt på hennes reaksjoner.

Når hun fra omtalte innleggelse beskriver manglende traumeforståelse fra helsepersonell uttaler hun seg slik:

«Forståelsen av hvordan det er å ha, - hvordan du kan føle skam ved å gråte eller ha vondt i en fot».

Hun gir uttrykk for at hun ikke blir forstått på de reaksjoner hun kommer med. Det helsepersonell ser, som gråt eller en vond fot, kan være uttrykk for noe helt annet som her følelsen av skam. Hun gir et bilde på at psyke og soma kan henge sammen.

Hun sier også:

« - men du skjønner det er dette med forståelse og min forståelse og andres forståelse, skjønner du. Det kan være helt totalt ulikt selv om vi sitter sånn og snakker sammen på en måte».

Informanten snakker om hvordan hennes skamfølelse kan forsterkes eller svekkes gjennom møte med hjelpere i ulike ledd av helsevesenet, avhengig av hvordan hun opplever å bli møtt. Hun beskriver at hun har normale reaksjoner, både fysiske og psykiske, men opplever ikke alltid å bli møtt med denne holdningen hos hjelpere. Dette bidrar til å forsterke opplevelsen av skam, og opplevelsen av å ikke bli møtt og forstått og hjelper ikke til et bedre selvbilde.

Drøfting: Møtet med helsevesenet

Samtlige intervjupersoner hadde innspill på temaet om oppfølging av individualbehandlere. Informantene ga uttrykk for at gruppekurset ikke kan være en erstatte, men et supplement til individuell behandling. Dette er helt i tråd med anbefalingene fra manualen. Denne anbefaler tett samarbeid med individualbehandler og at man arrangerer formøte med disse. Manualen har også et eget kapittel til kursledere om hvordan manualen kan brukes i et behandlingsopplegg. Deltakerne formidlet at den individuelle behandleren må ta ansvar for å være oppdatert og ha oversikt både over innholdet i behandlingstimene, og i den enkeltes samlede behandlingstilbud. Den selvregulering som læres på kurset må trenes på. Denne selvreguleringen kan være en god hjelp i den videre bearbeidingen av spesifikke traumeminner i individuell behandling. Når behandleren ikke er orientert om innhold i kursmaterialet, eller følger opp tema slik det er tenkt, oppleves dette som lite tilfredsstillende for kursdeltakeren.

Kursdeltakerne formidler at behovet for oppfølging av individualbehandler var spesielt viktig ved kursets start. Dette kan, som tidligere beskrevet, ha sammenheng med opplevelse av trygghet. Det er i starten man skal finne sin plass i gruppen, bli trygg på de andre kursdeltakerne og gruppelederne, på egne reaksjoner og forstå hele kurskonseptet. Ikke minst sier informantene at det var viktig å finne ut av hvor mye de var forventet å dele av egne erfaringer i gruppen. Det var også viktig å bli kjent med egne reaksjoner i gruppesammenheng. I et av eksemplene over sier en informant at hun fikk sterkere og sterkere reaksjoner etter hvert, og ikke turte å fortsette med å utfordre, eller trene på tema i kursinnholdet uten å bli fulgt opp av individualbehandler. Dette kan tyde på at hun velger å

ikke bringe sitt eget inn i gruppen, men er klar over at hun må jobbe videre med dette i en annen sammenheng. Hun formidler imidlertid ikke at hun på noe tidspunkt tenkte å slutte i gruppen. Ut ifra dette kan en dra slutningen at hun får utbytte av kurset, men at hun samtidig tenker at utbyttet hadde vært større dersom hun hadde hatt individuell oppfølging. Til sammenligning kan en informant fra en annen gruppe trekkes frem. Hun forteller om et velfungerende samarbeid mellom alle hennes behandlere. Informanten gir uttrykk for at dette samarbeidet gjorde at hun turte å eksponere seg og trene på å ta utfordringer. Bare to av ni intervjupersoner fortalte at de var fornøyd med oppfølging både fra individualterapeut og det samlede behandlingstilbud de mottok fra DPSen.

Stige, Grøtte og Utstøl (2015b) har i en studie intervjuet individualbehandlere til pasienter utsatt for traumer. Disse pasientene hadde deltatt i et gruppebehandlingstilbud i fase 1, hvor studien har sett på individualbehandlers oppfølging av disse pasientene. Stige m.fl.(2015b) finner blant annet at selv for terapeuter som har god kunnskap om traumebehandling, kan det være en usikkerhet om egen kompetanse og terapeutrolle. Samtidig kan det også være usikkerhet rundt hva som skjer i gruppene. Den omtalte studien er fra et mindre DPS, men uttalelsene fra informantene i denne studien, kan tyde på at problemstillingen ikke nødvendigvis handler om størrelsen på et DPS.

Min erfaring som koordinator for kompetansehevingsprogrammet «Fokus på Traumer» er at poliklinikkene er veldig presset i forhold til tid. Det er strenge produksjonskrav og effektivisering settes ofte høyere enn det ansatte tenker er hensiktsmessig for den enkelte pasient. Kanskje kan dette til at individualbehandlere trekker seg tilbake når pasienten er i gruppeterapi. (Vedkommende har andre oppgaver bankende på døren.) Dette kan handle om ressurser på poliklinikkene, men kan hende det også handler om organisering? Noen poliklinikker har behandlingsteam for ulike diagnoser, og andre organiserer seg slik at behandlerne har pasienter innen alle diagnosegrupper. Jobber man med mange diagnoser må man ha bred kompetanse, og det kan være tidskrevende for den enkelte behandler å være oppdatert på problemstillinger som hører til de enkelte diagnoser. (Stige, 2015b).

Et annet aspekt er knyttet til det å arbeide med traumer. Jobber man hovedsakelig med personer som har opplevd traumer, kan dette være en utmattende jobb da mye av behandlingen foregår i relasjonen mellom behandler og pasient. Det er også ofte snakk om langvarige behandlingsforløp. Dette kan gi fare for omsorgstretthet og

sekundærtraumatisering hos behandler (Isdal, 2017). Til sist kan manglende oppfølging fra individualbehandler skyldes at behandleren har for lite kjennskap om forventningene til dem, både fra manualen, kursdeltakeren og kursledernes side. Man kan forvente at dersom individualterapeuten er trygg på målet for behandlingen, og har tro på at den terapi som gis er den rette, vil dette fremme relasjonen mellom pasient og behandler. Dette vil også forebygge utbrenthet hos behandler (Benum, 2014). Motsatt kan man tenke seg at gruppebehandlingen bidrar til at individualterapeuten stiller spørsmålstegn til egen kompetanse og skaper usikkerhet i individualterapien. Egen faglig trygghet blir dermed ikke et tema bare for kursdeltakeren, men også for individualbehandleren. Å bli hørt og sett med samme forståelse og tilnærming er viktig i alle behandlingsledd innen psykisk helsevern. I denne studien understrekes dette spesielt av en informant som har erfaring med det motsatte. Hun sier det er avgjørende å bli møtt med samme traumeforståelse også av fagfolk utenfor kurssammenhengen. Hun spør om man ikke innen psykisk helsevern skal få ha «normale reaksjoner på unormale hendelser», (i henhold til det hun har lært på kurset), hvordan skal man da få til en endring

Hennes utsagn støttes av min egen erfaring gjennom arbeidet med kompetansehevingsprogrammet «Fokus på Traumer». Her har jeg erfart at det kan være problematisk at ikke alle på en arbeidsplass har opplæring i samme teoriforståelse. Traumeforståelse kan oppleves som veldig annerledes, og med andre tiltak for pasienten, enn det som benyttes til pasienter med andre utfordringer. Det er personalets ansvar å undersøke om de og pasienten har samme forståelse og opplevelse av den enkelte situasjon. Det er dette intervjupersonen beskriver når hun kommer med uttalelsene over, hvor hun sier at gråt kan være forbundet med skam. Hun sier også at selv om man snakker sammen, har man kanskje ulik tolkning av språk. Det er ikke bare traumeforståelsen som må være tilstede hos helsepersonell. Denne forståelsen må også være integrert i fagpersonene. Bare slik kan de møte den som har vært utsatt for traumer på en hensiktsmessig måte. Dette krever erfaring og trygghet hos fagpersonen på at den behandlingsintervensjon som tilbys, er den riktige for pasienten. Intervjupersonen opplever dette som et problem. Det å ikke bli forstått kan være en utfordring og minsker ikke skamfølelsen. Manualen «Tilbake til NÅTID» søker å gi individualterapeuten faglig trygghet i møte med egen pasient. Kanskje viser denne studiens tilbakemeldinger fra deltakerne at dette lykkes i varierende grad?

Noen informanter påpekte at de opplevde å få færre timer med individualbehandler enn de ellers ville ha fått. Manualen anbefaler time med individualbehandler minst en gang

annenhver uke. Om deltakerne tidligere har fått en time i uken, vil de muligens oppleve en nedgang i tilbudet. Dette kan også være et uttrykk for at de ved kursstart ikke har vært bevisst endring i tilbudet hos individualbehandler. I tillegg etterlyser informantene i studien en koordinering mellom gruppeterapien og individualterapien når det gjelder temagjennomgang. Uansett årsak kan det, ut fra informantenes opplevelse, tyde på at det med fordel kan legges ned flere ressurser i et tettere samarbeid med individualbehandlere om den enkeltes samlede behandlingstilbud.

Avsluttende kommentarer

Informantene i denne studien formidler en opplevelse av endring i forståelsen og håndteringen av daglige triggere. Disse funn svarer godt til det Modum Bad sier er intensjonen med manualen «Tilbake til NÅTID» og det de selv rapporterer om i evalueringer av kurset. Det ser derfor ut som Modum Bad har klart å utarbeide en kursmanual som også kan brukes utenfor deres regi og med andre kursledere.

Deltakerne forteller at PTSD-symptomer ikke uteble etter kurset, men endret karakter og styrke. Denne endringen opplevdes som signifikant. Det er forsket på effekten av forskjellige enkeltstående behandlingsmetoder for PTSD, men det gjenstår mye forskning og viten om hva som hjelper pasienter med PTSD type kompleks. Det finnes forskning som sier noe om kombinasjonen av en eller flere behandlingsmetoder med eller uten stabilisering. Mye av forskningen som er gjort ser på om PTSD-diagnosen er tilstede etter endt behandling, og det er varierende resultater avhengig av bl.a. populasjon og terapimetode (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper og Lewis, 2013; Elkjaer et al., 2014). Det meste av denne forskningen er kvantitativ og har ikke vært opptatt av personenes egne opplevelser av endring. Som nevnt tidligere ville man kanskje ikke ha målt en endring i PTSD-symptomer hos denne studiens informanter. Likevel formidler de selv viktige endringer i eget liv. Deltakerne var også svært opptatt av å formidle at målet med å delta i studien var at de ønsket at de som er utsatt for traumer samt fagmiljøene, skulle få vite at slike grupper har stor betydning og bør tilbys mange flere. Dette viser at forskning innenfor traumefeltet bør preges av ulike metodiske tilnærminger. Dersom ikke kan viktig informasjon gå tapt.

Et annet tema som drøftes i fagmiljøene er hvilke pasienter som har utbytte av en stabiliseringsfase, hvor lang denne eventuelt skal være og om den skal kombineres med annen behandling. I studien her sier deltakerne at de ønsker enda et kurs. De ønsker altså å jobbe enda mer i det som kalles stabiliseringsfasen. Dette kan være i kontrast til det en del fagfolk

formidler, nemlig at man ikke må bli værende i en stabiliseringsfase slik at denne hindrer en i å gå videre til en bearbeidingsfase (Falch, 2016; Stige et al., 2015). Ser man på studien som Cloitre et al. (2010) gjorde, er dette en noe kunstig problemstilling. De fant at det å lære om egne emosjoner og reaksjoner og hvordan regulere disse, gav håp og mot til å jobbe med spesifikke traumeminner. Resultatet viste at det endatil var en forutsetning for en reduksjon i PTSD-plagene. I denne studien målbærer heller ikke deltakerne noe som kan tolkes som en redsel for å stagnere i egen heling ved å delta stabiliseringskurs. Tvert i mot, de formidler en opplevelse av å bevege seg i riktig retning, av å være mindre plaget. Kan hende viser dette at fasetekningen i praksis, hos pasientene, oppleves som relevant, tilpasset og fleksibel.

Videre, om man ser på denne gruppeintervensjonen som et kurs i ferdighetstrening under stabiliseringsfasen, blir denne typen kurs noe helt annet enn mange andre behandlingstiltak. I gruppe får man oppleve en gjenkjennelse med andre utsatt for traumer. Man kan si at et *jeg* blir til et *vi*. Men om man har vansker med relasjon til andre kan gruppebehandling kanskje være en utfordring, noe også deltakerne i denne studien formidler. Det kan derfor være et poeng å bruke manualen også i individualbehandling. Dette vil være spesielt nyttig på mindre DPSer, hvor man kanskje ikke har samme mulighet for å etablere en gruppe. Individuell tilrettelegging vil i en slik situasjon være enklere enn å jobbe for å etablere en gruppe. Det som vil mangle i en individualterapi er gjenkjennelsen i de andre. Kan hende er denne svært sentral for et fullverdig utbytte av kurset. Fremtidig forskning vil kunne undersøke nettopp dette

Til sist må det trekkes frem at deltakernes opplevde en manglende traumeforståelse i store deler av behandlingsapparatet. Kurset har gitt dem en opplevelse av at den kunnskapen manualen forvalter ikke er en del av den generelle kunnskapen i hjelpeapparatet, og er sådan ikke en kritikk rettet mot selve manualen. Deltakerne mener at de kunne hatt økt utbytte av kurset dersom alle behandlere i psykisk helsevern hadde hatt samme forståelse av traumer som manualen viser, og som kurslederne hadde. Denne kritikken til helsevesenet er nokså entydig og massiv. Det må dog tilføyes at studien ikke innhentet informasjon om hvilken annen behandling deltakerne har mottatt, verken før, samtidig eller etter deltakelse i gruppeintervensjonen, ut over de opplysninger de selv kom med. Inntrykket er likevel at mange har lang erfaring med behandling innenfor psykisk helsevern. Og kanskje kan «Tilbake til NÅTID» vise seg å bli en manual som ikke bare hjelper personer som strever med egne traumehistorier, men som også bidrar til at hjelpeapparatet får en mer omforent traumeforståelse.

LITTERATURLISTE

- Anstorp, T., van der Weele, J., Araldsen, T. (2008). *Tryggere traumeterapeuter. 1-årig fagutvikling for DPS. Oslo: Aker Universitetssykehus HF*
- Anstorp, T., Benum, K., Jakobsen, M. (Red.) (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (Red.) (2014). *Traumebehandling - komplekse traumelidelser og dissosiasjon.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. (2006). Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige dissosiative lidelser? Anstorp, T., K. Benum & Jakobsen, M. (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg.* (s.122-137) Oslo: Universitetsforlaget.
- Axelsen, E. D., Wessel, E. (2006). Den traumatiserte hukommelse. Anstorp, K. Benum & Jakobsen, M. (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg.* (s.60-72) Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg.*(s.22-42) Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. (2014). Terapeuten i møtet mellom sterke påkjenninger og profesjonell egenomsorg. I T. Anstorp & K. Benum (Red.). *Traumebehandling - komplekse traumelidelser og dissosiasjon.*(s.349-358) Oslo: Universitetsforlaget.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P, Andrew, M., Cooper, R. og Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 13(12)
- Blindheim, A. (2011). Kronisk traumatiserte barn. I U. Heltne & Ø. Steinsvåg (Red.). *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp.* (s.74-80) Oslo: Universitetsforlaget.
- Boon, S, Steele, K., Van Der Hart, O. (2014). *Traumerelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter.* Viker Sund: Modum Bad
- Bækkelund, H. & Berg, A. O. (2014). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). *Traumebehandling - komplekse traumelidelser og dissosiasjon.* (78-99) Oslo: Universitetsforlaget.
- Cloitre, M., Stovall-MacClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a

- randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 167(8), s915-924 .
- Dell, P.F., O'Neil, J.A. (red.) (2009). *Dissociation and the dissociative disorders*. Routledge.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., van Balkom, A.J.L.M., van Dyck, R., Veltman, D.J, og Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse and Neglect*, 34, 284-288.
- Eide-Midsand, N. & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydning av å være trygg. 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, s. 918-926.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M. Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P. P., Turner, S., Yule, W. (2011). Do all psychological treatments really work the same in Posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), s.269-276.
- Elkjaer, H., Kristensen, E., Mortensen, E.L., Poulsen, S. og Lau, M. (2014). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1 – Year follow-up of a randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy, Research and Practice* 87, s.191-208.
- Falch, L. (2016). *Trygghet og kontroll i avgjørende terapeutiske vendepunkt. En kvalitativ studie av klienters erfaringer med helhetlig traumeterapi (Masteroppgave)*. Nord Universitet, Levanger.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Fosse, R., Dersyd, A.K. (2007). *Forekomsten av traumeutsatte pasienter ved distriktpsikiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker UHF: RVTS - øst. Lokalisert på ost.rvts.no/Detaoøs-aså?aid=53
- Gran, J., Hellen, M.G., Hogstad, T., Hoxmark, E., Jepsen, I. og Pettersen, G. (2011). *FOKUS PÅ TRAUMER. Forståelse og behandling av PTSD og komplekse traumer*. Prosjektbeskrivelse. Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i Midt-Norge (RVTS-Midt)
- Hagen, M. B., da Silva, A. B., Thelle, M. I. (Red.) (2016). Innledning. I M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva & M. I. Telle (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et Tilknytningsteoretisk perspektiv*. (s. 13-27) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., (2016a). Traumebevist miljøterapi. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva & M. I.

- Telle (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (s. 27-44) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., (2016b). Samspillet betydning for barnets utvikling. M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva & M. I. Telle (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (s. 73-87) Oslo: Universitetsforlaget.
- Halcomb, E.J., Gholizadeg, L., DiGiacomo, M., Philips J og PM Davidson (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), s.1000-10001.
- HelseDirektoratet (2018, 4. april). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#pakkeforloepene-skal-bidra-til-okt-brukermedvirkning,-bedre-samhandling,-likeverdige-behandling-og-bedre-ivaretagelse-av-somatisk-helse-og-levevaner>
- Helsekompetanse.no (2016, 26. januar). Stø Kurs. Hentet fra <http://helsekompetanse.no/kurs/sto-kurs>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jakobsen, M., Benum, K. & Anstorp, T. (2006). Dissosiasjon – noen diagnostiske overveielser. I Anstorp, K. Benum & Jakobsen, M. (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (s.89-10172) Oslo: Universitetsforlaget.
- Jakobsen, M. (2006). Kroppen husker. I T. Anstorp & K. Benum (Red.). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*.(s.43-59) Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norske forlag.
- Lerdal, A., Karlsson, B. (2008). Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. *Sykepleien Forskning* 2008 3(3), s.172-175
- Lewis, C., Roberts, N., Clin, D., Bisson, J.I. (2013). Development of guided self-help (GSH) program for the treatment of mild-to-moderate posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and anxiety*, 30, s.1121-1128.
- Malterud, Kirsti (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering – det viktigste leddet i traumebehandling?
Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser.
Tidsskrift for norsk psykologforening, 49, s. 652-657
- Modum Bad (2014). Tilbake til NÅTID. En manual for håndtering av
TRAUMEREAKSJONER. Viker Sund: Modum Bad.
- Noranger, D. (2014). Neurobiologi som veiviser for traumearbeid. T. Anstorp & K. Benum,
(Red.). *Traumebehandling - komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo:
Universitetsforlaget.
- Norum, J.H., Tidemand, V. (2010). *Opplevelse av endring i rollen som traumebehandler –
etter et opplæringsprogram i traumebehandling*. (Hovedoppgave) Psykologisk
Institutt. Universitetet i Oslo.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotorpsychotherapy: One method for processing
traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Ogden, P. & Minton, K. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to
psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Regeringen.no (2014, 7. desember). Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner.
[https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/vold-i-naere-
relasjoner/innsikt/kommunale-handlingsplaner-mot-vold-i-naere-relasjoner/id2340286/](https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/vold-i-naere-relasjoner/innsikt/kommunale-handlingsplaner-mot-vold-i-naere-relasjoner/id2340286/)
- Ringdal, Kristen (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ
metode*. (3. utg.). Berge: Fagbokforlaget.
- rvtsvest. (2014, 7. mai). *Traumefeltets nyttigste verktøy?*(Videoklipp). Hentet fra
<https://www.youtube.com/watch?v=ugC4EdmsKWc>
- rvtsøst. *Hjelp når alarmen tar styringen*. (Videoklipp). Hentet fra
<http://rvtsost.no/undervisningsfilmer/>
- Salvesen, K. T. & Wæstlund, M. (2015). *Mindfulness og medfølelse. En vei til vekst etter
traumer*. (Sweden): Pax Forlag.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F.
og Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in
common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
- Shearing, V., Lee, D., Clohessy, S. (2011). How do clients experience reliving as part of
trauma-focused cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder?
Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84, s.458 – 472.
- Stiftelsen Fyrlykta, (2016, 1. September). *Hvordan barn blir skadet og påvirket av
omsorgssvikt og traumatisering – Forståelse og tiltak*. (Videoklipp). Hentet fra

<https://www.youtube.com/watch?v=XaRrfSXugUE>

- Stige, S. H., Binder, P-E., Rosenvinge, J. H., Træen, B. (2013). Stories from the road of recovery – How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic Psychology*, 65(1),s. 3-18
- Stige, S. H. og Binder, P-E. (2017). From painstaking work to a new way of meeting the world - Trauma clients' experiences with skill training in a stabilization group approach. *Psychotherapy Research*, 27(5), s.571-582.
- Stige, S. H., Grøtte, V. M., Utstøl, K. (2015a). Fleksible terapeutar i faste strukturar. Trygge Rammer og levande metaforar skapar rom for at svært ulike klientar kan utforske sine unike traumeerfaringar i den same gruppa. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, s. 888-891.
- Stige, S. H., Grøtte, V. M., Utstøl, K. (2015b). *Individualbehandleres erfaringer med Traumespesifikk gruppebehandling på et mindre DPS*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 12(5), 229-238.
- Støren, T. & Utgarden, R. (2014). Stabiliseringsarbeid i gruppe. Erfaringer fra Modum Bads traumepoliklinikk i Oslo. I T. Anstorp & K. Benum (Red.). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*.(s.125-141) Oslo: Universitetsforlaget.
- Thelle, M. I., (2016). Diagnoser og behandling. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva & M. I. Telle (Red.). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. (s. 101-121) Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2013) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Mind, Brain and Body I the Transformation of Trauma*. New York: Penguin Group
- Var der Weele, (2006). Styrk den indre veggen. Anstorp, K. Benum & Jakobsen, M. (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (s.138-154) Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Intervjuguiden tar utgangspunkt i problemstillingen, med de underliggende temaer:

Problemstilling:

Hvordan kan et gruppebasert kurs i stabilisering og ferdighetstrening for personer som har vært utsatt for gjentatte relasjonstraumer gi en ny forståelse i å gjenkjenne og håndtere daglige triggere?

Ut fra denne problemstilling stilles følgende spørsmål:

1. Hvordan opplever deltakerne å være med i kurset?
2. Hvordan forstås og oppleves daglige triggere av personene som deltar i gruppetilbudet?
3. På hvilken måte kan arbeidsformer og innhold i gruppekurset gi en endret håndtering av daglige triggere?

Spørsmål til:

Hvordan opplever deltakerne å være med i kurset?

Intervjuspørsmål:

1. Nå har dere gjennomført 20 gruppesamlinger og har fulgt manualen til boken «Tilbake til NÅTID», hva tenker dere om dette kursopplegg?
2. Kan dere komme med eksempler på hvordan dette kurs kan ha gitt ny kunnskap som dere kan bringe med videre, nå når kursrennen er slutt?
3. Hva har vært positivt og negativt?
4. Er der noe dere mangler, eller gjerne skulle ha mer eller mindre av?

Hvordan forstås og oppleves daglige triggere av personer som deltar i gruppetilbudet?

Her forstås dagligere triggere som triggere som man utsettes for daglig eller ofte.

Intervjuspørsmål:

1. Når dere hører begrepet daglige triggere, hva tenker dere da? hvordan forstår dere begrepet?
2. Har dere før dette kurs vært bevisst om dere har hatt daglige triggere? Og hvordan de eventuell har påvirket hverdagen?

3. Uten at gå langt inn i egen historie, kan dere da komme med eksempler på daglige triggere?
4. Når dere i gruppen prater om daglige triggere, forstår dere da hva de andre gruppelemmer prater om? Ser dere noen fellestrekk?

På hvilken måte kan arbeidsformer og innhold i gruppekurset gi en endret håndtering av daglige triggere?

1. Dere kjente minst en av gruppelederne fra før, hvilken innflytelse har dette hatt på deltakelsen i gruppen?
2. Hvilken funksjon tenker dere det er viktig at gruppelederne tar/har i gruppen? Hvordan oppleves kursledernes funksjon?
3. Dere går alle i terapi til en av kurslederne. Hva tenker dere om å følge opp det dere blir utfordret på i gruppen, i individuelle samtaler?

Vedlegg 2

Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju om

”Stabiliserings- og funksjonstreningssgruppe ved

Bakgrunn og mål

Mitt navn er Inger Jepsen, og jeg er masterstudent innen utdanningen Psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

I min avsluttende oppgave/studie ved denne utdanning, vil jeg se nærmere på om et stabiliserings- og funksjonstreningssgruppetilbud gir en økt forståelse og håndtering av daglige triggere for personer som har vært utsatt for relasjonstraumer. Evalueringen kan ha betydning for kommende pasienter og for det eventuelle gruppebehandlingstilbud de vil få.

Du blir spurt om deltakelse i dette studiet, da du allerede har hatt et slikt gruppetilbud ved [REDACTED]

Om fokusgruppeintervjuet

Studiet vil bygge på gruppeintervju av to forskjellige grupper. Intervjuene vil foregå på [REDACTED] og bli gjennomført av meg og psykolog Oddfrid Skorpe Tennfjord. Et intervju vil ta ca. 1,5 time. Der vil bli stilt spørsmål om opplevelsen av gruppens betydning for forståelsen av daglige triggere, samt om gruppeledernes rolle.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, som vil bli oppbevart konfidensielt og etter gjeldende forskrifter. Lydopptak vil bli renskrevet og deretter makulert. Notater fra intervjuene vil bli bearbeidet av meg og kun være tilgjengelig for meg, min veileder og med-intervjuer.

Studiet skal etter planen avsluttes [REDACTED].

Publisering

Materialet fra intervjuene vil bli omskrevet i artikkelform, som tenkes utgitt. Alle opplysninger vil da være anonymisert og du vil ikke være gjenkjennbar for andre utenom gruppen i det ferdige produkt. Du vil få mulighet for å se det ferdige produkt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

Din deltakelse i studiet vil ikke ha innflytelse på det tilbud du ellers gis ved [REDACTED].

Taushetsplikt

Involverte medarbeidere i prosjektet har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13.

Dersom du ønsker å delta og har spørsmål til studiet, ta kontakt med en av gruppelederne. De vil kunne svare på generelle spørsmål knyttet til studiet og eventuell kontakte meg for ytterligere opplysninger.

For å ivareta din anonymitet kan det være hensiktsmessig, at det er gruppelederne, som har kontakten med meg.

██████████ vil skriftlig godkjenne at dette studiet gjøres på DPS'en og vil få opplyst ytterligere kontaktinformasjon til både meg og min veileder Arve Almvik.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, NSD.

For ytterligere å ivareta din anonymitet vil denne erklæring i underskrevet stand oppbevares i din journal.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studiet, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 og 4 Svar fra REK og NSD

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Claus Henning Thorsen	Telefon: 22845515	Vår dato: 09.02.2016	Vår referanse: 2015/2355/REK sør-øst C
			Deres dato: 08.12.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Arve Almvik
Høgskolen i Nord-Trøndelag/Nord universitet
Postboks 2501
7729 Steinkjer

2015/2355 Deltakeres opplevelse av gruppebehandling for personer med PTSD

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 21.01.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Nord-Trøndelag/Nord universitet
Prosjektleder: Arve Almvik

Prosjektomtale (original):

Masterstudiet skal belyse hvordan personer utsatt for relasjonstraumer opplever et poliklinisk gruppebasert kurs i stabilisering og ferdighetstrening ved et distriktspsykiatrisk senter. Det er ønskelig at gruppeintervensjonen evalueres med tanke på fremtidige behandlingstilbud ved poliklinikken. Studiet er en kvalitativ studie. Datainnsamling gjøres ved fokusgruppeintervju av pasienter som deltar på to ferdighets- og stabiliseringsgrupper som følger en manual fra Modum Bad. Pasientene har alle tilbud om individuell behandling i tillegg til gruppetilbudet. Intervjuere er masterstudent og co-moderator. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og disse vil bli lagret i avlåst skap adskilt fra annet aidentifisert materiale. Bånd vil bli makulert etter transkribering. Datamateriale på PC lagres på lokal harddisk beskyttet med passord. Samtykkeerklæringer fra pasienter blir lagret i pasientenes journaler. Pasientenes anonymitet skal ivaretas i forhold til Helseforskningsloven.

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4.

Komiteen viser til at prosjektets beskrevne formål er å foreta en brukerevaluering av et gjennomført tiltak, nærmere bestemt opplevelsen/nyttan av å delta i gruppebehandling ved DPS om relasjonstraumer og trigger, og om denne behandlingen har hatt effekt i forhold til stabilisering og ferdighetstrening. Komiteen mener, basert på den fremlagte dokumentasjon, at studien således ikke har til formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, slik dette forstås i helseforskningsloven § 4.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingerd Nesheim
prof.dr.med.
leder REK sør-øst C

Claus Henning Thorsen
Rådgiver

Kopi til: *hanne.hansen@hint.no; postmottak@hint.no*



Arve Almvik
 Avdeling for helsefag Høgskolen i Nord-Trøndelag
 Serviceboks 2501
 7729 STEINKJER

Vår dato: 20.05.2016

Vår ref: 48189 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.04.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48189	<i>Evaluering av gruppebasert kurs i stabilisering og ferdighetstrening for personer som har vært utsatt for gjentatte relasjonstraumer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Arve Almvik</i>
<i>Student</i>	<i>Inger Jepsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Inger Jepsen inger.jepsen@stolav.no