

"Mottagningen är som en liten borg"
– en intervjustudie på BUP traumaenhet Rosenlund.

Ulrika Arfwidson



Handledare: Per Carlbring

EXAMENSUPPSATS I PSYKOLOGI, 30 POÄNG, HT2014

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

"MOTTAGNINGEN ÄR SOM EN LITEN BORG"- EN INTERVJUSTUDIE PÅ BUP TRAUMAENHET ROSENLUND

Ulrika Arfwidson

Barn som drabbas av komplexa trauman kan behöva utstå ett livslångt psykiskt lidande om de inte får adekvat hjälp. Denna studie utfördes på BUPs traumaenhet dit barn med komplexa trauman remitteras för specifika traumabehandlingar. Tio barntraumabehandlare intervjuades i syfte att undersöka vilka svårigheter arbetet kan innebära. Datamaterialet bearbetades i en tematisk analys, vilket genererade tre huvudteman som berörde arbetet som traumabehandlare, personlig påverkan av arbetet samt negativa upplevelser i jobbet. Resultatet visade att behandlarna påverkats negativt och drabbats av sekundära traumatiseringar, men de uppvisade även tecken på sekundär positiv utveckling kopplad till traumaarbetet. En stor del av resultatet var koherent med tidigare internationell forskning, men även teman utan teoretisk koppling framkom som kan vara intressanta för vidare diskussion och forskning kring coping och barntraumabehandling.

När barn fara illa kan det sätta igång tankar och frågor om livets mening och orättvisor här i världen. Barn ska bli omhändertagna och att se dem lida kan kännas orättvist och grymt. Den här uppsatsen kommer först att presentera de problem som barn som utsätts för övergrepp kan drabbas av för att sedan diskutera de som delar bördan och behandlar de utsatta barnen, samt hur behandlingsarbetet kan komma att påverka behandlarna själva.

Vad är ett trauma

Rent etymologiskt härstammar ordet trauma från grekiskans ord för "sår" och med att vara traumatiserad kan menas olika saker i olika kontexter. Cullberg (2003) använder sig av termen kris som kan vara en traumatisk kris eller utvecklings- och livskriser och de definieras som *"när tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation som man råkat in i"* (Cullberg, s.19). Ett trauma är något som händer en person och händelsen kallas traumatisk om den svåra upplevelsen lett till att den drabbade utvecklat kvarstående problem vilket lett till en traumatisering. Diagnosverket DSM-IV (DSM-IV 2000, s.463) definierar ett trauma som

".en direkt och personlig upplevelse av en händelse som innebär hot om död eller allvarlig skada, eller annat hot mot den egna personens fysiska integritet; eller att bevittna en händelse som innebär dödsfall, skada eller hot mot den fysiska integriteten mot en annan person; eller att få ta del av information om en plötslig eller våldsam bortgång,

allvarlig skada, eller dödshot eller hot om skada som upplevts av familjemedlem eller annan nära anhörig. Personens svar till händelsen måste inbegripa rädsla, hjälplöshet, eller skräck (hos barn så måste reaktionen involvera desorganiserat, agiterat beteende)..." (förf. översättning)

Att råka ut för påfrestande händelser kan ses som en del av att vara människa; genom naturkatastrofer, olyckor eller via en mänsklig hand kan en person drabbas. En undersökning med 5877 personer i USA visade att uppskattningsvis 61 % av männen och 51 % av kvinnorna hade råkat ut för svåra traumatiska händelser under sitt liv (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). I de fall traumatiseringen är svår, man blir utsatt för något under lång tid, det föreligger ett flertal olika trauman eller att det sker tidigt livet, så kan PTSD (se bilaga 2 för diagnoskriterier) eller dissociativa sjukdomar utvecklas. En svensk undersökning visade på en prevalens av PTSD på 5.66% sett ur ett livsperspektiv (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005).

Varför är det viktigt att behandla barns trauman?

Barn som utsätts för trauman riskerar att utveckla symtom på psykisk ohälsa både direkt och på sikt och reaktionerna på vad de upplevt kan variera stort. Vanliga diagnoser som sätts är till exempel depression, ADHD, trotsyndrom, ångestsyndrom, ätstörningar, sömnstörningar; diagnoser som på olika sätt är kopplade till traumatiseringen, men där varje diagnos oftast enbart är en del utav barnens komplexa problematik och således inte ger en fullständig bild av de fysiska och psykiska nedsättningarna som barnen får leva med (Cook et al. 2005; Griffin et al 2011; van der Kolk, 2005). De negativa effekter trauman kan ha på barn är inte lika påvisbara som då vuxna drabbas av PTSD, vilket kan göra det svårare att koppla de problem barnet har med traumat som ligger till grund för barnets ohälsa (van der Kolk, 2005).

Den traumatiska händelsen i sig, sett ur barnets subjektiva upplevelse av vad som hänt, samt mottagandet/stödet från familj och omgivning kring och efter traumat inträffat är viktig för huruvida barnen utvecklar PTSD i efterhand eller inte (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell & Field, 2012). Dock gäller inte det sambandet för de barn som drabbas av upprepade trauman; i de fallen ökar den psykiska ohälsan markant för varje nytt trauma som barnet utsätts för (Griffin et al 2011). Övergrepp som börjar i tidig ålder har visat sig korrelera mot en större problematik i vuxen ålder och de kliniska problem man kan se som följd av sexuella övergrepp i barndomen kan vara depression, självskadebeteenden, missbruk, suicidförsök, beteendestörningar, ångest och ätstörningar (Fergusson & Mullen, 1999). Andra faktorer som har visat en ökad problematik senare i livet är ifall man drabbats av flera sorters övergrepp, övergrepp som skett under lång tid och övergrepp som skett inom familjen (Chu, Frey, Ganzel, & Matthews, 1999; Miller & Krohl, 1995; Saxe et al., 1993). Ungdomar som blivit utsatta för sexuella övergrepp har uppvisat en sämre psykosocial hälsa jämfört med sina jämgamla icke-drabbade, och de har rapporterats ha högre antal suicidförsök, ät-och sömnstörningar, självskadebeteende, tidigare sexdebut och tidigt alkohol- och drogbruk (Edgardh & Ormstad,

2000). Dock är det inte alla som varit utsatta för övergrepp som uppvisar en psykiatrisk problematik, upp till 40 % av drabbade utvecklar inte kliniska symtom (Ferguson & Mullen, 1999).

Traumabehandlingsarbetet

Det finns inga givna svar på frågan hur man bäst behandlar utsatta barn, komplexiteten i fallen både vad gäller symtom och kontexten kring barnen gör att behandlare kan få söka andra vägar än de teoretiskt raka via sin erfarenhet, kliniska träning, det egna omdömet och kreativitet i arbetet för att hjälpa barnen på bästa sätt. Däremot måste det finnas en trygg grundläggande struktur runtomkring barnet. Det gäller så klart i all typ av behandling, men för de som blivit utsatta för övergrepp under barndomen är det snarast en förutsättning för behandling (Briere, 1993; Courtois, 2010; Herman, 1992; Pearlman & Saakvitne, 1995). Arbete med traumatiserade barn kan skapa motivation att hjälpa de som farit illa, och trots lite forskning på området vad gäller personlighetsfaktorer på de som jobbar med barn så kan vissa drag som medkänsla, engagemang och omsorg vara gemensamma (Dyregrov & Mitchell, 1992). Maktlösheten i det att ett barn blir utsatt är också något som det spekuleras i om det dels skapar yrkesspecifika utmaningar i behandlarens privata och i yrkessammanhang, att det kan upplevas av många behandlare att de har ett ökat ansvar att få barnen att må bättre (Silveira & Boyer, 2014).

Påverkar arbetet med barntraumabehandling behandlaren? Det empatiska engagemanget med klienterna kan ses som en del av det terapeutiska arbetet för behandlare rent generellt, men i traumaterapierna är det samtidigt något som kan ses som en riskfaktor, då man sett att det är det empatiska involverandet som är sårbart för de negativa effekterna som behandlarna kan märka av (Sexton, 1999). Det finns inte mycket undersökt kring skillnader mellan att jobba med vuxna eller barn som har blivit utsatta för övergrepp, men en undersökning av Arvay (2002) visade att det inte var mer troligt att påverkas negativt som barnbehandlare vilket diskuterades bero på att barnen inte har samma kognitiva och språkliga utveckling som vuxna och därmed inte kan uttrycka sig så detaljerat eller levande som vuxna kan göra. Andra studier har dock indikerat att det kan vara jobbigare med barnbehandlingar, speciellt behandling av de som drabbats av sexuella övergrepp eller incest (Pearlman & Saakvitne, 1995; VanDeusen, & Way, 2006). Generellt finns dock alldeles för lite forskning kring traumaarbete och det är mycket man inte vet kring de processer det kan innebära rent personligt att arbeta med traumaterapier. Några av de begrepp som diskuteras i litteraturen är Sekundär traumatisk stress, compassion fatigue och Vikarierande traumatisering. De är generellt accepterade och relativt väldokumenterade termer som beskriver olika effekter som arbetsrelaterade sekundära exponeringar i form av extremt påfrestande material som bearbetas i traumabehandlingar kan generera hos behandlarna (Bride, 2007; Figley 2002a, 2002b, 2011; 1995; Pearlman & MacJan 1995). Det råder en viss begreppsförvirring kring de olika termerna och många använder dem utbytbart, men det finns vissa saker som skiljer dem åt.

Vikarierande traumatisering (VT). Begreppet Vikarierande traumatisering presenterades första gången 1990 av McCann och Pearlman (Pearlman & MacIain 1995, Pearlman & Saakvitne 1995). De menade att den negativa påverkan som verkade drabba behandlare som arbetar med traumaterapier inte rörde sig om varken motöverföring eller utbrändhet som tidigare antagits, utan att det var något som påverkade behandlaren mer ingående. År 1995 så genomförde Pearlman & MacIain en enkätstudie på 188 traumabehandlare i USA där man fann att VT är något som förändrar kognitiva scheman negativt, både vad gäller uppfattningar om en själv och andra, inom fem områden som är relevanta efter trauman; tillit, säkerhet, kontroll, självkänsla och intimitet (Pearlman & Saakvitne 1995). Pearlman och MacIain (1995) definierade vikarierande traumatisering som en kumulativ effekt, en pågående process av att terapeuten inlåter sig i terapeutiska förhållanden med traumaoffer. Terapier där innehåll av en rå verklighet och mänsklig grymhet delas och specificeras kan för terapeuten innebära att vissa bilder stannar kvar och att de återupplevs utanför terapirummet, som vore det terapeutens egna minnen. Vikarierande traumatisering är även en term för hur traumamaterial påverkar och hur terapeuten hanterar sina affekter då starka känslor av ilska, sorg och ursinne kan växa över tid under det att det återkommande berättas om förnedringar och våld i terapierna. VT påverkar så småningom behandlaren känsla av sig själv, identiteten, men även behandlaren världsåskådning och spiritualitet påverkas (Pearlman & Saakvitne, 1995). Flertalet aspekter av terapeutens liv påverkas således, utöver det som redan nämnts så kan man ses symtom som ångest och oro, undvikande av sociala kontakter, avstängdhet, minskad affektolerans, somatisering och depression (Cunningham, 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Sekundär traumatisk stress (STS). Figley (1995, 2002a, 2002b, 2011) menar att då terapeuten är empatisk och inkännande gör det samtidigt terapeuten sårbar för emotionell smärta. Stödjer man eller behandlar personer som lider av posttraumatisk stress disorder (PTSD), kan man känna av olika symtom i form av utmattning, hypervigilans, undvikande och avstängdhet, vilket kan definieras som STS, sekundär traumatisk stress. STS påverkar hjälparen psykosocialt och emotionellt och kan orsakas av ett enstaka tillfälle eller som en reaktion på kontinuerligt material. Sekundär traumatisk stress har definierats under olika namn och beskrivningar genom åren och är i stort utbytbar mot *compassion fatigue*. Figley (1995, 2002a, 2002b, 2011) definierar STS som “. . . state of exhaustion and dysfunction (biologically, psychologically and socially) as a result of prolonged exposure to compassion stress”. En sorts utmattning av att exponeras om och om igen för klienter som tarvar mycket emotionellt av behandlaren i sina hjälpbehov. Sekundär traumatisk stress/compassion fatigue anses som en normal reaktion för terapeuter inom traumafältet vilket innebär att många av de som jobbar med traumaklienter kommer drabbas, och vissa kommer drabbas flera gånger (O’Halloran & Linton, 2000). Vid symtom som förekommer under ca en månads tid så kan det ses som en normal krisrelaterad reaktion, men i de fall när symtomen sträcker sig under en längre tid, sex månader eller längre så talar man snarare om Secondary Traumatic Stress Disorder (Figley, 2002a), ett tillstånd som är nästintill identiskt med PTSD förutom det faktum att det inte är du själv som upplevt de initiala traumatiserade händelserna utan du får dem berättade för dig. Med STS och STSD så

är det inte bara behandlare som påverkas utan det är vanligt att även familjemedlemmar, vänner och personal inom vård och hjälpyrken drabbas.

Skillnaden mellan STS och VT är att det vid STS inte är kognitiva fenomen som vid VT som förändras, utan det är upplevelser som är direkt kopplade till patientens berättelse som ger behandlaren liknande symtomen som vid PTSD. Dessutom kan de upplevelser som är orsak till STS vara en enstaka händelse, eller passage i en berättelse, vilket skiljer sig åt från VT både på ett kvalitativt och kvantitativt sätt då VT alltid anses vara beroende av en kumulativ effekt.

Traumatoida tillstånd. Wilson och Thomas (2004, ref i Caringi & Pearlman, 2009) menar att det är via empati man kan förstå nyss diskuterade STS/VT och de tillhörande emotionella påfrestningar som kan drabba behandlare. Däremot så anser de att SVT och VT bör benämnas Traumatic states, traumatoida tillstånd, och att det rör sig om ett Occupationally- related stress response syndrome, det vill säga yrkesrelaterad stressreaktion för de behandlare som arbetar med trauma och inte något som bör jämföras med kriterierna för PTSD i DSM-IV. Då man klumpar ihop begreppen försvinner dock de kvalitativa skillnaderna mellan SVT/VT, vilket kan diskuteras, men då man särskiljer det från en diagnos så avpatologiseras yrkesrisken med traumatoida tillstånd.

Kan det inte vara utbrändhet eller motöverföringsreaktioner? Sekundär traumatisering och vikarierande traumatisering kan ibland, men bör inte blandas ihop med utbrändhet eller motöverföring även fast det finns viss överlappning mellan begreppen (Courtois, 2010). Utbrändhet kan visa sig i form av utmattning, depersonalisering och minskad nöjdhet med jobbet och den egna insatsen (Conrad & Perry, 2000), det blir progressivt allt sämre men kan ofta bli avhjälpt med sjukskrivning eller semester. Självklart kan traumabehandlare bli utbrända, men sekundär traumatisering och VT skiljer sig från utbrändhet då exponeringen för traumamaterial är känslomässigt krävande och specifik för VT och STS, likväl som återupplevanden av klienternas trauma (McCann & Pearlman, 1999). Utbrändhet och STS/VT är en gradvis eller ögonblicklig form av emotionell utmattning som kan härledas direkt till att man lyssnar på emotionellt tyngande och chockerande material från klienterna emedan utbrändhet kan vara resultatet av en för hög arbetsbelastning inom alla typer av jobb. *Motöverföring* skiljer sig från VT i det att motöverföringen är tillfällig och kopplad till en klient eller terapituation, medan VT är en förändring som påverkar inte bara arbetet utan även skapar en förändring i det privata (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Kan man undvika att drabbas av traumarelaterade besvär?

Risken för VT har visats minska med erfarenhet och antal år i arbetet (Cunningham, 2003; Pearlman & MacIan, 1995). Vissa studier har visat att riskfaktorer för VT och STS minskar även med ökad ålder (Adams, Matto & Harrington, 2001; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Att ha egen traumahistorik har i vissa studier visat sig vara associerad med en ökad risk för VT och STS (Cunningham, 2003; Nelson-Gardell & Harris, 2003), emedan andra indikerar att

den personliga copingstilen och förmåga att skapa mening i påfrestande situationer är mer korrekta sätt att se till det behandlarnas emotionella fungerade (Follette, Polusny, & Milbeck, 1994; Ortlepp & Friedman, 2001). Behandlarna bör ha aktiva copingstrategier i arbetet som är balanserade mellan arbete och fritid (Astin, 1997; Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995). De copingstrategier som är vanligast är att ta sig tid för lugn och vila, att äta bra, träna, umgås med vänner och annat som kan reducera stress och öka det generella välmåendet. Yassen (1995) menar att regelbunden kontakt med naturen är att rekommendera, att vistas och utföra aktiviteter i det fria dvs. Även att ha hand om djur eller växter kan vara av värde. Egen psykoterapi kan också vara en positiv form av egenvård, speciellt för de behandlare som har egen traumaerfarenhet (Pearlman & Saakvitne 1995, Yassen 1995). Att acceptera och erkänna VT som en naturlig del av arbetet med traumaklienter är också viktigt (Pearlman & Saakvitne, 1995), likväl som att aktivt jobba på sin optimism och sin professionella tillfredsställelse (Harrison & Westwood, 2009). Ett av de tydligaste sätten att förebygga prevalensen av både STS och VT är dock att minska arbetsbördan sett till traumatiserade klienter och blanda olika typer av fall (Cerney, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995) och ifall det inte går att minska exponeringen för traumatiserade så bör man minska antal fall per behandlare. Att hålla på ramarna kring jobbet som att inte dra över sessiontider, att ta regelbundna raster, att ta tillräckligt lång lunch, ha regelbunden semester (Conrad & Perry, 2000; Yassen, 1995), men även att vara realistisk i vilka mål som kan vara möjliga för klienterna är också positivt vad gäller att undvika VT (Pearlman & Saakvitne, 1995; Yassen, 1995).

Hur påverkar terapeutens eventuella problem klienterna?

MacLan och Pearlman (1995) fann att terapeuter med egen traumahistorik var mer i riskzonen för att drabbas av vikarierande trauma, vilket kan leda till att deras tidigare traumarelaterade känslor reaktiveras. Ifall terapeuterna dessutom har varit med om liknande saker som klienten talar om finns risken dessutom att terapeuten överidentifierar sig med klienterna, blandar ihop den egna traumaprocessen med klientens historia (Yassen, 1995) eller börjar dissociera under sessionen vilket var för sig kan skapa stora revor i det terapeutiska arbetet (Pearlman & Saakvitne, 1995). Även vad gäller STS finns det risker som kan påverka välutbildade och erfarna terapeuter. Drabbas man av STS kan det påverka förmågan att vara empatisk, vilket kan skapa problem i arbetet med klienterna, som riskerar att bli retraumatiserade (Sexton, 1999).

Att jobba med traumabehandlingar kan även generera en positiv utveckling hos behandlarna. Nedan diskuteras de vanligaste begreppen inom traumatilitteraturen.

Vicarious posttraumatic growth. Posttraumatic growth (PTG), är en form av utveckling och personlig tillväxt inom fem områden: relationer, spiritualitet, styrka, nya möjligheter och uppskattning av livet, som ett direkt resultat av en traumatisk händelse (Bonanno, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Man har kunnat se en ökad personlig styrka, ny mening och livsperspektiv och förbättrade personliga relationer (Tedeschi & Calhoun, 2004). Vicarious

posttraumatic growth kan ses som en sorts positiv utveckling hos behandlaren som är relaterad till den posttraumatic growth som de traumadrabbade kan uppleva, men VPG berör främst tre områden: positiva förändringar i livsfilosofi, interpersonella relationer och självbild (Calhoun & Tedeschi, 1999). I en kvalitativ studie på 12 terapeuter som jobbade med både barn och vuxna som drabbats av komplexa trauman så undersöktes begreppet VPG, och man märkte att alla kunde relatera till någon sorts personlig utveckling efter att ha jobbat med barn som uppvisat PTG (Hyatt-Burkhart, 2014). Dock bör det betonas att det inte finns så många studier i ämnet då de flesta fokuserar på de mer negativa konsekvenserna av att vara behandlare inom traumafältet.

Compassion satisfaction är en term som används för att beskriva de positiva känslor som kan komma av att jobba med mänskligt lidande när man i det arbetet kan se en minskning av besvären som var kopplade till de initiala problemen (Figley, 2002). Forskning visar att specialiserad traumautbildning kan öka compassion satisfaction och minska de negativa effekterna av compassion fatigue och utbrändhet (Sprang et al., 2007). Antal år av klinisk erfarenhet är något som till viss del kan förutsäga compassion satisfaction (Cunningham, 2003; Ghahramanlou & Brodbeck 2000) likväl som att arbeta utifrån evidensbaserade metoder (Craig & Sprang, 2010), vilket antagligen kan kopplas till att man med klinisk erfarenhet samt evidensbaserat arbetssätt kan känna sig ha rätt verktyg för att möta vilka hemskheter som än kommer.

Hernandez et al. lade fram begreppet *Vicarious resilience* 2010, och det definierades som "the positive meaning-making, growth, and transformations in the counselors' experience resulting from exposure to clients' resilience in the course of therapeutic processes addressing trauma recovery". VR ses som en ömsesidig påverkan i behandlingsarbetet; att behandlaren påverkar klienten i positiv riktning vad gäller resiliens kan även påverka behandlaren i positiv riktning. Vicarious resilience bygger inte på att det ska finnas någon PTG eller högre fungerande hos klienterna efter ett trauma, utan man menar att det bara av att vara med i processen och bevittna att det rör sig framåt för klienten, jämfört med den pretraumatiska fungerandenivån, skapas förutsättningar för optimism och vicarious resilience (Hernandez et al, 2010; Silveira & Boyd, 2014).

Andra positiva yttringar som kan komma av att jobba som traumabehandlare, som ännu inte är kopplade till några av tidigare nämnda termer även fast de till viss del överlappar dem, framkom i en kvalitativ studie av Arnold et al, där 100 % av de intervjuade var positiva och talade om det givande i att få ta del av och se den mänskliga naturens styrka, mod och uthållighet, och glädjen det kan ge att få ta del av en annan persons läkande. Arbetet med traumaoffer kan alltså skapa en personlig positiv utveckling hos terapeuten, som gör att man stannar i traumafältet. (Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. 2005 ; Pearlman & Saakvitne, 1995; Schauben & Frazier, 1995).

Barn- och UngdomsPsykiatri (BUP). Idag finns det drygt 2 miljoner barn i åldrarna 0–18 år i Sverige. Det är dock svårt att veta exakt hur många barn som blir utsatta för kränkningar då många kanske inte berättar vad som har hänt. Barn som utsatts för övergrepp kan känna mycket skuld och skam, men kan även vara rädda för repressalier vilket gör att man inget berättar. En enkätstudie (Annerbäck, Liv & Hälsa ung 2008) med 8494 gymnasieungdomar utfördes i Södermanland varpå 15.2 % uppgav att de blivit slagna av vårdnadshavare och 6.4 % fler än en gång. Vad gäller sexuella övergrepp så utfördes en enkätstudie på gymnasier i fem olika svenska städer där 58 % av tjejerna och 15% av killarna blivit kränkta vid olika tillfällen och 13.5% av tjejerna och 5.5 % av killarna blivit utsatta för grova övergrepp, ofta upprepade gånger (Priebe, 2009). Behovet av hjälp kan därmed tyvärr tolkas som stort. Man räknar med att fem procent av alla barn (ca 100000 stycken) har kontakt med BUP varje år och en femtedel av alla barn i Sverige har någon form av psykosocialt stöd via BUP under sin uppväxt. Tittar man närmare på anledningen till de besök som görs på BUP så visar det sig att upp till hälften av dem beror på någon form av traumatisering hos den unga; antingen från ett enstaka tillfälle, från komplexa trauman av både psykisk och fysisk karaktär till tidigare eller pågående trauman (Ormhaug et al, 2012). Specifik och riktad traumabehandling för barn som utsatts för komplexa trauman ges idag på mindre specialiserade enheter dit patienterna blir remitterade från vanliga BUP. Ingen behandling ges dock i de fall omständigheterna är för oklara eller instabila. Då en närstående förgripit sig ska barnet t.ex. inte bo med den personen längre för att undvika tillbakagång i terapin eller retraumatiseringar. *BUP Traumaenhet* är en specialenhet där man jobbar med hela Stockholms län som upptagningsområde. Varje år behandlas cirka 150 barn och unga av de 20 behandlarna på BUP traumaenhet.

Syfte

Syftet för den här uppsatsen är att via intervjuer bidra med en fördjupning av hur arbetet på BUP traumaenhet Rosenlund upplevs av behandlarna, vilka lärdomar de har dragit under sin yrkesbana samt vad som kan upplevas som påfrestande men även positivt i arbetet med komplexa fall och traumatiserade barn.

Metod

Undersökningsdeltagare

Urvalsmetoden var strategisk då den gjordes utifrån vad som var mest relevant för processen (Braun & Clarke, 2006). Intervjupersonernas tillgänglighet och villighet att ställa upp på intervju påverkade det slutgiltiga urvalet.

De som deltog i studien är tio av tjugo behandlare som jobbar på BUP traumaenhet Rosenlund. Alla på enheten jobbar med traumabehandling och har erfarenhet av det som studien handlar om, så den kvalitativa representativiteten är god. Antal år som traumabehandlare var cirka fem

analysen kombinerar teori- och empiristyrkt tillvägagångssätt. Förutbestämda teman kan kombineras med nya teman som genereras ur materialet, via halvstrukturerade intervjuer, vilket är ett tillvägagångssätt som är relevant då undersökningen dessutom är inriktad på att upptäcka något nytt (Braun & Clarke, 2006). Utgångspunkten i den här uppsatsen är en kombination av teori och empiri då syftet är att diskutera behandlarnas arbete, dock inte på ett helt fritt sätt, utan det finns från början ett tänkt tema; svårigheter i arbetet. Ansatsen är dock en övervägande öppen ansats utan förförståelse kring vilka andra teman som kan genereras ur datamaterialet. Epistemologiskt har analysen utgått från en realistisk/essentiell metod, för att se till meningen av det sagda och behandlarnas upplevelser av arbetet. Hur verkligheten ser ut för behandlarna, helt enkelt (Braun & Clarke, 2006).

Semistrukturerad intervju

Vid en strukturerad intervju så ställs alla frågor i samma ordning, vilket inte ansågs lämpligt för denna studie då den inte syftar till att testa en teori, utan även söker att få fram åsikter och funderingar inom ämnet. Att genomföra ostrukturerade intervjuer med helt öppna frågor var inte heller aktuellt då författaren ville ha en viss kontroll över intervjuerna, så att syftet kunde besvaras utifrån intervjuerna. En semistrukturerad intervju kan ha varierande struktureringsgrad. Det är dock vanligt att ha vissa färdigkonstruerade frågor från början men att följdfrågor och ordning sedan kan varieras. Intervjuerna kan således se olika ut och frågorna kan på så sätt ställas i en annan ordning och anpassas till hur intervjun ter sig (Braun & Clarke, 2006).

Själva datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide (bilaga 1) som grund men ansatsen var att respondenterna även skulle ha möjlighet att uttrycka sig fritt (Kvale & Brinkmann, 2009) och ta upp sina egna aspekter och funderingar på sitt arbete samt ämnen som författaren inte varit medveten om vid utformningen av intervjuguiden.

Datainsamling

Initial fick författaren kontakt med en PTP-psykolog på mottagningen och sedermera även kontakt med chefen på enheten, som godkände att författaren utförde datainsamlingen på enheten. Det inledande PM:et inför uppsatsen e-postades ut till de anställda på enheten ihop med information om att författaren sökte intervjupersoner. Därefter kontaktades författaren av dem som kunde tänka sig att ställa upp och intervjuas. Tretton personer anmälde sig vilket begränsades till tio på grund av både praktiska- att det skulle bli för mycket material- och tidsmässiga skäl då vissa intervjuer skulle behövt äga rum vid ett senare skede. De tio intervjuerna utfördes sedan under tre veckors tid under senhösten 2014.

Tillvägagångssätt

Intervjuerna genomfördes på respektive behandlares arbetsrum med enbart författaren och intervjupersonen närvarande. En kort presentation av författaren och syftet med uppsatsen inledde intervjuerna, samt ett förtydligande av anonymiteten i undersökningen, etiska riktlinjer gällande det inspelade materialet och efterföljande transkribering. Möjlighet att ställa

ytterligare frågor eller avböja medverkan inväntades, men samtliga intervjupersoner genomförde hela intervjun och godkände att den spelades in. Intervjuplanen låg som grund för intervjuerna med ej inplanerade tillägsfrågor utifrån vad intervjupersonen svarade eller berättade. Möjlighet att lägga till eller fånga upp något som inte diskuterats gavs mot slutet av intervjun. De flesta intervjuerna spelades in med diktafon Olympus WS-812 och transkriberades skyndsamt. Vid en intervju användes dock en Iphone 6 på grund av en ändring i intervjuschemat och då transkriberades materialet direkt efteråt och ljudfilen raderades för att undvika att materialet skulle råka spridas. Övriga intervjuer raderades efter att transkriberingarna var klara. Det avidentifierade transkriberade materialet sparas på lösenordsskyddade mappar. Utskrivet transkriberat material strimlades efter den första analysgenomgången.

Databearbetning

Intervjuerna spelades in för att ordagrant kunna återge vad respondenterna sa samt för att undvika en första tolkning av det insamlade materialet som sker när man tar anteckningar. Det första av sex steg i analysarbetet var att transkribera de inspelade intervjuerna (Braun & Clarke, 2006). Vid transkriberingsarbetet togs alla utfyllnadsord som "ehm", "liksom", "ju" och så vidare med, men då materialet började bearbetas i analysen togs dessa ord bort i de fall de inte påverkade meningen av det sagda eller materialets helhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Efter att intervjuerna transkriberats började materialet bearbetas i en tematisk analys, på en semantisk nivå för att se till och sortera datan utifrån det explicita sagda i intervjuerna för att undvika ett tolkande av det som sagts, eller att leta efter någon bakomliggande mening (Braun & Clarke, 2006).

Efter transkriberingen gjordes en vågrät analys, dvs. en genomläsning av allt datamaterial där text som kunde vara relevant för frågeställningen markerades. Därefter sorterades markerade citat och grupperades utifrån olika kodord och övergripande begrepp, som "handledning" och "undvikande". Vardera tema gicks sedan igenom sett till hela texten, d.v.s. alla intervjuer, och det som kunde tänkas tillhöra temat plockades ut, och detta steg gjordes lika många gånger som det fanns teman. Därefter sorterades all information in under övergripande teman med en bredare ansats allt eftersom och underteman lades till, "handledning" blev t.ex. "handledning och kollegialt stöd" och blev ett undertema under huvudtemat "arbetsmiljö". Temat "undvikande" blev två underteman ("socialt undvikande" och "undvikande tv/film") under huvudtemat "personlig påverkan". Undertemana blev alltså de tidigare egna teman som inte kunde stå på egna ben som tema, utan snarare passade in i det senare, mer övergripande, temat. Därefter benämndes varje tema samt undertema på ett slutgiltigt sätt och definierades, "arbetsmiljö" t.ex. blev "jobbet som traumabehandlare" och "personlig påverkan" blev ett paraplybegrepp i huvudtemat "personlig påverkan av jobbet som traumabehandlare". Det på förhand bestämda temat om behandlarnas eventuella negativa påverkan av jobbet benämndes slutligen som "när jobbet blir jobbigt" och återfanns ha fem underteman, som presenteras i resultatdelen. Varje tema sammanfattades sedan skriftligt med citat som belysande exempel av

innehållet. Det sjätte steget i analysen sammanfattade materialet med egna ord där citat från olika respondenter togs med som exempel, och presenteras nedan under rubriken resultat.

Först tolkades alltså materialet, därefter koncentrerades texten ned i teman och därefter strukturerades temana upp i övergripande huvudteman och associerade underteman.

Efter en första genomgång av steg 1-5 utkristalliserades 20 teman vilka sedan omarbetades kontinuerligt rent semantiskt och grupperades utifrån vad de handlade om. Så småningom, efter nya omstruktureringar och vissa omdefinieringar av temana, framkom till slut tre huvudteman med underteman som ansågs vara associerade till vardera huvudtema.

Etiska överväganden

Etiska överväganden gjordes enligt vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning; informationskravet: samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990).

Undersökningsdeltagarna kontaktades först med ett e-post från enhetschefen som informerade dem om syftet med studien. De som sedan var intresserade av att delta blev informerade om konfidentialitet gällande medverkan och hur det insamlade materialet skulle hanteras, både vid intervjubokning samt vid intervjutillfällena. Det meddelades att materialet endast kommer användas i studien ur ett forskningssyfte, deltagandet i studien baseras på frivillighet och rätten att närsomhelst avbryta sitt deltagande, samt att uppsatsen efter att den är godkänd kommer presenteras på mottagningen så att alla kan ta del av den slutgiltiga rapporten.

På BUPs traumaenhet jobbar ett begränsat antal personer och anonymiteten har varit extra viktig att betona för att deltagarna skulle känna sig bekväma i att delta i studien och i intervjusituationen. Det var svårt att på förhand tolka hur känsligt ämnet var för var och en av de som deltog. Visst material och citat har vid senare tillfälle plockats bort då det vid personlig kommunikation framkommit att vissa respondenter inte velat ha med alla delar av intervjumaterialet. Resultatet har redovisats utan att visa någon koppling mellan eventuella citat och personen bakom och de olika respondenterna har inte blivit presenterade individuellt för att garantera anonymiteten. Då studiens syfte var av kvalitativ art, att få fram aspekter på arbetet som traumabehandlare, så finns det ingen relevans i att se exakt vem som sa vad. Kodningen som använts för de olika respondenterna vid analysarbetet finns tillgängligt för opponent och examinator tills studien är godkänd.

Resultat

Att arbeta med trauma kan skapa en personlig utveckling för behandlaren, men vissa saker bör beaktas för att skapa möjligheter att ta del av den utvecklingen. Sett utifrån forskningsläget idag så riskerar i princip alla traumabehandlare att drabbas av VT och STS, men med rätt typ av stöd i arbetet kan det minska att symtomen blir långvariga och befrämja ett snabbt återhämtande. Denna studie från BUP traumaenhet visar ett resultat som ligger i linje med internationell litteratur både vad gäller negativa och positiva förändringar i det privata och i arbetslivet. Genom att studien uppmärksammar och diskuterar hur jobbet som

bartraumabehandlare ser ut idag i Sverige så kan det lyfta en diskussion om hur viktigt arbete de som jobbar med traumabehandlingar utför, men även vilka svårigheter arbetet kan innebära. Dels indikerar resultatet viktiga saker som behandlarna på BUP trauma upplever ett behov av, vilket skulle kunna tänkas gälla alla traumabehandlare, men resultatet pekar även på områden som tarvar ytterligare forskning.

Tabell 1. Presentation av teman som framkom i den tematiska analysen.

Huvudtema	Tillhörande undertema
<i>Arbetet som traumabehandlare</i>	Vänja sig vid att prata om det värsta Positiva aspekter av att jobba på en specialistenhet Trygghet i metod och erfarenhet Hur man utvecklas i arbetet Egna må-bra strategier
<i>Personlig påverkan av att arbeta som traumabehandlare</i>	Efter att man gått hem för dagen Jobbets påverkan på det egna sociala livet Påverkan av att ha egna barn Undvikande av filmer/böcker efter jobbet
<i>När jobbet blir jobbigt</i>	Ansvar för att vara öppen mot kollegor/sig själv Perioder när man kan uppleva sig extra sårbar Systemet utanför enheten som frustrationsmoment Sekundär traumatisering som risk i arbetet

Nedan redovisas de tre huvudteman som framkom under analysen; *arbetet som traumabehandlare*, *personlig påverkan av att arbeta som traumabehandlare*, samt *när jobbet blir jobbigt*, med respektive underteman.

Arbetet som traumabehandlare

Det framgick under intervjuerna att arbeta som traumabehandlare innebär att ha jobbiga saker som en del av jobbet. Men att ta hand om de jobbiga upplevelsorna borde inte vara ett enskilt arbete. Däremot är det väldigt olika med synen på hur man får hjälp med de tyngsta bitarna. Vissa tar hjälp av sina kollegor på avdelningen, vissa tänker att det är en ytterligare belastning på arbetskamraterna om man delar något jobbigt, där andra ser det som en självklarhet för att orka fortsätta jobba. Arbetet med barnen är dock inte något som upplevs som påfrestande specifikt, även fast det framkommer att det kan innebära vissa svårigheter både i jobbet och privat.

Vänja sig vid att prata om det värsta

Att lyssna på de emellanåt obegripligt råa saker som hänt barnen som kommer till traumaenheten är en del av vardagen för behandlarna, det är en del av deras jobb och det gäller att härda ut, men däremot är det ingen som kan säga eller vet hur man vänjer sig vid att lyssna till och drabbas av den smärta och hjälplöshet som barnen kan uttrycka. Tankar finns snarare på om man överhuvudtaget ska bli för van vid barnen berättelser, varken som traumabehandlare eller människa. Men att en del av arbetet även handlar om att man i rollen som traumabehandlare befinner sig i ett system där det finns många saker som samverkar och den egna rollen är bara en liten del i barnens liv, så man får finna sig i att inte kunna utvärdera eller isolera sin egen del. Det är snarare så att man får acceptera komplexiteten kring barnen och att inte kunna specificera vad som gör att arbetet går framåt.

"Det är de här livsfrågorna, det ska gripa tag för det är så förfärligt, men sen ska vi handskas med det på ett bra sätt så vi inte mår dåligt eller går under... hur håller man sig frisk när man jobbar med så här svåra saker."

"Man måste vara ödmjuk inför att det här är svårt att förstå sig på, men jag gör så gott jag kan i alla fall."

Men att aldrig helt vänja sig innebär så klart att ständigt drabbas av de olika berättelserna man får höra, vilket ses som en del i processen av vissa, att de känslor man får och den påverkan det har är terapeutiskt viktig. Samtidigt så innebär det att man trots långa utbildningar och år i arbetet fortsätter att känna obehag, det försvinner aldrig helt.

"Jag tänkte att det här går inte att lyssna på jag vill gå ut och kräkas, det är så vidrigt...vad ska jag göra nu, vad ska jag säga när man bara vill trola bort det här."

Andra funderingar kring hur man gör för att klara av arbetet ibland var kring avstängningsmekanismer och att man emellanåt tänker att man egentligen bara vill vara hemma och påta i trädgården. Att klara av traumaarbetet ses som ett pågående arbete som kan kännas som bräckligt emellanåt. Det beskrivs som ett kontinuum där man å ena sidan kan bli

överengagerad och å andra sidan kan bli cynisk eller blasé, där det är viktigt att inte hamna i endera diket utan håller sig mitt på banan, och att det är en utmaning att ständigt vara känslomässigt närvarande.

"Man skyddar sig själv...så att man inte helt 100 % är med...för om man är 100 % närvarande så blir det ju så starkt så det ibland kan bli svårt, dras man in för mycket så blir det svårt att hantera."

Positiva aspekter av att arbeta på en specialenhet

Att arbeta på en specialistenhet är något som generellt upplevs som positivt. När barnen väl har kommit till enheten så är de ett steg närmre att kunna må bättre i det att de kan få adekvat hjälp. Många av barnen kan ha haft det väldigt jobbigt en längre tid och inte blivit sedda, då ingen har tagit något helhetsgrepp på situationen, men när de är på Bup trauma så känner behandlarna att de vet att något kan ändras för barnen. Behandlarna vet att deras arbete kan göra gott, något som påverkar även dem i positiv riktning. Även det att se resultat i behandlingen och att den flyter på är det hoppgivande och ses som en motvikt mot allt det tunga runtomkring.

"De är så utsatta och har haft det så eländigt under så lång tid och ingen har sett dem och det kan kännas väldigt hopplöst, men så är det på ett sätt väldigt positivt att jobba här för då kommer de hit och då kan man göra någonting."

"Man kan vara ”yes, hon sa det” istället för att tycka att det är så fruktansvärt, det är det jag tänker också är en skyddande faktor här, att man ändå gör en nytta."

"Man kan ta sig ur väldigt stora och djupa svårigheter och komma ut på andra sidan och växa som individ av det."

Trygghet i metod och erfarenhet

Att stå säker i metod och veta vad som är verksamt ses som en positiv aspekt i behandlingsarbetet. Det betyder inte att behandlarna behöva följa manualer eller följa dem till punkt och pricka utan mer att tydligt bottna i vad som är verksamt för patienterna, och vad behandlingen går ut på. Att vara uppgiftsorienterad skapar en tydligare roll för behandlaren vad det är för typ av arbete som ska göras. Med erfarenhet så kommer även en säkerhet att veta vad som är verksamt och att kunna vara mer flexibel i metodarbetet, men samtidigt så går det inte att lita på metoden till fullo utan det upplevs att ett fortsatt självreflekterande i terapituationen är av stor vikt.

"Jag tänker att det är hjälpsamt med en metod eller erfarenhet det hjälper att inte hålla det på avstånd men att ta sig an saker på ett lite metodiskt sätt."

"Att stå säker i metod, det handlar inte om att slaviskt följa manualer utan mer och mer tydligt bottna i vad det är som är verksamt i behandlingar."

Flertalet behandlare nämner även att det är viktigt att inte fastna i rutiner när man jobbar med traumabehandling. Barnens behov är så varierande att en ständig lyhördhet för barnen behövs. Även fast man har en metod att luta sig mot så är behandlarna flexibla och just det att man ofta får experimentera för att komma framåt utifrån varje barns behov är något som upplevs som positivt och roligt på mottagningen.

"Arbetet är väldigt roligt och det är liksom, man får vara väldigt kreativ inom ramen för det här...man får använda sig av många olika sätt att uttrycka sig."

Hur man utvecklas i arbetet

Flertalet behandlare tar upp vikten av en annan del av specialistenhetens jobb som består av att sprida och kommunicera sin kunskap. Både för att det innebär ett annat arbetsfokus, men även den möjlighet till förkovran det kan innebära. Man menar att man lär sig mycket av att beskriva för andra vad det är man gör i arbetet, att det är positivt för den egna utvecklingen att sammanfatta och reflektera kring den egna rollen. Det utåtriktade arbetet är inte bara bra i syfte att lära ut utan alltså även som en professionell utveckling, som är viktig för att kunna ta ett metaperspektiv på arbetet. Det påpekas dessutom att det är viktigt att ha en pågående utvecklingsprocess där man höjer den egna nivån lite allt eftersom, och att det är ett spännande yrke just för att det finns så många möjligheter till vidareutbildning inom det terapeutiska fältet.

"Samtidigt så finns det en inbyggd utspädning på det sättet att vi också har ett annat uppdrag inom specialenheten, att jobba med kunskapsspridning och metodutveckling som också handlar om det jag beskriver som helikopterperspektiv, det tänker jag är jättejätteviktigt."

Egna må-bra-strategier

Alla behandlare pratar om att man aktivt måste jobba med sig själv och ha koll på sina må-bra-strategier (copingstrategier). Men att det är inget som gör sig själv utan man måste jobba aktivt på dem, likväl som de barn och föräldrar de behandlar anmodas göra. Det är inget hokus-pokus som en behandlare säger, det är bara sunt förnuft. För att hjälpa andra på ett adekvat sätt måste du själv må bra. Och balansera upp allt det som är jobbigt under arbetsdagen med positivt inflytande efter arbetsdagens slut. Däremot så är det inte alltid så enkelt som det är sagt, utan något som man lär sig med tiden. Även det att man som behandlare måste ta hand om sig och ha ett roligt och givande liv för att kunna känna positiva emotioner och visa på framtidshopp för dem man behandlar framgår, att man måste ha den positiva känslan själv i sitt privatliv och att det snarast är en förutsättning för att kunna jobba på mottagningen.

"Man tenderar att vara ganska slut vad gäller intryck och samspel med andra och att man har stort behov av den här egna återhämtningen och liksom ladda för sig själv."

"När jag själv känner att jag har liksom en inre och yttre stabilitet och tagit hand om mig och fyllt på med bra saker då är jag också mycket mer motståndskraft mot de här, de här symptomen som man kan få när man jobbar med trauma."

Men om det är lite skakigt på hemmaplan, eller att man sover dåligt, har problem med familjen eller något annat som man känner påverkar negativt, så märks det på så sätt att man lättare blir berörd av arbetet menar många. Behandlarna upplever sig då som mer sårbara av de jobbiga ämnen som berörs i behandlingsarbetet, och den typen av samvariation mellan det privata och ärendebördan tycks vara samma för alla oavsett tid i arbetet. Men vissa talar om att det är bräckligt hela tiden, att man får kämpa för att hålla en stabil nivå, vilket ibland kan göra att tankar på att göra något annat dyker upp.

"Är man själv mer sårbar av olika anledningar, man kanske har det jobbigt hemma eller är stressad eller har sovit dåligt eller är orolig över nån sjuk släkting...då blir det starkare och då blir det tuffare att jobba med det här."

"Ibland tycker man bara ”äh orkar inte hålla på med det här jobbiga”."

Personlig påverkan av att arbeta som traumabehandlare

Att jobba med traumabehandling kan påverka den enskilda behandlaren på olika sätt och under intervjuerna diskuterades olika sätt som behandlarna känner av en påverkan av jobbet i den privata sfären, efter att man har slutat jobbet för dagen.

Efter att man gått hem för dagen

Många upplever en påverkan på både energinivåer och känsloläget av jobbet och en vanlig strategi tycks vara att till exempel inte prata om jobbet när man slutat för dagen. Det nämns även att man kan känna en märkbar skillnad vad gäller det generella stämningsläget, att man upplever sig vara mer allvarlig än tidigare och kan känna att saker som tidigare engagerat en numera ter sig lite meningslösa.

Trötthet var något som man både pratade om att man såg hos andra på mottagningen men även för egen del. Tankarna kring tröttheten rörde att det var ett sätt att hålla tankarna på jobbet borta och att det såldes är en funktionell trötthet, men också att det är en godtagbar bieffekt för att slippa tankarna.

"Pratar aldrig om mitt ”jobb jag”...det är ett sätt att inte gå igång."

"Jag tar nog ut mig känslomässigt och fysiskt här."

Vissa menar dock att de inte påverkas så mycket och i de fall jobbet följer med hem så är det kanske mer funderingar kring praktiska ting.

"Det är inte så att jag ligger och tänker på läskiga händelser eller att man tänker att man själv fått bilder eller fått flashbacks från deras berättelser...mer att jag kan grubbla på nästa steg i behandlingen."

Jobbets påverkan på det egna sociala livet

En annan aspekt på hur jobbet kan påverka behandlarnas privatliv är påverkan på deras sociala liv, som verkar få lida till viss del på grund av jobbet. Man orkar inte upprätthålla alla sina vänskapsrelationer även om man skulle vilja det, och inte heller orkar man ha ytliga kontakter med bekanta. Djup och trygghet i relationer är det som eftersträvas, och det kan till viss del tillskrivas jobbet som psykolog rent generellt, menar vissa, att de är en "yrkesskada" att gå till kärnan med saker och prata om existentiella saker.

Vissa tar upp att de gärna inte pratar om jobbet med andra av den anledningen att de känner att det är ett laddat ämne, med sexuella övergrepp och misshandel och att man ofta bemöts med tankar om hur jobbigt jobbet är och hur tungt det måste vara.

"I kombination med att jag är bokstavligen trött på att prata så blir jag lite mindre social privat än vad jag var tidigare och det är inte så kul om det är en följd av jobbet, får fundera på det..deppig insikt att inte vara social. Som en slags social mättnad som infinner sig."

"Folk har idéer eller tankar och blir negativt starkt tagna när man berättar vad man jobbar med...det blir starkt och starkt negativt när man pratar om sitt jobb."

Påverkan av att ha egna barn

Barn ses som positivt av flera då de i de relationerna måste vara närvarande och här och nu när de slutar för dagen och man när man har egna barn inte hinner fundera på så mycket annat utan kan koppla bort jobbet. Att det dessutom blir en bra balans av att träffa barn som befinner sig i normalspektrat, som inte är drabbade.

"Jag tror att det är så när man har småbarn är det så självklart på något sätt, att det är bara att kavla upp ärmarna och göra det, brukar skoja att man får ha lite miljöterapi hemma."

Däremot har vissa även haft negativa upplevelser när deras egna barn varit i samma ålder som de barn man behandlar, vilket skapat ångest eller triggat tankar på övergrepp då det väckt tankar kring barns utsatthet och det egna föräldraskapet

"Det väckte så mycket känslor av min egen rädsla, att inte kunna rädda eller skydda mina egna barn... "

"Jag fick påminnelser..började tänka på olika varianter på sö och beskrivningar jag hört och min hjärna började rusa iväg ”jag förstår precis hur lätt det är att förgripa sig man skulle kunna göra så här”."

Undvikande av filmer och böcker efter jobbet

Alla av de intervjuade berättade att de undviker vissa typer av saker i sitt privatliv; tv, film böcker som har innehåll som påminner om jobbrelaterade ämnen väljs medvetet bort. Vissa säger att det helt enkelt blir mättat med jobbiga saker på arbetstid, och att ifall man skulle se ännu mer så finns det en känsla av att det skulle bli rent plågsamt. Mycket handlar om känslan av att vikta det tunga materialet på jobbet med mer lättsamt material för att undvika att tappa lusten i vardagen. De flesta säger att man tidigare kanske haft intressen av deckare eller mer socialrealistisk media, men att det stegvis försvunnit.

"Det är redan fullt i den bägaren så att säga jag ska inte se det, är som att jag får en känsla av att de bilderna skulle fastna."

Däremot är det vissa som inte värjer sig för att titta på eller läsa om utsatthet även efter jobbet utan gärna tittar på socialrealistiska dokumentärer. Dessutom framkommer det att intresset för deckare och annat man undviker under jobbperioder kan komma tillbaka i samband med semester. För vissa tar det ett tag, men för andra räcker det att komma ut ur sammanhanget på jobbet.

"Det vet jag att jag gillade mycket förr men nu tittar jag inte eller ja det kan jag göra men då ska det vara en bit in på semestern, för då kan jag se på det på ett annat sätt."

När jobbet blir jobbigt

Många av de intervjuade är öppna med att det kan finnas delar av jobbet som traumabehandlare som är mindre positiva, eller som rent av påverkar dem negativt i olika grad.

Ansvar för att vara öppen mot kollegor/sig själv

Tankar kring det egna välmåendet i arbetet och hur beroende det till viss del är av att prata om de saker som blir jobbiga i behandlingsarbetet, är ett ämne som kommer upp i de flesta intervjuer. Dels gäller det att vara öppen mot sig själv och erkänna sina känslor, dels måste man vara öppen mot kollegorna och kunna kommunicera sina känslor. Många anger att delande och eget ansvar är av stor vikt för ett fortsatt funktionellt arbete, och att det kan påverka jobbet när det inte görs.

"Man måste vara väldigt medveten om hur man påverkas och man måste vara väldigt öppen med det."

En återkommande tanke under intervjuerna är behovet av handledning för de personliga processer som behandlingsarbetet med traumatiserade sätter igång, men säger samtidigt många att det inte finns tid till det idag på enheten. Behovet av att få prata av sig om de känslor som väcks i arbetet tycks större än den officiella möjligheten att få bearbeta materialet, istället får man söka sig till sina kollegor; antingen den de jobbar med i fallet eller någon som man känner sig bekväm med. Dock är det av många sett som ett svårt ämne och inte alla är bekväma i att vända sig till kollegor, antingen på grund av att de inte vill lämpa över de egna problemen på någon annan eller för att de inte känner att de har någon att vända sig till, eller att man ens ska det utan att det finns en uppfattning på mottagningen att det är en del av jobbet med negativa känslor och det ska man klara av själv.

"Det är ju lite det som är ett problem här tycker jag, att det finns inte utrymme att få uttrycka de känslorna, så då blir det att de inte uttrycks, att man bara struntar i dem i princip."

"Man kan alltid gå och knacka på hos nån och säga att nu känner jag att nu var det jättejobbigt eller så där, men det är inte alltid man orkar göra det heller eller känner sig bekväm med att knacka på hos nån."

Det positiva i att få dela och att få lyssna på andra lyfts även fram, och vissa liknar det vid gruppterapi, att man får en utspädning och normalisering av det som händer inom en i ett behandlingsarbete

"Man kan känna att man inte kan nåt och så hör man av de här personerna som har jobbat i 20 år att de känner likadant...man känner sig lite mindre ensam i vad man tycker och tänker."

"Det var skönt att höra från andra mer erfarna kollegor som jobbat länge att de varit med om liknande saker."

Det finns även tankar kring att det kan upplevas som en svaghet att visa att jobbet påverkar en personligen och menar att det inom specialverksamheten finns ett "bror duktig"-ideal, vilket gör att vissa delar av att vara sårbar försvinner på vägen. Den personliga aspekten, att behöva blottlägga sina inre processer inför sina kollegor tas också upp som en tänkbar anledning till att svårigheter i jobbet inte diskuteras, det blir för naket. Däremot så är det kollegiala, dels att ha stöd omkring sig men även viljan att vara ett stöd åt andra, något som kommer upp i intervjuerna, en önskan om att användas i sin fulla potential. Och att det ska vara okej att påpeka för kollegor att man tycker det verkar som att de påverkas av jobbet, att det borde vara en naturlig del av det tunga arbete man ändå utför.

Diskussioner om handledning dyker också upp i många intervjuer, att det inom den befintliga handledningen inte finns utrymme för de egna processerna som varandes behandlare, utan att de bitarna får stå undan för att hinna med metodhandledning, men att båda bitarna behövs i traumaarbetet.

"...viktigt när man jobbar med så svåra saker och känner känslor eller mycket uppgivenhetskänslor är att man behöver mycket handledning, till exempel, för egen del."

"Det är en balansgång det där inte så lätt ekvation att både ha tid för metod- och processhandledning och tid för att dra ärenden och tid för patienter."

"En av skyddsstrukturerna är att vi nästan aldrig är själv i ärenden, så vi har alltid en kollega att dela ärenden med."

Perioder när man kan uppleva sig vara extra sårbar

Att komma tillbaka efter att ha varit iväg eller haft semester är något som många behandlare upplever som något jobbigt och det talas om ett motstånd att möta en verklighet som man inte lever i privat. Vid terminsstarterna och intake när man tar emot nya klienter upplevs arbetet som extra jobbigt, dels har man haft semester och kopplat bort jobbet och dels så blir det påtagligt och lite desillusionerande för många att behovet av hjälp aldrig tar slut. Det refereras till en sorts skyddsdräkt/rustning som en del i arbetet, men efter att ha haft semester har man inte fått på sig sin skyddsdräkt än vilket gör påfrestningarna större av traumaberättelserna och man känner sig sårbar. Berättelserna lättare går in, man kan bli ledsen och börja ifrågasätta sig själv i varför man jobbar där man gör, att man inget duger till och att det emellanåt kan kännas helt ohållbart.

"Precis när jag kom tillbaka så var jag skyddslös så att säga... då kände jag mig lite som att jag måste ta på mig skyddsdräkten igen..för någon dräkt tror jag att jag går omkring med hela tiden som hjälper mig..yrkeskunskap och erfarenhet är en del i det, jag måste ha på mig den för att klara av det."

"När jag kom tillbaka efter sommaren...och hade ett besök som jag blev jättetagen av, då började jag faktiskt gråta när jag åkte hem efter jobbet...sen blev det som att jag tog på mig nån rustning."

Systemet utanför enheten som frustrationsmoment

De flesta säger att arbetet med barnen inte är det jobbiga utan att saker runtomkring barnen i form av myndigheter och familjesystem är det som kan upplevas vara väldigt frustrerande i traumaarbetet. Andra instanser och myndigheter är inte alltid påverkbara från BUPs håll vad gäller barnens bästa, vilket skapar frustration och uppgivenhet hos behandlarna emellanåt, det och vetskapen att många fler barn skulle kunna få hjälp om systemet var mer väloljat och

välfungerande kan slita på behandlarna. Barnen som kommer kan ha befunnit sig i systemet länge utan att någon har sett helhetsbilden och grundorsakerna till det dåliga måendet och det påpekas att fler i samhället och på socialen t.ex behöver större kunskap kring trauman. En annan sak som kommer upp är hur svårt det kan vara emellanåt att hjälpa tillräckligt, när barnen befinner sig i komplexa familjesituationer. De yttre strukturerna kommer dessutom med ända in i behandlingsrummet och kan påverka behandlingsarbetet negativt, eller är i alla fall en tredje part som ständigt är närvarande.

"Man blir påverkad av de yttre strukturerna, absolut jättemycket, det är ju inte så att jag sitter här med individualterapi, att jag sitter med patienten och det är du och jag som gör ett jobb ihop utan det är alltid andra parter som har väldigt inverkan på det jobb man gör på de här människornas liv."

Det talas också om hur det ser ut i samhället och hur stor den skriande brist på hjälp till dem som behöver det är, både i form av rätt resurser men även att i det att omvärlden inte riktigt förstår eller tar hänsyn till det barnen har blivit utsatta för

"Ibland kan jag bara känna vi lägger ner den här mottagningen och ger pengarna till soc, det är de behövs, uppenbarligen, det är det jag kan känna ibland. "

"Jobbigt att man kan stöta på patrull i samhället med barn som får fortsätta träffa förövare, till exempel."

Men hur jobbigt det än kan vara emellanåt med regler och myndigheters rigiditet så är det kanske systemet som får ta över efter att traumabehandlingen är slut.

"Man önskar att den insatsen vi ger ska vara tillräcklig eller ska kunna leda någon annan vart eller bli något bra, att det ska vara en mottagare på andra sidan som ser till att och får den här ångbåten att svänga några grader iaf ."

Sekundär traumatisering som risk i arbetet.

Vissa nämnde risken för att bli sekundärt traumatiserad i arbetet som något självklart och en väntad effekt, men vissa inte berörde ämnet alls. En del talade om att alla säkerligen är medvetna om den stora inverkan som sekundär traumatisering kan ha, men att det inte tas upp på gruppnivå, vilket gör att personalgruppen hamnar i ett undvikande istället för att ha ett levande samtal om det.

"Alla terapeuter är i fara för när man jobbar som traumafokuserad terapeut eller behandlare att en del barn, en del föräldrar, en del ärenden kommer närmare av olika anledningar."

"Man skulle tycka att det behövs bli en större fråga och ännu mer förståelse för de här frågorna, att de som ska jobba med det här behöver förstå vad de jobbar med."

"Det tar inte mark riktigt det här att vi faktiskt är indragna i väldigt svåra processer och att det påverkar oss."

Behandlarna berättar om olika egna exempel på att de blivit sekundärt traumatiserade, de talar om klibbiga tankar, påträngande minnesbilder, störd sömn och ökad arousal, och att de normala avstängningsknapparna inte fungerat; man har inte kunnat lämna jobbet därhän när man gått därifrån. Och som flera påpekar så är de inte ens deras egna minnen som pockar på, utan något de fått berättat för sig. Det har även funnits en förvåning över hur stark den sekundära traumatiseringen kan vara och hur mycket det kan påverkat vardagen, men har även poängterat de vet att de reaktioner de har inte är lika starka som klienternas. Av de som drabbats så har olika strategier använts för att få bukt med problemen; ta upp symtomen i handledning, söka hjälp och prata om det med kollegor, utföra en egen exponering eller att bara vänta ut symtomens avklingande. I de fall man sökt sig till företagshälsovård, dvs. extern hjälp har det känts som att de inte har förstått problemen utan föreslagit mer traditionella behandlingar som vanlig samtalsterapi istället för traumafokuserade samtal.

"Jag har känt att men gud, kan någon bara ta bort den här bilden från mitt huvud, den tränger sig in, och det är jättehemskt."

"Jag fick sådana påträngande bilder i huvudet av situationer som jag uppenbarligen inte sett själv men som jag kunde föreställa mig som jag hade väldigt svårt att göra mig av med."

"Där hade jag mest hjälp av att jag hade en kollega som jag kunde dela den erfarenheten med liksom, att vi kunde prata om det, vi tog oss ordentlig tid både före och efter för att det var så pass plågsamt liksom."

Men att själv bli utsatt kan ses som en del av jobbet och även ses som en hjälp att förstå patienternas problematik på ett mer ingående sätt. Att ha drabbats av sekundära traumasymtom har heller inte gjort att man oroar sig över att drabbas av symtomen igen, man vet att man kan få hjälp av rutinerade traumabehandlare runtomkring och man vet själv vad det är för arbete man har framför sig- det är samma som för barnen och ungdomarna.

"Lättare att förstå om man varit i den situationen, ”men kan nån bara ta bort det här jag vill inte ens att det ska finnas”, och då är det inte ens mina egna upplevelser jag ser. Så jag tänker att det varit bra upplevelse, inte så kul, men bra."

"När man själv inser att man "nu är jag som ett bokexempel" att jag har klubbiga eller påträngande tankar...det kommer olika övergreppscenarier...jag vill inte ha det i mitt huvud eller tänka på det."

"Det finns ingen annan utväg, det är bara att ge sig in i det precis som vi tänker att våra barn och ungdomar behöver också. "

Diskussion

Arbetet som traumabehandlare

Behandlarna på BUP trauma har en positiv grundinställning till arbetet och talar om att deras jobb är att ingjuta optimism och ett framtidshopp i barnen. Att känna att man gör framsteg, att barnen kan prata om det som har hänt dem, är positivt ur behandlarnas perspektiv och något som anges som en påminnelse om varför man ska fortsätta kämpa. Optimismen, att det går framåt och tanken på framtidshopp går att relatera till de positiva aspekter som traumaarbete kan innebära, som *vicarious resilience* (Silveira & Boyer, 2014).

Vänja sig vid att tala om det värsta. Att vänja sig vid traumaberättelserna och traumaarbetet är något som man "bara gör", vilket inkluderar en form av avstängning men också en fortsatt närvaro där man faktiskt aldrig riktigt vänjer sig. Ett kontinuerligt eget arbete pågår för att bibehålla ett adekvat engagemang i terapierna, men även en bibehållen öppenhet och ödmjukhet inför livets komplexitet nämns. Vid en intervjustudie av sex traumabehandlare kring hur man klarar av arbetet på sikt och undviker VT (Harrison & Westwood, 2009) så presenterades liknande indikationer, att man bör fortsätta ha ett öppet och reflekterande sinne och inte fastna i tankar kring all världens grymheter.

Positiva aspekter av att jobba på en specialenhet. De barn som får möjlighet till behandling på BUP traumaenhet har bedömts befinna sig i sådana kontexter att de kan tillgodogöra sig traumabehandlingen, vilket enligt behandlarna upplevs vara en positiv vetskap. Något som berörs i vissa intervjuer är att man kan se en *posttraumatic growth* hos klienterna, och det hoppfulla som finns i att man kan komma ut på andra sidan och utvecklas i positiv riktning efter trauman. Det ger en ytterligare dimension i traumaarbetet där man kan nå längre än att "bara" bli kvitt traumasymtomen. Rent teoretiskt torde då även *Vicarious Posttraumatic Growth* vara något man skulle kunna förvänta sig finna hos behandlarna, men det tar ytterligare studier att fastställa.

Borgmetaforen i titeln för uppsatsen är ett citat från en intervju där mottagningen beskrivs som en trygg plats och en plats där man kämpar för traumatiserade barn, och det finns en stolthet i det arbete man utför. Att jobba på en specialenhet kan således ses som en skyddande faktor i sig, både för barnen att få hjälp av erfarna behandlare, men även för behandlarna då de vet att barnen äntligen kan få den hjälp de behöver.

Trygghet i metod och erfarenhet. Känslan av att stå trygg i metod var ett återkommande tema oavsett behandlarens teoretiska inriktning. Framgångar som kan relateras till metod stöds av Viviandi (2011), då man i en kvalitativ studie fann att en solid teoretisk grund hade en starkt positiv effekt på behandlarna. Dock finns det funderingar kring huruvida de evidensbaserade terapierna kan skada terapeut-klientförhållandet då terapeutens kreativitet och spontanitet kan tänkas fastna i manualen (Addis, Wade, & Hatgis, 1999). Men det nämns under intervjuerna att trots att man jobbar manualbaserat så bibehåller man ett flexibelt tänkande och går utanför manualen när det behövs, då det är svårt att på förhand veta vad som kommer fungera i behandlingen med det enskildabarnet.

Hur man utvecklas i arbetet. Det framgick att en del har tankar kring den egna professionella utvecklingen som traumabehandlare och en vilja att ständigt fortsätta utbilda sig. Man diskuterade nyttan av ny kunskap, dels för att få ett metaperspektiv i arbetet men även vikten av att bredda sin kompetens och inte sitta nöjd med det man redan vet. Många menade att stå trygg i metod och erfarenhet skapar förutsättningar för att kunna få hjälpa till på sätt man vet fungerar. Chu (2011) menar att *expertis* är en del av varför man stannar i jobbet som traumabehandlare, vilket dock inte uppnås på kort sikt. Kozlowski (2010) menar att det tar minst 10 år, men att man när man besitter en expertis kan utvärdera situationer bättre, kan förstå mer komplexa mönster och inte tolka alla små detaljer var för sig utan kan ta ett metaperspektiv, samtidigt som man ständigt fortsätter utvärdera den egna insatsen och ständigt söker fortsätta att utvecklas inom yrket. Flertalet behandlare talar i linje med Koszowski i termer om att det är viktigt med ett metaperspektiv vad gäller arbetet. Man skulle kunna tänka sig just expertis är anledningen till att de stannat inom fältet- de har funnit ett område som de tycker är spännande, de vet vad de gör och behandlingsarbetet fortsätter skapa utmaningar för dem. Studier har visat att specialiserad utbildning inom traumafältet är något som ökar compassion fatigue och minskar STS, vilket kan indikera att man med utbildning får en sorts skydd mot de negativa effekterna av att exponeras för trauman (Ortlepp & Friedman, 2002; Sprang et al., 2007). Kontinuerlig metodutveckling och utbildning kan ses som viktig och det är något som enheten jobbar med, vilket kan bidra till att minska behandlarnas problem. Däremot så finns det ingen startplan för de som kommer nya till avdelningen, vilka kanske skulle behöva extra utbildning för att skapa ökad trygghet i arbetet.

Egna må-bra-strategier Enskilda copingstrategier diskuterades inte särdeles ingående, utan att ha egna må-bra strategier nämndes snarare som en sorts grundförutsättning i arbetet. Det är en del av psykoedukationen barnen tar del av och något behandlarna själva måste använda sig av. Däremot kan det vara viktigt att titta på vilken typ av copingstrategier som används då det är en viktig indikation på en ökad risk för VT. Det talas mycket om att äta och sova rätt, samt att se till att ha en meningsfull fritid och fylla på med positiv energi, men exakt hur man gör var det ingen som gick in på. Det nämns dock genomgående att man hela tiden måste jobba med sina må-bra-strategier, vilket medges att det kan kännas svårt även fast man vet vad man ska göra.

Ett aktivt användande av de vanligaste copingstrategierna har dock ingen inverkan på omedelbara traumatiska symptom hos behandlaren, utan ses mer som viktiga ur ett längre perspektiv, vilket man kan tolka som att den sekundära traumatiseringen är svår att förhindra medan den kumulativa negativa spiralen av VT går att jobba för att förhindra (Anderson, 2000; Bober&Regehr,2006).

En tanke kring egna må-bra-strategier är att traumaoffer i behandling lär sig att det inte är deras fel att de drabbats och att de blivit traumatiserad, men när det gäller behandlare ligger fokus mycket på att det är ett eget ansvar att ha egna copingstrategier. I förlängningen kan det tolkas som att de som blir sekundärt traumatiserade eller drabbas av VT misslyckats med att balansera arbete och fritid tillräckligt, vilket ter sig lite paradoxalt i sammanhanget.

Personlig påverkan av att arbeta som traumabehandlare. Alla behandlare har blivit påverkade av jobbet på olika sätt, och det talas om undvikande av olika saker; man undviker det som kan komma att bli jobbigt av olika anledningar. Undvikande är en del av både VT och STS, men det föreligger en kvalitativ skillnad då VT mer berör undvikande av sociala kontakter och har en form av depressiv kvalitet medan STS innebär att undvika stimuli.

Efter att man gått hem för dagen. Det framkom under intervjuerna att man emellanåt inte gärna pratar om sitt jobb varken med sin partner eller andra på grund av egna jobbiga känslor associerade till det man gör. Även andras negativa tankar om fysiska och sexuella övergrepp gör att det kan upplevas som jobbigt att diskutera med andra vad man arbetar med. Tidigare studier har visat att det kan föreligga stigmatiseringar av traumabehandlare och funderingar från dessa "andra" vad gäller allt från att den som jobbar har sadistiska tendenser som jobbar med så explicit material, till att anta att det är ett väldigt tungt arbete, vilket gör att man inte gärna pratar om jobbet (Canefield, 2005; Iliffe & Steed, 2000). Oavsett anledning till att behandlarna på BUP trauma inte vill relatera till sitt jobb efter dagens slut så är det dock påfallande många som på något sätt delar upp sina liv med vattentäta skott mellan privat och jobb. Hur det kan tänkas påverka den enskilda behandlaren får vi låta vara osagt, och om det kan innebära något i förlängningen, men just nu menar de flesta att de undviker jobbet i vardagen av ren självbevaringsdrift, som en må-bra-strategi. Ambivalensen kring vad som är funktionellt för fortsatt traumaarbete dyker upp under intervjuerna, exempelvis då det diskuteras trötthet. Många är trötta på jobbet och efter, och kopplar det till att de nog undviker att tänka på vissa saker som uplevs som psykiskt belastande. Undvikande av att tänka på jobbiga saker är dock vanligt vid PTSD, så måhända är undvikandet hos behandlarna tecken på en funktionell jobberelaterad form av sekundär traumatisering.

Jobbets påverkan på det sociala livet. Efter dagens slut påpekar många att man inte socialiserar särdeles mycket, utan spenderar hellre tiden med sin familj eller nära vänner. Den minskade lusten till ett aktivt socialt liv speglades genomgående främst ur ett negativt perspektiv. Men man kan även se det som en positiv förändring i de egna relationerna, en förändring som kan

ske efter att exponeras för traumatiskt material (Tedeschi & Calhoun, 1996); det sker en utveckling i uppskattningen av vänner och familj och man söker närmre och mer meningsfulla relationer vilka kan ge en ökad känsla av värde (Janoff-Bulman, 2006; Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008). Perspektivet kan komma utifrån medvetenheten om hur bristfälliga relationer barnen man behandlar kan ha haft, och man börjar fundera på hur de egna relationerna ser ut. Splevins, Cohen, Bowley, och Joseph (2010) fann att de som jobbar med trauma är mer öppna och nära i relationer, altruistiska och mer respektfulla mot sina medmänniskor. Ytterligare andra studier har visat att de som jobbar med våld i familjen kommunicerar på ett mer konstruktivt sätt, har bättre aggressionskontroll och en ökad medvetenhet av de behov som partner och barn kan ha (Ben-Porat & Itzahaky, 2009). Så det som ses som lite negativt av behandlarna själva, att inte känna intresse för eller orka med att umgås med så mycket folk, kan kanske vara något positivt rent kvalitetsmässigt relationellt. Respondenterna i den här studien, liksom traumabehandlare i andra studier, tar inte på eget bevåg upp positiva aspekter kring personlig utveckling av att jobba med traumadrabbade (Hyatt-Burkhart, 2014) vilket man kan spekulera i orsakerna till. Personlig utveckling kanske inte är något som man funderar över särdeles mycket utan snarare upplever, och inte heller ser det som kopplat till jobbet.

Påverkan av att ha egna barn. Identifikation med offret kan vara vanligt när man jobbar med barn, vilket även framkom i intervjuerna. Då många behandlare har egna relationer med barn så skenar fantasin lätt iväg att gälla de egna barnen och att de skulle råka ut för samma sak som man fått berättat för sig (Dyregrov & Mitchell, 1992). Under intervjuerna angavs det att man kan känna sig extra sårbar på grund av en rädsla att de egna barnen ska drabbas och att man inte ska kunna skydda dem. De egna barnen beskrevs dock generellt som ett positivt inslag i vardagen, att man lyfts direkt in i ett annat sammanhang när man kommer hem och får umgås med barn som mår bra.

Undvikande av filmer/böcker efter jobbet. Filmer och böcker med innehåll som påminner om barnens berättelser om våld och övergrepp var något som de flesta aktivt undviker efter jobbet. Det talas att man måste vikta det man får lyssna på under dagarna med annat och att det känns som att det av att titta på eller läsa deckare skulle bli för mycket, det skulle skapa för mycket obehag och att bilderna skulle fastna. Att aktivt undvika olika teman diskuteras inte så mycket i litteraturen annat än i studier kring hur patienter anmodas hantera sin PTSD, att man ska undvika triggers som kan öka ångest och oro. Det väcker en tanke om att behandlarna på något sätt har en intuitiv känsla av den egna gränsen för vad som är okej att ta in i form av traumamaterial, och undvikande av deckare osv. kan ses som en sorts aktiv coping. Vilket även är den typen av coping som ger bäst resultat, fast som diskuteras innan, inte på de akuta symtom som sekundär traumatisering kan uppvisa. Undvikandet minskar för många till att helt upphöra under lediga perioder som semestern, då man gärna läser böcker och ser filmer man annars undviker under terminerna. Det dröjer ett tag innan intresset återvänder, men det återvänder till viss del i alla fall. En tanke är att hade man börjat få en förändring i sina

kognitiva scheman och en mer befäst negativ världsbild, som en start på VT, skulle man kanske inte återgå till att titta på eller läsa om jobbiga saker utan fortsatt undvika dem.

När jobbet blir jobbigt.

Herman (1992) menade att liksom ingen drabbad bör lämnas ensam i återhämtningsarbetet efter ett trauma så bör ingen behandlare jobba med trauma ensam. På BUP traumaenhet så jobbar man alltid ihop med någon för varje klient, vilket pekats ut som en underlättande faktor i arbetet att man aldrig känner sig ensam ansvarig för behandlingen. Traumabehandlare är i riskzonen att drabbas av olika symtom som VT, STS och allmän psykisk oro som biverkningar av arbetet (Bride, 2004), vilket påvisar vikten av att få avlastning när det är jobbigt på jobbet.

Ansvar för att vara öppen mot kollegor/sig själv. Det framkom väldigt divergerande åsikter om stödet för det egna jobbrelaterade måendet. Många menar att det främst är kollegialt stöd som finns som orosventil, vilket upplevs som jobbigt av vissa men som en självklarhet av andra. I en studie så framkom det att 85% av de medverkande traumabehandlarna ansåg att tala med sina kollegor var den viktigaste metoden för att hantera och stävja VT (Pearlman and Mac Ian, 1993). Att tala med sina kollegor underlättar att bekräfta, stödja, dela och få ny information som är relaterat till arbetet likväl som att få ventileras så att eventuella negativa känslorna minskar (Dyregrov & Mitchell, 1996). Något som dök upp i intervjuerna var en önskan att få ta del av andras erfarenheter och att få bekräftat att alla traumabehandlare påverkas av arbetet, även de som jobbat länge. Önskan om ett forum som processhandling lyftes av många under intervjuerna, dels för egen del men också med hela gruppen i åtanke, och det påtalas även att det kontinuerligt borde föras en diskussion kring de svårigheter man kan möta i arbetet och hur de kan påverka det egna måendet.Handledning, som kan ses som en mer formell form av delande, kan vara bra ur aspekten att man får bearbeta det emotionella material man samlar på sig som behandlare. Handledaren kan dessutom utbilda mer kring STS och VT för att normalisera det som kan hända i rollen som traumabehandlare (Pearlman & Saakvitne, 1995; Regehr, 2004). Att handledning är en viktig tillgång för traumabehandlare menar även Catherall (1995).

Det var svårt att få en klar bild över hur handledningssituationen utöver metodspecifik handledning ser ut idag på enheten. De som tog upp att man har handledning kunde ofta inte ange hur ofta det sker, så det ter sig inte vara på regelbunden basis. Man visste heller inte hur det såg ut för de som inte jobbade inom samma teoretiska ram som en själv.

Respondenterna kunde inte heller komma på hur de lärt sig om sekundära trauman, men det verkade inte vara så att man som ny inom traumafältet får lära sig om att arbetet kan påverka en på ett negativt sätt. Figley (2002b) menar dock att det är en plikt att informera traumabehandlare om riskerna så att man är medveten om dem, att man kan komma att behöva exponera eller möta något i förväg om man vet om att vissa ämnen är mer känsliga, rent personligen, än andra.

Perioder då man kan känna sig extra sårbar. Jobbiga perioder diskuteras inte i tidigare forskning, vilket dock blev ett av undertemana i studien; att det kan vara extra jobbigt efter semestern. Efter en längre tids ledighet så verkar man ha rensat det empatiska filtret på jobbiga saker och den egna verkligheten har fått ta hela utrymmet ett tag. Man verkar ha återgått till att vara en vanlig person; ett tillstånd som inte präglas av att ta del av livets hemskheter på daglig basis. När man sedan återvänder till jobbet och möter likt en vägg av lidande, så testas både den egna resiliensen och copingen. Många påvisar akuta reaktioner av nedstämdhet och negativa tankegångar om den egna otillräckligheten som behandlare, vilket i förlängningen skall kunna påverka uppkomsten av VT, men så tar man på sig "rustningen", kavlar upp ärmarna och börjar jobba. Sen vad rustningen består av, det är något som hade varit intressant att undersöka. Ingen kunde riktigt definiera vad skyddet är, det nämndes erfarenhet, en sorts avstängning och metod som olika förslag på vad rustningen egentligen är. Oavsett exakt definition så är det något som gör att man orkar jobba traumafokuserat och navigera i alla starka känslöströmmar. Avstängning och distansering diskuterades även i undertemat *att vänja sig vid att prata om det värsta*. Det talades då även om att det är en konstant tillvänjning att jobba med traumaberättelser, vilket skulle kunna tolkas som att man bygger på rustningen lite i taget, men att man egentligen bara märker av den när det blir extra påfrestande i arbetet. Rustningen/skyddsdräkten skulle även kunna diskuteras utifrån begreppet *compassion satisfaction*, att man har erfarenhet av arbetet samt en trygghet i metodarbetet och då kan buffra jobbiga perioder snabbare.

Systemet utanför som frustreringsmoment. Känslan av att systemet runtomkring barnen med socialtjänst och myndigheter är stressande och frustrerande var en återkommande åsikt om vad som är jobbigast i arbetet på BUP traumaenhet. Det finns vissa studier som pekar i samma riktning, att de utanför den egna kontexten upplevs som bromsklossar och oförstående. Då har man dock studerat socialarbetare, det vill säga en del i det som kan upplevas frustrerande för behandlarna i den här studien, så det kan tolkas som kvalitativt olika typer av frustration (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Vilket skulle kunna undersökas närmre i en annan typ av studie än denna, måhända är det samma typ av frustration bara i en annan kontext.

Sekundär traumatisering som risk i arbetet. Exponering av traumamaterial är främsta indikation på utveckling av STS och det framkom under intervjuerna att många hade haft enstaka eller flertalet upplevelser av STS. Vilket är i linje med litteraturen; trauma är något som alla intervjuade jobbar med och en ständig exponering för trauma ökar risken att drabbas av sekundära traumasymtom (Baird & Kracen 2006). Då den främsta prediktorn för STS är antal timmar per vecka med traumaterapi, så kan en organisatorisk lösning hjälpa till att minska de longitudinella symtomen och den kumulativa effekten av traumanarrativen. Men att minska antalet traumaklienter är inte särdeles aktuellt på en traumaenhet. Trippany, Wilcoxon och Satcher (2003) fann att de som behandlar sexuella trauman och har i medel 14-15 klienter i veckan har inga statistiskt signifikanta upplevelser av VT. På BUP trauma så är siffran lägre än så, vilket är positivt sett ur behandlarperspektiv, men traumatoida tillstånd går antagligen

inte att undvika helt. Många uppvisar tendenser som går åt VT-hållet, men de genomsyrar inte varken tankemönster eller verkar ha påverkat behandlarnas privatliv i någon större utsträckning. Tankar framkom under intervjuerna att det trots allt fungerar så pass väl på avdelningen att inga förändringar kommer genomföras innan någon behandlare drabbas mer påtagligt av traumamaterialet. Frågan är om man jobbar kvar om man drabbas av VT eller om det kan tänkas bli en självreglerande verksamhet där de som påverkas mer av traumaarbetet slutar.

Förförståelse

Det är viktigt att se till sin förförståelse i ämnet och att vara medveten och reflektera över hur olika teoretiska utgångspunkter och egna värderingar kan färga, forma och styra en kvalitativ studie (Braun & Clarke, 2006). Förförståelse kan försämra men även förstärka tillförlitligheten i en kvalitativ studie. Ansatsen vid datainsamling och analys har varit att sätta den egna förförståelsen åt sidan, vilket dock blev svårare allt eftersom intervjuerna genomfördes då det ganska snabbt utkristalliserades några teman redan från början, något som säkerligen till viss del begränsade intervjuflexibiliteten. Författaren spenderade även mycket tid på enheten där studien utfördes och deltog även i behandlingsarbete vilket kan ha bidragit både positivt och negativt till studien; positivt då samtalen kan ha flutit på lättare då intervjuaren varit ett bekant ansikte, men kanske negativt emellanåt just på grund av samma faktum vilket kan ha hämmat eller skönmålat eventuella jobbiga bitar i behandlingsarbetet eller privat påverkan av jobbet. Vissa av intervjuerna tog dessutom formen av föreläsning emellanåt, som om författaren behövde undervisas av respondenterna. Det kan tolkas som ett sätt att poängtera asymmetrin mellan respondent och intervjuare- mellan traumabehandlare och psykologkandidat- vilket i sin tur skulle kunna härledas till osäkerhet både i situationen att prata om sitt jobb och osäkerhet inför författaren, att det för vissa förelåg en oklarhet kring skillnaden på författarens roll på avdelningen och som uppsatsskribent.

Datamaterialet

Man kan fundera över antalet intervjuer, dels kan man tio intervjuer genererat ett alltför omfattningsrikt datamaterial för en mindre studie, dels kan man tänka att materialet nådde en mättnad efter ett tag då vissa teman utkristalliserats under intervjuerna. Dock gav ett fortsatt intervjuande upphov till nya teman som kunde identifieras vid databearbetningen, vilka annars hade blivit någons enskilda åsikt. Vid analysen har temana fått reflektera hela datamaterialet. Det har genererat en översiktsbeskrivning av upplevelsen av att vara barntraumabehandlare. Att se till helheten menar Braun & Clarke (2006) är positivt när man undersöker ämnen som inte är så beforskade eller där man inte på förhand vet vad respondenterna har för åsikter. Fler respondenter ger då en mer tillförlitlig överblick över gemensamma tankar och upplevelser jämfört med längre och med djuplodande intervjuer med ett färre antal respondenter. Barntraumabehandling på en specialistenhet är inte något utforskat område och även om författaren hade viss förhandsinformation kring respondenternas syn på arbetet så var det till största delen okänd mark.

Kvalitativt metodval

Studiens syfte var att undersöka hur behandlare på BUP traumaenhet upplever sitt jobb och eventuella svårigheter i jobbet som traumabehandlare. Utifrån syftet så ansågs en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer vara lämplig då det inte har funnits något ansats att finna några orsakssamband eller fastställa data, utan syftet var att få en beskrivning av tankar och funderingar kring jobbet, och intervjuer är ett bra sätt att fånga upp åsikter, upplevelser, tankar och reflektioner och presentera dem på ett förståeligt och överskådligt sätt (Braun & Clarke, 2006). Att genomföra en intervjustudie medför dock vissa begränsningar. En tematisk analys med semantisk utgångspunkt innebär att man skapar teman och strukturerar ord utifrån vad som är sagt under intervjun, så andra intervjuare hade dels kunnat ställa helt andra följdfrågor dels tolka materialet på ett annat sätt vilket hade kunnat generera andra teman rent språkligt, dock kanske inte innehållsmässigt. Även transkribering av intervjumaterialet innebär en viss förvanskning då tonfall och betoningar försvinner, men det bör inte ha påverkat helheten.

Vid en tematisk analys ska temana helst inte överlappa varandra, men det blev tydligt under analysarbetet att det förekommer en del överlappningar mellan underteman inom samma huvudtema, men även små likheter mellan temana. Däremot upplevdes överlappningarna som naturliga då fokus i uppsatsen är upplevelsen av arbetet, ett område som kan vara svårt att dra knivskarpa gränser inom då det inte finns något klart facit över vilka typer av upplevelser som hör ihop eller hur skiljer sig åt underliggande kvalitativt, för att undersöka det ytterligare så skulle det tarvas en mer djuplodande analys.

Validitet.

När man talar om validitet och kvalitativa studier så handlar det om hur väl resultatet är förankrat i data, ifall det föreligger en kvalitativ generaliserbarhet samt om studien uppfattas som användbar och meningsfull, men även ifall det finns en trovärdighet och tillförlitlighet i analysmetoden (Langemar, 2013). Studiens resultat har en god empirisk förankring i insamlade data. Även samstämmigheten med tidigare studier och teorier inom studiens fält borgar för god validitet. I intervjuerna framkom mönster, känslor och tankar som kan ses som karaktäristiska för en större population som traumabehandlare generellt (extern validitet). Resultatet kan även antas vara både meningsfull och användbart för barntraumabehandlare, då det finns förhållandesvis lite forskning inom området, samt för att skapa nya frågeställningar för fortsatt forskning. Replikerbarheten är tämligen god då metod, intervjuguide och de olika stegen i processen redovisats, vilket ökar möjligheten att replikera studien. Reproducerbarheten vid en intervjustudie går dock att diskutera, man kan aldrig kliva ned i samma flod två gånger, så skulle samma behandlare intervjuas igen så skulle vi antagligen få ett annat samtal och eventuellt nya teman, eller måhända en fördjupning i ämnet då de hunnit fundera lite mer kring frågorna.

Urval

En del av resultatets generaliserbarhet kan diskuteras gällande de resultat som inte står att återfinna i tidigare studier. Därför hade varit intressant att kunna undersöka fler barntraumabehandlare för att se ifall det föreligger några kvalitativa skillnader med denna studie samtidigt som man då skulle få ett större antal respondenter. Ser man till urvalet av respondenter styrdes det dock av syftet att beskriva hur barntraumabehandlare upplever sitt jobb varpå det gjordes ett strategiskt urval av personer som jobbar med den typen av traumabehandling.

Slutord. BUP traumaenhet är en specialistenhet inriktad mot trauma och man arbetar proaktivt mot negativa symtom av arbetet inom traumafältet, men vissa insatser skulle ytterligare kunna underlätta traumabehandlarnas psykiska belastning. Den främsta hjälpen för att förebygga yrkesrelaterade problem som vikarierande traumatisering är handledning. Processinriktad handledning var något som efterfrågas av många respondenter i denna intervjustudie. Handledning kan dessutom fylla funktionen av ett forum för utbildning och normalisering för behandlarna kring de symtom man kan drabbas av i traumaarbetet, något som är viktigt för alla men inte minst för nya behandlare. Många på enheten har drabbats av sekundära traumatiseringar, men beredskapen från företagshälsan och skyddsstrukturer på enheten verkar emellanåt brista för att hjälpa de anställda. Vissa löser sina problem på egen hand, men andra efterfrågar mer traumaspecifik hjälp utifrån. Behandlarnas tankar kring jobbet som presenterats i denna uppsats kan förhoppningsvis leda till en bredare förståelse för ett ökat och mer behovsanpassat arbetsplatsrelaterat stöd på mottagningen.

Referenser

- Adams, K. B., Matto, H. C., & Harrington, D. (2001). The traumatic stress institute belief scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82, 363–371.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Annerbäck, EM., Wingren, G. Svedin, CG. & Gustafsson, PA. (2010). *Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. Acta Paediatrica*. ISSN 0803-5223
- Anderson, D. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect* Volume 24, Issue 6, , Pages 839–848.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
- Arvay, J. M., (2002). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling* 23: 283–293, 2001.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97-106.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, 24(7), 507–515. doi:10.1007/s10896-009-9249-0
- Bober, T. & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary vicarious trauma: Do they work?. *Brief treatment and crises interventions*, 6 :1-9.
- Bonanno G., A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004 Jan;59(1):20-8.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization, *Smith College Studies in Social Work*, 75:2, 81-101.
- Caringi, J., & Pearlman, L. A. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 202-222.

- Catherall, D. R. (1995). Coping with secondary traumatic stress: The importance of the therapist's professional peer group. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*, 80-92.
- Cerney, M.S. (1995). Treating the "Heroic Treaters, *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatised*. New York: Brunner/Mazel.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.
- Chu, A., J., (2011). *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*, Second Edition, John Wiley & Sons, Inc. Online ISBN: 9781118093146
- Conrad, D. J., & Perry, B. D. (2000). The cost of caring: Understand and preventing secondary traumatic stress when working with traumatized and maltreated children. *Interdisciplinary Education Series*. Child Trauma Academy.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C., & Ford, J.(2010). *Treating complex post-traumatic stress disorder: an evidence based guide*. New York: Guilford press.
- Craig, C.D & Sprang, D (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists, *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 23:3, 319-339
- Cullberg J. (2003). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social work*, 48(4), 451-459.
- Dyregrov, A. and Mitchell, J. T. (1992). Work with traumatized children — psychological effects and coping strategies. *Journal of traumatic stress*, 5: 5–17.
- Edgardh, K. and Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310-319. doi:10.1111/j.1651-2227.2000.tb01333.x
- Fergusson, D.M. & Mullen, P.E., (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*, "Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Figley, C. R., Lovre, C. and Figley, K. R. (2011). Compassion Fatigue, Vulnerability, and Resilience in Practitioners Working with Traumatized Children, *Post-Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice* (ed V. Ardino), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 1433–1441
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*, New York, NY: Brunner-RoutledgeFletcher, K. E. (1996). "Childhood posttraumatic stress disorder." *Child psychopathology*: 242-276.
- Figley, C. R. (red.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. NY: Brunner/Mazel.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275–282.
- Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L. and Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111: 291–290.
- Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*.
- Griffin, G., McClelland, G., Holzberg, M., Stolbach, B., Maj, N., & Kisiel, C. (2011). Addressing the impact of trauma before diagnosing mental illness in child welfare. *Child Welfare*, 90(6), 69-89.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hernández, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29(1), 67-83.
- Hyatt-Burkhart, D. (2014) The Experience of Vicarious Posttraumatic Growth in Mental Health Workers, *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 19:5, 452-461,
- Illiffe, G., & Steed, L. (2000). Exploring counselor's experience of working with perpetrators and survivors on domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 393–412.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. , (pp. 81-99). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xii, 387 pp.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kozlowski, W., J., S., & Salas, E. (2010). *Learning, training and development in organizations*. New York: Routledge
- Kvale, S, Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (andra upplagan)*. Lund: Studentlitteratur

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149.
- Miller, J. B., & Krol, P. A. (1995). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Child Abuse: Physical and emotional abuse and neglect, 1*(4), 102.
- Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare, 82*, 5–27.
- O'Halloran, T. M., & Linton, J. M. (2000). Stress on the Job: Self-Care Resources for Counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(4), 354-64.
- Ormhaug, S.M, Egelan, K., Holt, T., Hukkelberg Sommer S., Jensen T. K.(2012). *Tidsskrift for norsk psykologforening 49* : 234–240
- Ortlepp, K. & Friedman, M. (2001). The relationship between sense of coherence and indicators of secondary traumatic stress in non-professional trauma counselors. *South African Journal of Psychology, 31*, 38–46.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American journal of orthopsychiatry, 78*(3), 300-312.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Niolu, C., Siracusano, A., Verardo, A. R., ... & Ammaniti, M. (2011). Pretreatment, intratreatment, and posttreatment EEG imaging of EMDR: Methodology and preliminary results from a single case. *Journal of EMDR Practice and Research, 5*(2), 42-56.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558.
- Priebe, G. (2009). *Adolescents' Experiences of Sexual Abuse. Prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects*. Child and Adolescent Psychiatry Department of Clinical Sciences, Lund. Lund University. s. 50 ff.
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: A linear structural equation model. *Children and Youth Services Review, 26*(4), 331-346.
- Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American journal of Psychiatry, 150*, 1037-1037.
- Schauben, L. J. and Frazier, P. A. (1995), Vicarious trauma *The Effects on Female Counselors of Working with Sexual Violence Survivors*. *Psychology of Women Quarterly, 19*: 49–64. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x
- Sexton, L. (1999) Vicarious traumatising of counsellors and effects on their workplaces, *British Journal of Guidance & Counselling, 27*:3, 393-403

Silveira, S. F., Boyer, W. (2014). Vicarious Resilience in Counselors of Child and Youth Victims of Interpersonal Trauma, *Qualitative Health Research* September 22, 2014 1049732314552284

Splevins, K., Cohen, K., Bowley, J., & Joseph, S. (2010). Theories of posttraumatic growth: cross-cultural perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 259-277. 10.1080/15325020903382111

Sprang, G.; Clark, J. J.; Whitt-Woosley (2007). A. Compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout: factors impacting a professional's quality of life, *Journal of Loss & Trauma*. May/Jun2007, Vol. 12 Issue 3, p259-280. 22p.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122-138.

Trippany, R. L., Kress, V. E. W. and Wilcoxon, S. A. 2004. Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82: 31–37.

Van der Kolk, B. A. (2005) . Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals* 35.5 : 401-408.

VanDeusen, K., & Way, I. F. (2006). Vicarious trauma: An exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' *imsi scaà inúmacy*. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 69-8

Viviani, A. M. (2011). *Counselor meaning-making: Working with childhood sexual abuse survivors*. (Doctoral dissertation). University of Iowa., <http://ir.uiowa.edu/etd/3006>

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 178-208.

<http://www.bup.se/>

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf

Bilaga 1.

Intervjuguide.

Hur länge har du jobbat på enheten? Hur länge har du jobbat med trauman öht?

Hur kommer det sig att du har valt att arbeta med detta? (Varför är det ett angeläget område för dig?)

Vad är jobbigast med att jobba på BUP trauma?

Vilka är dina viktigaste lärdomar om traumabehandling? (Hur har du kommit fram till dessa lärdomar?)

Har du haft patienter som har ”krupit in under ditt skinn”? Hur blev det för dig?

På vilket sätt kan du dela med dig av dina erfarenheter av traumaarbete till dina kollegor/de till dig?

Utifrån de erfarenheter du har av att arbeta med barn och trauman, nu och tidigare, vad har du för tankar om vad som är viktigt i traumabehandling?

(Tankar kring den bästa av världar- så hade behandlingssituationen sett ut då)

Vad mer kommer du att tänka på efter att ha pratat om det här?

Ytterligare något att säga?

Bilaga 2, diagnoskriterier för PTSD.

Diagnoskriterier enligt DSM IV (309.81)

- A Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
- 1 personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.
 - 2 personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Obs: Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.
- B Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:
- 1 återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Obs: Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
 - 2 återkommande mardrömmar om händelsen. Obs: Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
 - 3 handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaktandet eller under drogpåverkan). Obs: Hos små barn kan traumaspecifika återupprepande handlingar förekomma.
 - 4 intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
 - 5 fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
- C Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:
- 1 aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat.
 - 2 aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat.
 - 3 oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen.
 - 4 klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
 - 5 känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
 - 6 begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek).
 - 7 känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller att få leva och åldras som andra).
- D Ihållande symtom av överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:
- 1 svårt att somna eller orolig sömn.
 - 2 irritabilitet eller vredesutbrott.
 - 3 koncentrationssvårigheter.
 - 4 överdriven vaksamhet.
 - 5 lättskrämdhet.
- E Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.
Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.