

# **Hvad med traumerne?**

## **Et kvalitativt studie af psykologers oplevede relevans af at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter**

Johanne Made (studienummer: 20166006)

Pernille Jensen (studienummer: 20166059)

Psykologi, Aalborg Universitet

Kandidatspeciale

Tia G. B. Hansen

28. maj 2021

Rapportens samlede antal tegn: 170.688

Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 71,1

## Abstract

**Background and Purpose:** Research shows that the prevalence of traumatic experiences is higher among psychiatric patients than in the population in general. Based on this, traumas may be of special interest among professionals treating psychiatric patients. Few studies, however, have investigated the degree to which psychologists find that traumas contribute to the existing treatment in a meaningful way. These studies identify a number of barriers that complicate the integration of traumas in assessment and treatment. The aim of this study was to explore if psychologists employed in mental health units are aware of potential traumas and how they, if they do so, thematise traumas in assessment and treatment.

**Methods:** A qualitative study design was used to conduct semi-structured interviews with five psychologists employed in Danish mental health units. Interpretative phenomenological analysis was conducted to establish themes with relevance to the question of research. Selected theoretical positions were used to account for central aspects emerging in the analysis.

**Results:** Four themes were established and included definitions of traumas, assessment and continuous awareness of traumas, implementation of traumas in treatment, and thoughts about including traumas in treatment. The participants expressed different understandings of traumas as some define traumas according to the event while others define traumas by the subjective experience. The definition of traumas seems to influence whether the psychologists include an awareness of traumas in treatment but cannot solely account for this. In deciding whether to implement this awareness, the participants rely on theoretical and practical considerations as well as some kind of intuition embedded in the specific context. Furthermore, we argue that it is not only a question of whether psychologists include traumas in treatment or not. We have identified several ways in which the participants thematise traumas in treatment without directly exposing to the memory of the traumatic event. Integrating traumas in treatment can be a means to insight, a modified narrative, a strengthened treatment alliance, and adjustment of expectations for the patient.

**Conclusions:** Whether psychologists include traumas in assessment and treatment of psychiatric patients depends on several factors and is not only a question of perceived relevance. There is a need for a debate about the definition of traumas in order to integrate traumas in the general understanding of psychiatric illness.

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion</b> .....	5
<b>Læsevejledning</b> .....	7
<b>Inspiration til dette speciale</b> .....	7
<b>Traumer – et komplekst begreb</b> .....	8
<b>2. Litteraturoverblik</b> .....	10
<b>3. Metodologi og metode</b> .....	12
<b>Fænomenologisk videnskabsteoretisk grundlag</b> .....	12
<i>Den eksistentielle vending</i> .....	14
<i>Den hermeneutiske vending</i> .....	14
<b>Metode</b> .....	15
<i>Design</i> .....	15
<i>Rekruttering af deltagere</i> .....	15
<i>Interview</i> .....	16
<i>Transskription</i> .....	17
<i>Analysemetode</i> .....	17
<i>Etiske overvejelser</i> .....	18
<b>Præsentation af deltagere</b> .....	19
<b>4. Analyse</b> .....	20
<b>Tema 1: Hvad er et traume?</b> .....	20
<i>Traumer som udløst af bestemte hændelser</i> .....	21
<i>Traumer som subjektivt defineret</i> .....	23
<i>Delkonklusion</i> .....	25
<b>Tema 2: Udredning og løbende afdækning af traumehistorie</b> .....	25
<i>Systematisk screening for traumer eller belastninger</i> .....	26
<i>Ikkesystematisk screening for traumer</i> .....	28
<i>Delkonklusion</i> .....	31
<b>Tema 3: Hvordan inddrages traumer i behandlingen?</b> .....	32
<i>Direkte traumebehandling</i> .....	32
<i>Traumeopmærksomhed uden direkte behandling</i> .....	34
<i>Delkonklusion</i> .....	45
<b>Tema 4: Overvejelser om inddragelse af traumer i behandlingen</b> .....	46
<i>Patientens ønsker</i> .....	46
<i>Faglig vurdering af patientens tilstand</i> .....	48
<i>Faglige begrænsninger og organisatoriske rammer</i> .....	50
<i>Delkonklusion</i> .....	53
<b>Opsamling på analyse</b> .....	53

<b>5. Diskussion</b> .....	54
<b>Diskussion af resultater</b> .....	54
<i>Syntese af resultater</i> .....	55
<i>Evidens over for refleksion</i> .....	59
<i>Systematisk udredning</i> .....	60
<i>Direkte og indirekte traumebehandling</i> .....	61
<b>Metodiske overvejelser</b> .....	62
<i>Studiets design</i> .....	62
<i>Individuelle traumedefinitioner</i> .....	63
<i>Interviews med fagprofessionelle</i> .....	63
<i>Diskussion af undersøgelsens kvalitet</i> .....	64
<b>Bidrag til eksisterende forskning og perspektivering</b> .....	65
<i>Hvad bidrager undersøgelsen med til eksisterende forskning på området?</i> .....	65
<i>Behov for udvidelse af diagnosesystemer?</i> .....	65
<b>6. Konklusion</b> .....	68
<b>Referenceliste</b> .....	70

### **Bilagsoversigt:**

Bilag 1: Facebookopslag til rekruttering af deltagere

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Transskription, Peter

Bilag 4: Transskription, Hanne

Bilag 5: Transskription, Jesper

Bilag 6: Transskription, Camilla

Bilag 7: Transskription, Maria

Bilag 8: Samtykkeerklæring

## 1. Introduktion

Mange mennesker udsættes i løbet af deres liv for begivenheder, der kan opleves som traumatiserende. En nyere tværnational undersøgelse, World Mental Health Survey, som bl.a. undersøger forekomsten af traumer i en normalpopulation, finder, at livstidsprævalensen for eksponering for et eller flere traumer er 70,4 procent<sup>1</sup> (Kessler et al., 2017). Det har ikke været muligt at identificere danske tal for prævalensen af traumer i normalbefolkningen, hvilket understøttes af, at Uldall, Eskelund og Karstoft (2021) konkluderer, at der ikke findes danske befolkningsstudier af forekomsten af traumer. I forskning fra USA og Europa ses livstidsprævalensen for posttraumatisk belastningsreaktion (herefter PTSD) at variere fra 0,5 til 12 procent (Buhmann & Videbech, 2018; Grubaugh et al., 2011; Kessler, 2002; Kessler et al., 1995). Tallene illustrerer, at eksponering for et eller flere traumer i løbet af livet er relativt almindeligt, men at kun en lille andel af dem, som oplever traumer, efterfølgende diagnosticeres med PTSD. Når det ikke er alle, der oplever længerevarende posttraumatiske symptomer efter en sådan begivenhed, skyldes det, at individets reaktion på potentielt traumatiske hændelser afgøres af flere faktorer, herunder tilknytning, genetisk disposition og den støtte, som ydes efter hændelsen (Varvin & Rosenbaum, 2015).

En gruppe, hvor forekomsten af traumer er særligt høj, er psykiatriske patienter (Buhmann & Andersen, 2018). Et amerikansk review fra 2011 finder, at prævalensen af eksponering for traumer varierer fra 49 til 100 procent blandt personer med svær psykiatrisk sygdom, og at flere studier rapporterer, at op mod 75 til 98 procent af deltagerne har været udsat for gentagne traumer (Grubaugh et al., 2011). Et dansk studie viser, at prævalensen af traumer hos ambulante psykiatriske patienter er 94 procent (Møller et al., 2020). I disse undersøgelser er der ikke kun tale om patienter, der er diagnosticeret med traumefremkaldte lidelser, men et bredt spektrum af psykiatriske lidelser.

Sammenhængen mellem psykisk sygdom og traumer skal ikke forstås som en årsags-sammenhæng, men et komplekst samspil, hvor traumer, livsstil og psykisk lidelse påvirker hinanden gensidigt (Buhmann & Folke, 2021; Courtois & Gold, 2009). Traumer kan være en medvirkende årsag til udvikling af de fleste psykiatriske lidelser. Dertil kommer, at tilstedeværelsen af svær psykisk sygdom kan være forbundet med en livsstil med misbrug, hjemløshed, kriminalitet og relationelle problemer, der øger risikoen for traumatisering eller retraumatisering.

---

<sup>1</sup> I undersøgelsen screenes der for traumer relateret til krig, fysisk vold, partner- eller seksuel vold, ulykker, en elskedes uventede eller traumatiske død samt traumer, som andre udsættes for, og andre traumer.

At forskning viser en høj prævalens af traumer blandt psykiatriske patienter underbygger relevansen af, at behandlere er bevidste om traumer hos alle patienter og ikke kun patienter, der er henvist på baggrund af traumefremkaldte lidelser. I hvilken udstrækning psykologer i psykiatrien inddrager et fokus på traumer afhænger med al sandsynlighed af flere faktorer, herunder viden og uddannelse, ressourcer, organisatoriske rammer samt terapeutisk tilgang. I dette speciale vil vi forsøge at belyse psykologers opmærksomhed på traumer hos psykiatriske patienter på tværs af diagnoser. Vi interesserer os for, i hvilken udstrækning psykologer er bevidste om den høje forekomst af traumer hos psykiatriske patienter, og hvordan de eventuelt bruger denne viden i deres arbejde – det være sig både i forhold til screening og behandling med opmærksomhed på tidligere oplevede traumer. Vi har ikke kunnet identificere danske studier, der undersøger dette behandlerperspektiv, og det har kun været muligt at identificere få udenlandske studier, som kvalitativt undersøger emnet (se *Litteraturoverblik*).

Vi ved altså, at der er en overhyppighed af traumer blandt psykiatriske patienter, men at meget få diagnosticeres med PTSD. En udforskning af, i hvilken udstrækning psykologer ansat i psykiatrien oplever det relevant at tematisere traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, er interessant af flere årsager. Her tænker vi både på, om det, at patienter har været udsat for traumer, betyder, at det er relevant at inddrage traumer i behandlingen, og i så fald, hvilket formål det tjener, men også, om der kan være årsager til at fokusere mindre på traumer til fordel for noget andet. Dette har ledt til nedenstående forskningsspørgsmål:

*Hvordan oplever psykologer ansat i psykiatrien det relevant at arbejde med traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, og hvilken betydning har det for udredning og behandling?*

Med udgangspunkt i dette forskningsspørgsmål vil vi frembringe kvalitative beskrivelser af psykologernes oplevelser med at arbejde med traumer hos patienter i psykiatrien. Patienter indbefatter i denne sammenhæng både patienter i ambulante forløb og under indlæggelse. Derudover begrænser specialet sig ikke til patienter diagnosticeret med traumefremkaldte lidelser, men alle typer af psykiatriske lidelser, da flere undersøgelser, som nævnt ovenfor, peger på, at forekomsten af traumatiske oplevelser er særligt høj i denne gruppe. Specialet er primært en eksplorativ undersøgelse af psykologernes interesse for og oplevede relevans af at arbejde med tidligere traumer hos psykiatriske patienter. Dette indbefatter således også de eventuelle barrierer for at inddrage et sådant perspektiv i behandlingen.

## Læsevejledning

For overblikkets skyld er specialet inddelt i nummererede kapitler. Dette kapitel indeholder foruden en introduktion til problemfeltet og forskningsspørgsmålet også en kort skitsering af baggrunden for emnevalg til specialet og slutteligt en begrebsafklaring med fokus på traumbegrebets kompleksitet. I kapitel 2 gennemgår vi den eksisterende forskning, der berører spørgsmålet om, i hvilket omfang behandlere, herunder psykologer, oplever det relevant at tematisere traumer i behandlingen, og hvordan de eventuelt inddrager traumer i udredning og behandling. Kapitel 3 indeholder en præsentation af det videnskabsteoretiske grundlag for specialet, den hermeneutiske fænomenologi, samt en gennemgang af interviewundersøgelses metode. Afslutningsvist i dette kapitel præsenteres undersøgelsesdeltagerne. Specialets analyse er placeret i kapitel 4, hvor de temaer, der er fremkommet i analysen af transskriptionerne, præsenteres: *Hvad er et traume?*, *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie*, *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* og *Overvejelser om inddragelse af traumer i behandlingen*. I analysen inddrages løbende teoretiske refleksioner over og fortolkninger af de metoder og holdninger, som deltagerne præsenterer. Teorierne præsenteres i analysen, når de anvendes, og derfor indeholder specialet ikke et separat teori afsnit. Kapitel 5 rummer specialets diskussion, som er tredelt. Først præsenteres en syntese, der sammenfatter resultaterne fra analysen, hvorefter udvalgte resultater udfoldes og nuanceres med henblik på at forholde resultaterne til forskningsspørgsmålet. Dernæst præsenteres forskellige metodiske overvejelser og designmæssige styrker og begrænsninger. Kapitlet munder ud i en diskussion af undersøgelsens bidrag til eksisterende forskning og en perspektivering. Kapitel 6 indbefatter specialets konklusion. Først vender vi dog tilbage til de sidste elementer i introduktionskapitlet.

## Inspiration til dette speciale

Inspirationen til dette speciale opstod på baggrund af et projekt, som vi skrev på foregående semester om visualiseret omskrivning, en terapeutisk teknik til at behandle psykiske symptomer som følge af traumer. I visualiseret omskrivning arbejder man med at adressere minder og visualisere en omskrivning mindet, dvs. ændre hændelsesforløbet i mindet for at give det en ny og mere positiv betydning (Arntz & Weertman, 1999). Behandlingsteknikken blev oprindeligt udviklet til behandling af PTSD (Smucker et al., 1995), men har siden vist sig at have positiv effekt på symptomer på andre psykiske lidelser, herunder socialfobi og depression (Morina et al., 2016). At teknikken har effekt på andre lidelser end dem, som vi typisk betegner som traumefremkaldte (ICD-10, afsnit F43), kan tyde på, at flere lidelser bedres ved at arbejde direkte med traumer eller aversive erindringer, og dermed at flere lidelser har

forbindelse til traumer eller andre aversive oplevelser. Sammenholdt med undersøgelser, der viser, at forekomsten af traumer er højere hos psykiatriske patienter end resten af befolkningen, har det dannet grundlag for en forforståelse hos os af, at traumer måske er en faktor, som kan have betydning for udviklingen af forskellige psykiske lidelser, og at traumer på den baggrund kan være aktuelle at adressere for psykologer i psykiatrien. Det har videre ført til et ønske om at undersøge, om psykologer finder det relevant at arbejde med eventuelle traumer. Først vil vi dog forholde os til traumbegrebet og skitsere, hvordan traumer defineres i litteraturen.

### **Traumer – et komplekst begreb**

Traume kommer af det græske ord *trauma*, der betyder sår (Uldall, Eskelund & Karstoft, 2021). Ser man på diagnosemanualerne og psykologisk litteratur, finder man en række forskellige definitioner af traumer. Vi vil i det nedenstående skitsere forskelle på udvalgte definitioner for at vise den kompleksitet, der kendetegner traumbegrebet.

I Danmark anvendes WHO's internationale diagnosemanual ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. udgave), hvor traumer defineres i forbindelse med posttraumatisk belastningsreaktion (F43.1) som en "... begivenhed eller situation (af kortere eller længere varighed) af en exceptionel truende eller katastrofeagtig natur, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver" (World Health Organization, 1996, p. 108). Denne definition forudsætter, at en traumeudløsende begivenhed er så voldsom, at den vil medføre en reaktion hos alle mennesker, og kravene til, at man kan tale om traumer, bunder derfor i en objektiv beskrivelse af begivenhedens karakter.

Traumedefinitionen i ICD-10 kritiseres af nogle for at være for snæver og klinisk utilfredsstillende (Buhmann & Videbeck, 2018). I ICD-11, som forventes at blive taget i brug i Danmark i 2022, er definitionen bredere og lyder "... en ekstremt truende eller rædselsvækkende hændelse eller serier af hændelser" (WHO, 2019, oversat). Hændelserne er dermed ikke nærmere specificeret i den nyeste udgave af ICD, og derfor må det i højere grad være individets reaktion på hændelsen, der afgør, om man kan tale om et traume (Buhmann & Folke, 2021).

Ser man på definitionen af et traume i DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. udgave), som meget forskning er baseret på, er traumer sammenlignet med ICD-10 og ICD-11 i højere grad specificeret, idet traumatiske hændelser beskrives som "død eller trusler om død, alvorlig skade eller seksuel vold" (American Psychiatric Association, 2013), som man enten selv har oplevet direkte, været vidne til eller fået beskrevet



detaljeret. Diagnosemanualernes definitioner af traumer er tilsyneladende ret forskellige, særligt i forhold til, hvor brede de er. Afgrænsningen af traumer kompliceres endvidere af, at traumer bruges i flere sammenhænge i den psykologiske litteratur, som yderligere adskiller sig fra diagnosemanualernes definitioner.

Buhmann og Folke (2021), som adresserer et ønske om, at man i psykiatrien – på tværs af faggrupper – integrerer en større bevidsthed om traumer og traumereaktioner, arbejder med en traumedefinition, der er bredere end diagnosesystemernes. Ifølge Buhmann og Folke er traumedefinitionen i ICD-10 for snæver, idet de ser, at traumereaktioner som PTSD kan udløses af væsentligt mindre belastninger, end hvad ICD-10 lægger op til, og i deres forståelse er det den subjektive oplevelse, der afgør, om en hændelse kan betegnes som et traume. Dette er eksempelvis tilfældet, hvis mindre belastninger uden “katastrofekarakter” genaktiverer traumesymptomer, som har været remitteret.

En type traume, der ikke optræder i diagnosemanualerne, er udviklingstraumer (Buhmann & Folke, 2021; Heller & LaPierre, 2014). Udviklingstraumer forstås af Heller og LaPierre (2012) som en samlebetegnelse for en række traumer: specifikke, tidlige choktraumer – akutte, ødelæggende begivenheder med en skadelig indvirkning på tilknytningsprocessen til følge – vedvarende fejlafstemning i forbindelse med tilknytningsforstyrrelser, længerevarende mishandling og/eller omsorgssvigt. Udviklingstraumer er typisk kendetegnet ved at være en oplevelse af omsorgssvigt, mishandling og/eller fejlafstemning over længere tid og normalvis ikke blot en enkeltstående traumatisk begivenhed. Forfatterne mener, at en nedsat evne til kontakt med andre og sig selv udvikles som reaktion på udviklingstraumer, og ifølge Heller og LaPierre er en nedsat evne til kontakt som følge af tidlige traumer en del af de fleste psykologiske problemer. Her ses altså en opfattelse af, at psykisk lidelse og traumer er tæt forbundet.

Heller og LaPierre forstår desuden traumer som mere almene, end diagnosemanualerne umiddelbart lægger op til. Tidlige traumer betragtes som så udbredte, at de fleste voksne har udviklet nogle af elementerne i de adaptive overlevelsesstrategier, der udvikles som reaktion herpå<sup>2</sup>. Heller og LaPierres opfattelse af traumer kan ses på et kontinuum. Barnet er født med en række kernebehov, som forældrene vil dække i større eller mindre grad. Jo mere mangelfuld en opfyldelse af et eller flere behov, jo mere bevæger vi os hen mod det yderpunkt på kontinuet, der indbefatter de svære udviklingstraumer, som medfører de mest

---

<sup>2</sup> Heller og LaPierre (2014) beskriver fem adaptive overlevelsesstrategier, der udvikles som reaktion på utilstrækkelig opfyldelse af barnets mest centrale behov.

massive psykiske problemer. De fleste mennesker vil befinde sig et sted på kontinuet, men kun det ene yderpunkt på kontinuet vil være forbundet med de mest alvorlige, behandlingskrævende psykiske reaktioner.

Inden for den medicinske verden anvendes betegnelsen traumer også for fysiske skader, og et traume kan i den forbindelse dække over alt fra et sår til en større fysisk skade. I dette speciale vil vi fokusere på de psykiske traumer, som vi har beskrevet ud fra forskellige forståelser, både i henhold til diagnosemanualerne og andre traumer som udviklingstraumer. Fordi forståelserne af traumer er ret forskellige, som dette afsnit har vist, vil vi i dette speciale ikke begrænse os til en enkelt definition af traumer. Traumbegrebet rummer en kompleksitet, som vi ikke ønsker at simplificere, men snarere at udfolde og diskutere.

## 2. Litteraturoverblik

Den kvalitative litteratur om behandleres oplevelse af at tematisere traumer hos patienter med svær psykiatrisk sygdom er sparsom. En søgning på PsycInfo med forskellige kombinationer af søgeordene *clinician, psychologist, counselor, helper, mental health personnel* eller *psychotherapist* og *trauma, adversity* eller *abuse* og *perspective, interview, survey, barrier, participant observation* eller *qualitative method* samt en kædesøgning i relevante resultater gav primært kvantitative spørgeskemaundersøgelser om emnet. En afgrænsning for søgningen var, at målgruppen for undersøgelsen var psykologer, eller at psykologer var en del af målgruppen i tilfælde af blandede faggrupper.

Det var muligt at identificere to kvalitative interviewundersøgelser, hvoraf det ene indeholder interviews med både patienter med psykiatriske diagnoser og behandlere (blandet faggruppe, herunder en psykolog) om systematisk screening for vold i hjemmet (Trevillion et al., 2012). Et hovedfund i studiet er, at størstedelen af behandlerne er positivt stemt over for at lave en systematisk screening for vold i hjemmet hos patienterne. Behandlerne i undersøgelsen udtrykker, at strukturelle årsager i organisationen såvel som individuelle faktorer har indflydelse på, om de screener. Individuelle faktorer indebærer, hvorvidt man finder, at screeningen er en del af ens professionelle opdrag, samt tiltro til egne kompetencer. En af de strukturelle barrierer, som behandlerne beskriver, er, at de oplever, at der i den kliniske assessment og behandling primært er fokus på symptomer. Endvidere beskrives den ambivalens, som patienterne kan have i forhold til at fortælle om vold i hjemmet, som noget, der vækker frustration hos behandleren og vanskeliggør en tilrettelæggelse af behandlingen. Endelig opleves visse psykiatriske symptomer at besværliggøre vurderingen af validiteten af patientens beretninger.

I en lignende undersøgelse blev behandlere (blandet faggruppe, bl.a. psykologer) på et misbrugscenter interviewet om deres oplevelse af relevansen af at arbejde med traumer (Gjellen et al., 2014). I studiet konkluderes det, at behandlerne ikke er bekendt med, at forskning viser høje prævalensrater af traumer og PTSD blandt personer med misbrug. Det resulterer i, at traumer ikke prioriteres i behandlingen, og at behandlerne ikke har den tilstrækkelige viden om udredning for og behandling af denne komorbiditet. Ydermere udtrykker behandlerne en bekymring for, at det at tale om traumer vækker rusmiddeltrang og kan resultere i tilbagefald.

Ser man på den kvantitative forskning, rapporteres det, at behandlere generelt finder det vigtigt at integrere et traumefokus i udredning eller behandling (Pruitt & Kappius, 1992<sup>3</sup>; Trottier et al., 2017<sup>4</sup>), og de færreste argumenterer for, at manglende integration af traumer i behandlingen skyldes, at de finder det uvæsentligt (se også Salyers et al., 2004<sup>5</sup>). På trods af en generel opbakning til screening for traumer og integreret behandling af traumer og anden psykisk lidelse fortæller deltagerne om en række barrierer for at implementere det i praksis. Flere af disse barrierer relaterer sig til omstændigheder omkring patienterne, herunder bekymring for forværring af symptomer (Trottier et al., 2017; Young et al., 2001<sup>6</sup>), eller at aktuelle symptomer er en hindring for at arbejde med traumat (Salyers et al., 2004). Desuden rapporteres en barriere at være en vurdering af, at behandlingen må fokusere på de mest presserende problemer (Pruitt & Kappius, 1992; Trottier et al., 2017; Young et al., 2001). Endnu en omstændighed omkring patienterne, der rapporteres som en mulig barriere, er, at patienter ikke er villige eller i stand til at tale om traumat (Salyers et al., 2004), samt en bekymring for, at patienterne finder det foruroligende (Pruitt & Kappius, 1992; Trottier et al., 2017; Young et al., 2001). Derudover rapporteres der om en række omstændigheder, der relaterer sig til behandlerne. Disse er bl.a. manglende viden eller erfaring med at integrere et fokus på traumer i udredning og behandling (Salyers et al., 2004; Trottier et al., 2017).

Samtlige undersøgelser peger på, at behandlere finder det relevant at inddrage traumer i screening og behandling af patienter, men nogle studier viser, at det er meget varierende, hvorvidt behandlerne rutinemæssigt screener for traumer (Pruitt & Kappius, 1992; Salyers et al., 2004). Endvidere peger en undersøgelse af Bride et al. (2009)<sup>7</sup> på, at der kan være stor

---

<sup>3</sup> Pruitt & Kappius (1992): klinikers perspektiver på screening for og behandling af seksuelt misbrug.

<sup>4</sup> Trottier et al. (2017): klinikers perspektiver på screening for og behandling af traumer hos personer med spiseforstyrrelser.

<sup>5</sup> Salyers et al. (2004): klinikers perspektiver på screening for og behandling af traumer hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

<sup>6</sup> Young et al. (2001): klinikers perspektiver på screening for og behandling af misbrug i barndommen.

<sup>7</sup> Bride et al. (2009): klinikers perspektiver på screening for og behandling af traumer blandt personer med misbrug.

variation i, hvilke traumer behandlere er opmærksomme på at screene for. I det pågældende studie fandt man, at behandlere hyppigere screenede for seksuelt og fysisk misbrug i barndom, voldtægt samt vold i hjemmet end for voldsforbrydelser og ulykker.

Ingen af de ovennævnte studier undersøger danske samples, der er en overvægt af kvantitative studier, og den samlede mængde af forskning i behandleres perspektiver på relevansen af at inddrage et fokus på traumer i udredning og behandling er begrænset. Dertil kommer, at studierne, både kvalitative og kvantitative, ofte er lavet med udgangspunkt i specifikke traumetyper eller patientgrupper. Udfordringen ved, at traumetypen eller patientgruppen er specifik, er, at det ikke giver et billede af, hvordan der generelt screenes for traumer af forskellige typer blandt psykiatriske patienter.

På trods af, at traumer som nævnt kan være medvirkende årsag til psykisk lidelse og potentielt kan komplicere behandlingsforløbet (Buhmann & Folke, 2021), ses det, at forskning i psykologers oplevede relevans af at inkludere et fokus på traumer i behandlingen af patienter med svær psykiatrisk sygdom er begrænset. Det forekommer paradoksalt, at flere argumenterer for, at opmærksomhed på traumer i behandlingen af patienter med svær psykisk sygdom er vigtig (se Buhmann & Folke, 2021; Courtois & Gold, 2009), når forskning i, hvordan psykologer i praksis forholder sig til traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, er yderst sparsom. Det betyder også, at det på baggrund af eksisterende forskning ikke kan konkluderes, i hvilken udstrækning psykologer oplever det som relevant at have fokus på traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, og hvilken betydning det har for, om de vælger eller fravælger at inkludere et sådant fokus i behandlingen. Dette speciale kan bidrage til at udfolde disse perspektiver i en dansk sammenhæng.

### **3. Metodologi og metode**

#### **Fænomenologisk videnskabsteoretisk grundlag**

Forskningsspørgsmålet i nærværende speciale vedrører en undersøgelse af psykologers oplevelse af relevansen af at inddrage et fokus på traumer i behandlingen af psykiatriske patienter. Et sådant forskningsspørgsmål med vægt på det oplevelsesmæssige aspekt af at arbejde med traumer i psykiatrien er i dette speciale funderet i en hermeneutisk-fænomenologisk epistemologi, som vi redegør for nedenfor.

Fænomenologien er studiet af menneskers oplevelser og af, hvordan fænomener opfattes af den enkelte. Fænomenologien er en filosofisk bevægelse, som blev grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl. Husserl fremhæver en række aspekter som værende centrale

for fænomenologien (Langdridge, 2007), og disse vil kort blive gennemgået i det følgende. Et centralt element for Husserl er intentionalitet, som vedrører den menneskelige bevidsthed. At den menneskelige bevidsthed er intentionel betyder, at den altid er rettet mod noget. Intentionalitet betyder for fænomenologer også, at man forstår en stærk sammenhæng mellem, hvad der opleves, *noema*, og hvordan det opleves, *noesis*. Det centrale fokus på at opnå beskrivelser af en anden persons livsverden betyder desuden, at det for Husserl er centralt at forsøge se bort fra tilvante antagelser om de fænomener, man studerer. En forudsætning herfor er at gøre sig sine antagelser og fordomme bevidst og "sætte dem i parentes", som man vil udtrykke det inden for fænomenologien. Dette kaldes *epoché* og indebærer at tillade en tvivl om de antagelser, som man har på forhånd, og i stedet forsøge at se ting eller fænomener, som om man oplevede dem for første gang. Der er en vis uenighed om, hvorvidt dette er muligt i praksis, og der udspiller sig særligt hos Husserls efterfølgere en diskussion af, om det er en mulighed eller et ideal. Epoché suppleres af den fænomenologiske reduktion, som er et udtryk for, at man beskriver uden at lade sig friste til at opstille hierarkier i meningen, men behandle alle dele med lige værdi (i hvert fald i begyndelsen). Den fænomenologiske reduktion kan suppleres med det, som Husserl kalder "fri variation i fantasien" (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor man griber fænomenet an fra forskellige perspektiver ved at variere det i dets mulige former. Alle disse nævnte metoder er midler til at finde essenser, som ifølge Husserl er målet med fænomenologien. Denne proces indebærer en bevægelse fra at beskrive den enkeltes oplevelse til at undersøge de underliggende strukturer bag oplevelsen. Essensen udledes i Husserls udlægning af fænomenologien ikke gennem fortolkning, men gennem grundig undersøgelse og refleksion over oplevelsen i sig selv ved hjælp af de beskrevne metoder.

De analysemetoder, som har afsæt i fænomenologien, anvender i et vist omfang ovennævnte metoder, om end i visse tilfælde med store tilpasninger, som afviger betydeligt fra Husserls oprindelige fænomenologiske tilgang. Fælles for metoderne er dog en interesse i at forstå specifikke aspekter af den menneskelige oplevelse af verden. Den fænomenologiske filosofi står således i kontrast til det positivistiske paradigme og afstår fra at se objekter som afskåret fra den menneskelige subjektivitet og perception. Verden, som den virkelig er, kan ikke isoleres fra verden, som den fremtræder. Et objekt træder først ind i vores virkelighed i det øjeblik, vi betragter det, og objektet er således altid under indflydelse af tilskuerens subjektivitet. På baggrund af denne epistemologiske position forsøger man i fænomenologien at indfange det subjektive.

### ***Den eksistentielle vending***

Fænomenologien er siden Husserls grundlæggelse blevet præget af forskellige bevægelser. Den eksistentielle vending indtraf i midten af det 20. århundrede som en modreaktion på Husserls ideal om at træde ud af sin subjektive position og sætte sine fordomme i parentes for at se fænomener i deres rene form. Ifølge eksistentialisterne var denne opfattelse illusorisk, da en komplet frigørelse fra ens hverdagsagtige måde at se verden på ikke er mulig. Dog mente de, at man bør stræbe efter at sætte visse aspekter af sine fordomme i parentes, nemlig den videnskabelige forforståelse, for at beskrive fænomener, som de fremstår.

Eksistentialisterne repræsenterede en interesse for ontologi frem for epistemologi. Det centrale var ikke udvikling af filosofiske metoder, men snarere forståelse af den menneskelige eksistens og dannelse af teorier om eksistensens natur. Eksistentialisterne afstod fra idéen om objektivitet og målet om at identificere fænomenologiske essenser, og foregangsmænd som Martin Heidegger<sup>8</sup> ønskede i stedet at fortolke betydningen af fænomener, som de fremtræder, fra en position, der er funderet i selve fænomenerne (dvs. subjektiv).

Den eksistentielle vending har informeret den fænomenologiske psykologi og dannet grundlag for de mere fortolkende former, som bliver endnu mere fremtrædende i den hermeneutiske fænomenologi.

### ***Den hermeneutiske vending***

Den hermeneutiske vending repræsenterer en kritik af den deskriptive fænomenologis beskrivende karakter samt et ønske om mere fortolkning. Heideggers opfattelse af, at al forståelse involverer fortolkning, lagde kimen til bevægelsen, som siden er blevet videreført af personer som Hans-Georg Gadamer. Ifølge Gadamer kan forståelse ikke løsrives fra fortolkerens forforståelse og fordomme, som er indlejret i en historisk og kulturel sammenhæng. Fortolkerens forforståelse skal ikke forstås som en begrænsning for viden, men derimod en forudsætning herfor (Langdridge, 2007). Forforståelsen er altid indlejret i en given situation, og situationen afgrænser og præger synsfeltet, som i denne hermeneutiske forståelse kaldes horisonten (Andersen & Koch, 2015). Forståelse anskues som kernen i den menneskelige eksistens, og sprog – især samtale – er midlet til opnå forståelse heraf. Gennem fortolkning smeltes adskilte horisonter sammen. Formålet med hermeneutisk fortolkning er altså at nå frem til en fælles forståelse af et givent fænomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Inden for Gadamers forståelse af hermeneutik er der ikke blot tale om en metode, men hermeneutikken er en forståelse af menneskers måde at være i verden på – et ontologisk fokus.

---

<sup>8</sup> Heidegger inspirerede også den hermeneutiske tradition.

Der er i fænomenologien en vedvarende debat om, hvorvidt fænomenologiske metoder skal indebære fortolkning og anvendelse af metoder hertil, eller om fænomenologien bør handle om beskrivelse af fænomener i deres fremtræden. *Interpretative phenomenological analysis* (IPA) er en af de metoder, der repræsenterer førstnævnte opfattelse. Ifølge Smith & Osborn (2008) sker der i IPA en fortolkningsproces på to niveauer – en dobbelt hermeneutik – hvor forskeren fortolker og forsøger at finde mening i deltagerens forsøg på at finde mening i det oplevede fænomen, som i sig selv er en fortolkning af verden. IPA vil blive yderligere udfoldet i afsnittet om analyse.

## **Metode**

### ***Design***

Fænomenologiens interesse for at indkredse den subjektive oplevelse dannede grundlag for valget af metode. Det semistrukturerede interview er en metode til at indhente beskrivelser af en persons livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den eksisterende forskning på området er, som beskrevet i litteraturoverblikket, kendetegnet ved en overvægt af kvantitative spørgeskemaundersøgelser. Sådanne studier er ikke i sig selv problematiske. De giver mulighed for en bred repræsentation af psykologer og en indsigt i, hvilken holdning psykologer generelt har til, om det er relevant at inddrage et traumefokus i behandlingen, i hvor høj grad de implementerer et sådant fokus i udredning og behandling, samt hvilke eventuelle barrierer, der kan være herfor. Den kvantitative forskning giver dog begrænset mulighed for, at deltagende psykologer kan uddybe deres svar og give andre svar end dem, der er prædefineret i spørgeskemaet. Det semistrukturerede interview muliggør en udfoldelse af psykologers perspektiver på spørgsmålet om, i hvilken udstrækning det er relevant at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter samt en udforskning af, hvordan de implementerer dette i praksis.

### ***Rekruttering af deltagere***

Undersøgelsesdeltagerne til dette speciale blev søgt via Facebook, både via private opslag, delinger fra bekendte og deling i en Facebookgruppe, hvor størstedelen af medlemmerne er psykologer. Kravene til undersøgelsesdeltagerne var, at de var psykologer og ansat i psykiatrien, samt at de havde erfaring med udredning og/eller behandling af voksne psykiatriske patienter. Der blev ikke stillet krav til, om deltagerne arbejdede i ambulatorier eller på døgnafsnit samt hvilken patientgruppe, deltagerne primært arbejdede med (ift. diagnose). I opslaget fremgik det, at fokus for interviewet ville være på deltagernes oplevelse af og

holdning til at inddrage patientens tidligere erfaringer og mulige belastende oplevelser, herunder traumer, i behandlingen (se bilag 1 for det fulde Facebookopslag).

Der blev rekrutteret fem psykologer til at deltage i denne interviewundersøgelse: to mænd og tre kvinder. Gennemsnitsalderen på deltagerne er 35,2 år (28-50 år). I gennemsnit har deltagerne arbejdet 4,2 år i psykiatrien (1,5-6 år). Tre af undersøgelsesdeltagerne arbejder for nuværende i psykiatrien, mens to for nyligt har afsluttet deres arbejde i psykiatrien.

### ***Interview***

Grundet situationen med covid-19 blev det besluttet, at interviewene ville blive gennemført på en online platform. Aalborg Universitets instans af AAU Zoom er udformet på en måde, så den beskytter følsomme og fortrolige informationer og er derfor anvendt til dette speciale. Interviews er efter skriftligt samtykke af deltagerne optaget på en lydoptager. Vi var begge til stede under de pågældende interviews – én var primær interviewer, den anden fungerede som observatør og fik mulighed for at stille spørgsmål sidst i interviewet.

Interviewguiden (se bilag 2) blev udformet med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet, som består af tre elementer: 1) behandlerens oplevelse af relevansen af at arbejde med traumer, 2) om traumer adresseres i udredning, og 3) hvordan traumer eventuelt implementeres i behandling. På baggrund af tidligere beskrivelse af, hvordan traumer defineres ret forskelligt i litteraturen, havde vi på forhånd en forventning om, at de enkelte behandleres opfattelse af, hvad der karakteriserer et traume, tilsvarende ville variere. Derfor valgte vi at lade undersøgelsesdeltagerens egen definition af traumer være udgangspunkt for interviewet.

Den oprindelige intention med interviewguiden var at lave en guide med åbne spørgsmål, hvor vores egen opfattelse af emnet ikke kom til syne. Det skulle dog vise sig, at selv disse spørgsmål var påvirket af vores forforståelse af emnet (se afsnit *Inspiration til dette speciale*). Derfor blev det besluttet at påbegynde interviewet med en præsentation af emnet, som vi opfatter det, således at dette kunne danne udgangspunkt for en diskussion af deltagernes holdninger og praksis. Deltagerne blev derfor i begyndelsen af interviewet præsenteret for, at baggrunden for dette speciale er, at vi har beskæftiget os med litteratur, hvori der argumenteres for, at traumer bør have en mere fremtrædende rolle i psykiatrien, enten ved i højere grad at traumebehandle (f.eks. Henning et al., 2021; Courtois & Gold, 2009) eller i form af en større bevidsthed om traumer (f.eks. Buhmann & Folke, 2021).



### ***Transskription***

Inspireret af Langdridge (2007) transskriberes interviewene med fokus på semantisk mening, og pauser, lyde, mindre udbrud (ja/nej og andre små udbrud midt i den andens tale) udelades. Følgende symboler blev brugt i transskriptionen:

- / (taleren afbryder sig selv, lille begyndelsesbogstav indikerer at taleren reformulerer sig, stort begyndelsesbogstav indikerer påbegyndelse af ny sætning)
- [red.] (anonymisering af information og andre tilføjelser)
- Mmm (anerkendende tilbagekobling (positiv))
- () (bruges til at beskrive små udbrud/ladninger, også små udbrud fra den anden person samt uklare passager)
- IN: primær interviewer
- IN2: sekundær interviewer, observatør
- UD: undersøgelsesdeltager

Vi har transskriberet interviewene hver for sig, og for at øge reliabiliteten (troværdigheden) har vi hver især gennemlæst alle transskriptioner og kontrolleret, at disse stemmer overens med de oprindelige lydoptagelser. Transskriptionerne er vedlagt i bilag (se bilag 3-7).

### ***Analysemetode***

Den fænomenologiske analysemetode *interpretative phenomenological analysis* (IPA) harmonerer med sit udgangspunkt i data frem for eksisterende teori med forskningsspørgsmålets udforskende karakter. IPA er en hermeneutisk-fænomenologisk metode, hvor omdrejningspunktet er en søgen efter, hvordan en person forstår sin oplevelse, samt en fortolkning af personens forståelse.

Til bearbejdning af interviewmaterialet blev en tematisk analyse anvendt, som det er foreskrevet i IPA (Langdridge, 2007). Den tematiske analyse er inddelt i fire stadier. Først blev transskriptionen gennemlæst, og betydningen af de enkelte tekststykker blev noteret i venstre margin. Disse første noter holdt sig til den umiddelbare mening i teksten. I den næste fase blev et mere fortolkende arbejde indledt, idet temaer blev noteret i højre margin under gennemlæsning. I tredje fase blev temaerne noteret på post-its, og forbindelser mellem temaerne blev forsøgt identificeret, ligesom temaerne blev inddelt i over- og undertemaer. I fjerde stadie blev temaerne igen koblet til de originale transskriptioner med henvisninger til specifikke citater, og mindre gennemgående temaer blev fravalgt. Denne proces blev foretaget for hver transskription for i så høj grad som muligt at forstå hvert interview på dets egne

præmisser, inden vi til sidst samlede temaerne på tværs af interviewene. Vi foretog de første to faser med at notere umiddelbar mening og temaer i transskriptionen hver for sig med henblik på at forholde os mest muligt åbne over for de temaer, der fremkom. Den firedelte proces illustrerer det hermeneutiske aspekt af IPA, idet tekstens dele fortolkes og på ny sættes i relation til helheden (teksten) i en bevægelse mod en stadig dybere forståelse af mening (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne hermeneutiske vekselvirkning mellem temaerne, altså delene, og interviewet som helhed var gennemgående i hele den analytiske proces, lige fra at finde de indledende temaer i hvert interview til at formulere analyseafsnittet. Således vendte vi løbende tilbage til helheden, både i form af transskriptionerne og lydoptagelserne, med henblik på at undgå, at meningen i hvert enkelt interview blev forvansket i processen med at forbinde temaer på tværs af interviewene.

### ***Etiske overvejelser***

Forud for udførelsen af interviewene til dette speciale er der taget en række forbehold, der skal sikre, at de etiske retningslinjer overholdes. Her tages udgangspunkt i *Etiske principper for nordiske psykologer* (2018). For at imødekomme de etiske retningslinjer for personens rettigheder og værdighed blev der udformet en samtykkeerklæring, som skulle underskrives af undersøgelsesdeltagerne. Dette var med henblik på at maksimere deltagerens ret til selvbestemmelse og frivillighed på et informeret grundlag. Skabelonen for samtykkeerklæringen er vedlagt i bilag (bilag 8). Et andet element i de etiske retningslinjer vedrører fortrolighed, som skal beskytte deltageren (Etiske principper for nordiske psykologer, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). Konkret betyder det, at det kun er os, som har haft adgang til de originale optagelser af interviewene, som allerede ved transskription blev anonymiseret, og data fremgår således i anonymiseret form, både i transskriptioner og uddrag i specialets analyse. Endvidere blev transskriptionerne i deres fulde længde fortrolighedsstemplet.

I forbindelse med de etiske principper om psykologers ansvar understreges det, at psykologen har ansvar for at mindske konsekvenserne af sit arbejde (Etiske principper for nordiske psykologer, 2018). Kvale og Brinkmann (2015) uddyber i den forbindelse, at det er forskerens ansvar at reflektere over de mulige konsekvenser for deltagerne. I interviewene til dette speciale har vores fokus på åbne, eksplorative spørgsmål, ud over at være i tråd med det videnskabsteoretiske grundlag, været et forsøg på at undgå at antyde, at man som psykolog nødvendigvis bør inddrage et fokus på traumer i behandlingen af psykiatriske patienter. Ud fra den begrænsede eksisterende forskning ville det end ikke være muligt for os at give en kvalificeret vurdering af, hvordan og om man altid bør arbejde med patienternes traumer i

behandlingen. Det ville derfor hverken have været etisk eller fagligt korrekt at forholde sig normativt til psykologernes måde at arbejde på, uanset om de er optaget af patientens eventuelle traumer eller ej. På trods af dette kan det dog ikke afvises, at interviews som disse får psykologer til at reflektere over egen praksis på en måde, der kan påvirke deres fremtidige arbejdsliv.

Endelig tilskyndes det i de etiske principper, at forskeren forholder sig til sin egen rolle og søger at fremme sin integritet. Dette retter sig særligt mod at forholde sig til de etiske problemstillinger, som forskningen bringer, men også at sikre kvalitet i forskningen og afrapporteringen af resultater. I dette afsnit har vi forsøgt at skitsere, hvordan de etiske overvejelser i forbindelse med specialet har været en kontinuerlig proces. I specialet diskussionsafsnit diskuteres undersøgelsens kvalitet, som har tæt sammenhæng med de etiske principper.

### **Præsentation af deltagere**

Undersøgelsesdeltagerne har arbejdet i psykiatrien i 1,5 til 6 år. De fleste af deltagerne har erfaringer fra flere psykiatriske afsnit, både ambulante afsnit og sengeafsnit. I nedenstående præsenteres deltagernes teoretiske orientering samt deres forståelse af traumer, som også vil blive udfoldet indledningsvist i analysen.

Peter er i 20'erne. Han fortæller, at hans tilgang ikke er så manualiseret, men at han er overvejende psykodynamisk orienteret og lader sig inspirere af intensiv dynamisk korttidsterapi. Desuden inddrager Peter elementer fra mentaliseringsbaseret terapi og ACT (*acceptance and commitment therapy*). Peter har en bred forståelse af traumer og ser traumer som almene og betydningsfulde for patientens aktuelle vanskeligheder. Han nævner bl.a., at hans traume-forståelse er informeret af udviklingstraumer, arousal-teori og oplevelser i voksenlivet.

Hanne er i 50'erne. Hun har primært arbejdet med kognitive terapeutiske metoder, både kognitiv adfærdsterapi og metoder fra tredje bølge såsom ACT, medfølelsesfokuseret terapi og dialektisk adfærdsterapi, men også skematerapi. Selvom hun sjældent laver direkte traumebehandling, er Hanne optaget af at inddrage patientens baggrund, herunder eventuelle traumatiske oplevelser, for at få en bedre forståelse af patienten som menneske.

Jesper er i 30'erne. Han arbejder inden for en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme og på nuværende tidspunkt specifikt med traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi og *prolonged exposure*. Jesper oplever det som relevant at arbejde med traumer på tværs af psykiatriske diagnoser og fremhæver i interviewet, at symptomer kan forstås i sammenhæng med tidligere oplevede traumer. Han har dog primært erfaring med at arbejde traumefokuseret med patienter med PTSD. Når Peter i sit arbejde skal diagnosticere PTSD, forholder han sig til

traumedefinitionen i ICD-10 (beskrevet tidligere i specialet), men i andre sammenhænge vil han i højere grad lade den subjektive oplevelse af en begivenhed afgøre, om der er tale om traumer.

Camilla er i 20'erne og arbejder overvejende kognitiv adfærdsterapeutisk, hvilket skyldes hendes personlige interesse såvel som den patientgruppe, hun arbejder med. Camilla definerer traumer som bestemte hændelser, som vi som samfund er enige om at definere som traumatiske. Camilla lægger vægt på, at traumer kun inddrages i det omfang, patienten oplever det som relevant. I de tilfælde, hvor traumer får en plads i behandlingen, ser hun, at det kan bidrage til en forståelse af patientens problematik, men samtidig understreger hun, at et fokus på traumer ikke er en forudsætning for et godt behandlingsforløb.

Maria er i 30'erne. Hun fortæller, at hun arbejder eklektisk og forsøger at have en individuel tilgang til patienterne, men at hun primært trækker på kognitivt adfærdsterapeutiske metoder. Maria ser det som relevant at inddrage patientens baggrund og eventuelle traumer i behandlingen for at forstå patientens nuværende problematik, ligesom hun mener, at det er afgørende for at give den rette behandling og skabe terapeutisk forandring. Maria forstår et traume som en oplevelse, der er traumatisk for den enkelte, og afviser i den forbindelse, at bestemte typer af begivenheder kan karakteriseres som traumatiske.

## 4. Analyse

I det nedenstående præsenteres fire temaer, som fremkom i de fem interviews. Specialets forskningsspørgsmål har været retningsgivende for udvælgelsen af, hvilke temaer der behandles dybdegående i analysen. De fire temaer er *Hvad er et traume?*, *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie*, *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* og *Overvejelser om inddragelse af traumer i behandlingen*. I kraft af, at der er en begrænset mængde forskning på området, har denne interviewundersøgelse et eksplorativt præg, og derfor har der ikke forud for undersøgelsen været fastlagt en teoretisk ramme for specialets analyse. Der er således inddraget teori, når det er fundet at kunne belyse og uddybe aspekter, der er centrale inden for temaerne. Derfor vil begreber fra udvalgte teorier løbende blive præsenteret i analysen, som de bliver anvendt.

### Tema 1: Hvad er et traume?

Allerede under interviews med de fem undersøgelsesdeltagere blev det klart, at deres forståelser af, hvad et traume er, er vidt forskellige. I vores indledende arbejde til specialet blev det også klart, at der findes mange definitioner i litteraturen (se afsnit *Traumer – et*

*komplekst begreb*), og følgelig var det forventeligt, at deltagernes forståelse af traumer ligeledes kunne være forskellige. Derfor blev det også deltagernes egne traumeforståelser, som informerede de pågældende interviews, hvorfor det er relevant at skitsere forskelle og ligheder mellem deltagernes forståelser af traumer.

Deltagernes forståelse af, hvad et traume er, kan grundlæggende deles op i traumer som bestemte hændelser over for traumer som defineret af individets reaktioner på en hændelse. Hos nogle deltagere opfattes traumer således som begivenheder af en bestemt karakter, mens andre deltagere er af den opfattelse, at traumer ikke kan defineres objektivt, men afgøres af individets subjektive oplevelse af begivenheden.

### ***Traumer som udløst af bestemte hændelser***

Hos Camilla og Hanne ser vi en forståelse af traumer som defineret af hændelser af en særlig karakter. Camilla beskriver et traume som følgende:

Interviewer: Ja. Så når du sådan siger traume, så siger du også det her med en begivenhed / at det skal kunne kobles op på en begivenhed, så det er måske i høj grad også indholdet af begivenheden, der afgør, om du vil sige, det er et traume?

Camilla: Ja, det tænker jeg. Jeg tænker, det skal have en vis tyngde, altså, det skal være / det skal være noget, som vi sådan på en eller anden måde samfundsmæssigt kan være enige om er noget traumatisk. Lidt ligesom / Jamen, der er jo så mange diagnoser, der egentlig / altså, hvis vi snakker personlighedsforstyrrelsesdiagnoser, så er de jo også bundet op på, at det skal skille sig ud fra det, vi sådan tænker samfundsmæssigt er normalt. Og sådan tænker jeg egentlig også med traume, hvis vi skal omtale det som et traume, så skal det være noget, vi kan blive enige om på en eller anden måde som samfund, at det / det her, det kvalificerer sig som en traumatisk oplevelse. Så det ikke bare bliver et ord, vi bruger i flæng, ja. (Camilla, l. 175-190)

Camilla lægger altså vægt på to ting: dels at traumer er defineret ved en begivenhed med en vis tyngde, dels at begivenheden skal være af en karakter, som vi som samfund kan blive enige om er traumatisk. Denne opfattelse af traumer er i høj grad i overensstemmelse med ICD-10's definition af traumer, der, som tidligere nævnt, er defineret i forbindelse med PTSD og lyder: "... begivenhed eller situation (af kortere eller længere varighed) af en exceptionel truende eller katastrofeagtig natur, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver" (World Health Organization, 1996, p. 108). I Camillas forståelse er der således nogle objektivt definerede karakteristika ved begivenheden, som skal være opfyldt, for at der er tale

om et traume, hvilket kan genfindes i ICD-10. Når Camilla derimod taler om belastninger, som hun er meget optaget af, så er det i højere grad den subjektive oplevelse af en begivenhed, der er afgørende:

... hvor belastninger, for mig i hvert fald, hurtigt bliver sådan en ret normal ting at tale om, fordi belastninger jo kan være i større eller mindre grad. At man oplever at være overmatchet af det, livet ligesom byder en. At (griner) man bliver belastet af at skulle / For nogle psykiatripatienter er det jo / kan de mindste ting jo føles som en ret tung belastning for deres hverdag. Så jeg tror, jeg bruger belastning rigtig meget, faktisk, måske også for meget (griner) nok, det kan man nok diskutere, men det er i hvert fald for mig en måde at beskrive sådan rimelig gængse ting, altså det at / det at blive forældre, for eksempel, er en ret stor belastning for ens funktionsniveau, hvis man er psykiatripatient. Det at blive fyret fra sit arbejde eller det at blive sendt ud i arbejde, hvis man ikke har særlig mange ressourcer til rådighed. (Camilla, l. 157-170)

Belastninger er altså ikke kun forbundet med begivenheder med en vis tyngde, men kan derimod ifølge Camilla opstå på baggrund af mere almene hændelser. Som det vil blive fremgå senere, gør denne opdeling mellem traumer og belastninger sig ikke gældende for alle undersøgelsesdeltagere.

En anden undersøgelsesdeltager, der også umiddelbart er optaget af begivenhedens karakter, når hun skal definere et traume, er Hanne:

I udgangspunktet på [red. et psykiatrisk sengeafsnit], hvis folk kom med meget svære traumer, det vil sige seksuelt misbrug som barn, meget voldsomme voldsting, altså, der var flere kvinder, som havde været i meget voldelige forløb og jo så derfor havde bedøvet sig på en eller anden måde, og så var misbruget [red. af rusmidler] kommet ind den vej over. Så sådan nogle meget voldelige eller også bare psykisk voldelige forløb, altså, vil jeg jo også beskrive som et traume. (Hanne, l. 171-178)

Hanne har arbejdet med dobbeltdiagnoser i psykiatrien, og derfor henviser hun i citatet til sin erfaring med, at patienter med misbrug af rusmidler kan have en baggrund med et eller flere traumer. Hanne nævner først specifikke begivenheder såsom seksuelt misbrug som barn samt fysisk og psykisk vold som eksempler på traumer. I forlængelse af, at hun definerer traumer, taler Hanne videre om patientens baggrund, herunder omsorgssvigt, og om, hvordan denne kan have betydning for patienten i samme omfang som traumer (Hanne, l. 183-192).

Fælles for Camilla og Hanne er, at de er optaget af begivenhedens karakter, når de skal beskrive, hvad de forstår som et traume. På trods af, at de på denne måde beskriver traumer relativt snævert, henviser de begge til bredere begreber, som informerer deres praksis. Camilla taler om belastninger, som hun ofte er optaget af i mødet med en patient, mens Hanne taler om baggrund i bredere forstand.

### ***Traumer som subjektivt defineret***

I kontrast til at forstå traumer som knyttet til konkrete hændelser ser nogle af undersøgelsesdeltagerne den subjektive oplevelse af en begivenhed som afgørende. Jespers opfattelse af traumer er et eksempel herpå:

Det er rigtigt svært, fordi at der er ikke nogen enkel definition på, hvad et traume er, og jeg tænker i høj grad, at det er også den subjektive oplevelse, om man oplever det som traumatisk. Men det er / Ja, jeg synes det er rigtigt svært at lige sætte grænsen i forhold til, hvornår det er. Men jeg ville kigge på den subjektive oplevelse, hvis det var, at det lå ud over / i forhold til, om man skal definere, om patienten har PTSD eller ej, fordi der er nogle mere specifikke kriterier, der skal være opfyldt [red. hvis patienten skal diagnosticeres med PTSD]. (Jesper, l. 95-102)

Jesper understreger i dette citat kompleksiteten i traumebegrebet, idet han skelner mellem PTSD-traumer og traumer i bredere forstand. Når Jesper udreder for PTSD, forstås traumer i lyset af ICD-10's traumekriterie om en konkret hændelse af "exceptionel truende eller katastrofeagtig natur" (World Health Organization, 1996, p. 108). Med denne patientgruppe er traumer derfor defineret af begivenhedens karakter, fordi det er et symptomkriterie for PTSD-diagnosen, men når han beskæftiger sig med traumer i en bredere forstand, er det den subjektive oplevelse, der er afgørende.

Den personlige oplevelse og reaktion er også central hos Maria:

I virkeligheden så kan det jo også netop være lidt individuelt, noget, der kan være traumatisk for andre, er det ikke nødvendigvis for en selv, ikke. Men det er jo på en eller anden / en, hvad skal man sige, en begivenhed, som ryster en i ens grundvold, ikke. Jeg tror også inden for PTSD, der snakker man om, at / der tror jeg, at definitionen hedder, at det skal være / at man har været / følt sig i livsfare eller har været truet på livet eller set andre være det, ikke. Men jeg tænker egentlig, at det også / man kan godt have en mere eksistentiel forståelse af det, at en traumatisk oplevelse er, når der

er noget, der ryster os i vores grundlæggende tilgang til verden eller andre mennesker, ikke. (Maria, l. 93-104)

Marias forståelse af traumer er i tråd med Jespers, idet de begge fremhæver den subjektive oplevelse. Maria betoner ydermere, at individuelle faktorer spiller en rolle i forhold til individets reaktion på potentielt traumatiske hændelser. Litteraturen understøtter dette og heri fremhæves bl.a. sårbarhed, copingstrategier, tidligere traumatiske oplevelser, social støtte og traumas karakter (American Psychiatric Association, 2013; Buhmann & Folke, 2021; Courtois & Gold, 2009; Elklit, 2017; World Health Organization, 1996).

Peter tilslutter sig forståelsen af, at traumer defineres ved den subjektive oplevelse, men lægger også vægt på et alment aspekt:

I samtaler, der lader jeg det egentlig være op til patienterne at definere, hvornår noget er et traume. Men jeg gør meget ud af at gøre forskel på PTSD og det at have et traume. Vi har jo alle sammen traumer. ... Ja, jeg tænker ikke, at man kan sige at / at kategorisere en udtømmende liste over bestemte oplevelser, der er traumer. (Peter, l. 86-93)

Citatet afspejler, at Peter bl.a. er informeret af teori om udviklingstraumer. Inden for denne teoretiske forståelse er traumer i kraft af at være almene netop ikke nødvendigvis patologiske og behandlingskrævende. Et udviklingstraume er, som beskrevet tidligere, typisk ikke en enkeltstående hændelse, men en længerevarende oplevelse af, at ens kernebehov ikke dækkes tilstrækkeligt (Heller & LaPierre, 2014). Hos alle mennesker vil opfyldelsen af kernebehov være mangelfuld i en eller anden grad, men hos nogle vil opfyldelsen af kernebehovene være så mangelfuld, at det fører til svære og behandlingskrævende udviklingstraumer. Når man forstår ovenstående citat ud fra denne forståelse, som Peter selv fortæller, at han er informeret af, vil traumer ikke altid kræve behandling, men det vil i høj grad være omfanget af traumer og individets reaktion herpå, som er afgørende.

Peters brede forståelse af traumer betyder også, at han gerne anvender ordet traume i tilfælde, hvor andre ville tale om belastninger: "... når man snakker diagnostisk om traumer, så bliver det meget PTSD-katastrofetraumer. Og så kalder man det belastninger ellers. Og der ville jeg nok selv bruge ordet traumer om belastninger også" (Peter, l. 98-101). Peter er altså ikke på samme måde som Camilla varsom med at bruge ordet traume (Camilla, l. 170-174). Camilla bruger ofte ordet belastninger frem for traumer i mødet med patienter, fordi hun oplever, at ordet traume ofte forbindes med posttraumatisk stress. Peter er dog også opmærksom



på at skelne mellem traumer og posttraumatisk stress (Peter, l. 86-93), men dette leder ikke til, at han ligesom Camilla udtrykker varsomhed i forhold til at anvende ordet traume. Forskellen hos de to deltagere kan altså ses at vedrøre varierende opfattelser af traumbegrebets semantik. Peters begreb om traumer indeholder både det, som Camilla vil beskrive som traumer, men også det, hun betegner som belastninger.

### ***Delkonklusion***

Som beskrevet indledende i dette tema *Hvad er et traume?* blev det klart, da interviewene blev analyseret, at deltagerne har forskellige opfattelser af, hvad et traume er. Dette afspejler den kompleksitet, der er forbundet med traumbegrebet i litteraturen, som beskrevet indledende i specialet.

Deltagernes forståelser af traumer adskiller sig med hensyn til, om et traume er forbundet med bestemte hændelser, eller om et traume betegner individets reaktion på en vilkårlig begivenhed. Den første position (Camilla og Hanne) stiller krav til, at begivenheden har et særligt voldsomt indhold, der kan defineres ved objektive kriterier. Den anden position (Jesper, Maria og Peter) stiller derimod ikke krav til begivenhedens karakter, men lader snarere patientens subjektive oplevelse af hændelsen afgøre, om der er tale om et traume. Det er ikke ekspliciteret i vores forskningsspørgsmål, at vi ønsker at undersøge forskelle i deltagerne definitioner af et traume, men det er alligevel medtaget som et tema, idet det har indflydelse på psykologernes oplevede relevans af at arbejde med traumer, samt hvordan de inddrager traumer i udredning og behandling. Vi vil derfor løbende vende tilbage til disse definitioner i de følgende temaer i analysen.

### **Tema 2: Udredning og løbende afdækning af traumehistorie**

Temaet *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie* dækker både over udredningsforløbet i mødet med nye patienter og løbende fornemmelser, som psykologerne kan have i terapien, der kan give anledning til at tematisere mulige traumer i behandlingen. Det mest bemærkelsesværdige i dette tema er, at psykologerne præsenterer fem forskellige tilgange til, hvordan og om traumer får plads i udredningen. Jesper og Maria har en systematisk tilgang til udredningen, hvor de udreder for henholdsvis traumer og belastninger, mens Hanne systematisk gennemgår patienternes livshistorie. Peter og Camilla har i udgangspunktet ikke fokus på traumer i udredningen. I det følgende udfoldes disse forskelle mellem psykologerne.

### *Systematisk screening for traumer eller belastninger*

Som den eneste af deltagerne screener Jesper systematisk for traumer i udredningen, hvilket skal forstås i sammenhæng med, at han arbejder med patienter med PTSD. Netop med denne patientgruppe er det centralt for behandlingen, at der identificeres et indekstraume<sup>9</sup>, hvilket udredningsforløbet afspejler:

Så på den måde, så er traumet eller traumerne inden for PTSD-behandlingen meget centralt, altså, at / ja / At, hvad kan man sige, at man tilrettelægger behandlingen i forhold til det traume, som har været udløsende, og undgåelsesadfærden, så der står traumet meget centralt. Det er også derfor, vi gør, hvad vi kan, for at prøve at finde et indekstraume, altså det mest centrale traume, som vi så ligesom går i gang med at arbejde med. Og der kan det godt være svært nogle gange, fordi at hvis patienterne har været udsat for multiple traumer af forskellig karakter, for eksempel seksuelle overgreb og vold og trusler, at finde ud af, OK, hvad er det så for et traume, vi skal arbejde med, fordi patienten ikke altid kan sige, jamen, det var værre at blive voldtaget end at blive truet på livet, fordi det jo måske er ligesom at sammenligne æbler og bananer, at det er to forskellige ting. Det kan være traumatiserende på forskellige måder. (Jesper, l. 274-289)

Når Jesper udreder for PTSD, er screening for traumer centralt, fordi PTSD-symptomer er direkte forbundet med det specifikke traume, f.eks. i form af undgåelse af situationer, der kan minde om den traumatiske begivenhed (se World Health Organization, 1996). Jespers systematiske screening for traumer skal også forstås ud fra hans traumeforståelse, som er præsenteret i foregående tema. Selvom han i den forbindelse åbner op for, at traumer kan defineres ved den subjektive oplevelse, er undtagelsen til dette, når der er tale om patienter med PTSD, fordi traumekriteriet i diagnosemanualen stiller krav til karakteren af den traumatiske hændelse. Når Jesper som den eneste af deltagerne screener systematisk for traumer, skyldes det desuden, at det er centralt for de behandlingsformer, han anvender (traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi og *prolonged exposure*), at finde et indekstraume, om end dette er en kompleks proces, som citatet illustrerer.

De andre deltagere screener ikke som Jesper systematisk for traumer, men Maria fortæller, at hun altid gennemgår nylige belastninger med patienterne, når de indlægges på det

---

<sup>9</sup> Ofte har patienter oplevet flere traumer, hvoraf indekstraumet er det traume, der aktuelt belaster patienten mest i form af posttraumatiske symptomer (Arendt & Aaen, 2018).

sengeafsnit, som hun arbejder på. I den forbindelse oplever hun, at patienterne indimellem fortæller om traumer:

Efter jeg er kommet på sengeafsnit, der er noget af det, vi egentlig er opmærksomme på, når folk bliver indlagt, det er belastninger inden for den sene tid. Så der dukker det jo nogle gange op, hvis der så netop har været nylige traumatiske oplevelser. Nogle gange dukker det i virkeligheden også op, fordi så har der ikke nødvendigvis været et nyt traume, men der har været en ny begivenhed, som har reaktiveret noget gammelt, ikke. Så der ligger det lidt i tråd med at, når vi jo tager en ny patient ind, så er vi jo nødt til at vide, er der noget, der, her og nu, gør, at de bliver indlagt, ikke. Og det synes jeg egentlig er en god måde, at man kommer omkring og egentlig også ret ofte får viden om, hvis der er noget traumatisk. ... Jeg tror aldrig, at det har været noget, jeg sådan i starten med en patient direkte har spurgt, om de har traumer med sig. Hvis man laver udredning, så kan det jo netop handle om, hvad man udreder for, om det bliver relevant. (Maria, l. 134-149)

Det er vigtigt at bemærke, at Maria fortæller, at hun ikke direkte har spurgt til traumer i mødet med en ny patient, men at den systematiske screening vedrører belastninger. Det er relevant i forhold til traumer, fordi Maria oplever, at patienterne nogle gange fortæller om nye traumatiske oplevelser eller tidligere traumatiske oplevelser, som er blevet reaktiveret af nylige belastninger. Maria fortæller desuden, at hun i mødet med patienten er opmærksom på adfærd, der kan indikere en traumatisk baggrund. I den forbindelse nævner hun bl.a. dissociation og relationelle vanskeligheder (Maria, l. 155-178). Maria fremhæver i ovenstående citat, at relevansen af traumer i udredningen afhænger af, hvad der er fokus for udredningen, men samtidig udtrykker Maria en opfattelse af, at det er vigtigt at have øje for traumer:

Men i virkeligheden, så er det jo vigtigt at vide, om der er noget, der er traumeudløst i den tilstand, vi ser patienterne i, fordi så kan det ændre på, hvilken diagnose, man vil stille. ... Der, hvor det bliver sværere [red. at skelne symptomer på traumeudløste lidelser fra ikketraumeudløste lidelser], det er jo i virkeligheden, når de har / når det bliver fragmenteret. Og det er netop inden for dissociation, at jeg tænker, at det er sværere, hvor at i virkeligheden, så kan man sidde med en patient, hvor at det egentlig er lyden fra et traume, de hører, men det bliver tolket som, at de hører stemmer. (Maria, l. 179-197)

Maria peger her på, at det er vigtigt at blive opmærksom på, om patienten har oplevet traumer, når man skal stille den rette diagnose. Eksempelvis kan påtrængende minder optræde i form af lyde relateret til traumet, og disse kan ifølge Maria, hvis man ikke er opmærksom på det bagvedliggende traume, forveksles med hørelsehallucinationer, som ofte forbindes med skizofreni (se World Health Organization, 1996). Dette bliver således et eksempel på, hvordan posttraumatiske symptomer kan forveksles med andre lidelser, og hvor det er særligt vigtigt at være bevidst om eventuelle traumer.

Relateret til systematisk screening for belastninger og opmærksomhed på eventuelle tidligere traumer er Hannes tilgang. Hanne screener ikke for traumer, men fortæller, at hun i udredningen sammen med patienten foretager en systematisk gennemgang af patientens livshistorie (Hanne, l. 348-422). For Hanne betyder det, at hun i anamneseoptagelsen spørger til patientens liv med begyndelse i tidlig barndom. Denne gennemgang giver ifølge Hanne nogle gange anledning til, at patienten fortæller om traumatiske oplevelser, ligesom den giver mulighed for at se patientens ressourcer, som man kan arbejde med i terapien.

Jesper, Maria og Hanne repræsenterer tre tilgange til udredningen, der på hver sin måde er systematisk. Mens Jesper screener systematisk for traumer, spørger Maria konsekvent ind til belastninger, og Hanne gennemgår altid patientens livshistorie. Sammenlignet med disse deltagere er Camillas og Peters gennemgang af patientens tidligere oplevelser mindre systematisk.

### ***Ikkesystematisk screening for traumer***

Adspurgt, om hun systematisk spørger ind til patientens baggrund i udredningen, svarer Camilla, at hun ikke finder denne systematiske gennemgang nødvendig med alle patienter:

Jeg gør det ikke systematisk, fordi jeg synes, det skal være meningsfuldt, og jeg synes, hvis man er i gang med et behandlingsforløb med en patient, som jo, igen, egentlig bare gerne vil have lidt styr på livet nu og her og have lidt hjælp til at komme videre og få et højere funktionsniveau nu og her, så virker det sådan lidt påtaget at sætte sig ned og sige, i dag skal vi bruge tiden på at tale om din barndom (griner). Så synes jeg, det giver mening som en del af sådan at opbygge en behandlingsalliance at få spurgt ind til, jamen, hvad er det for et liv, du har levet, vil du fortælle mig lidt om det, sådan i overordnede træk, hvordan var det at gå i skole, hvad er det for en familie, du er vokset op i. Men det bliver jo ikke systematisk på den måde, at jeg sidder og

spørger ind til, jamen, har du været udsat for noget voldsomt, har der været noget, fordi det skal / hvis patienterne synes, at jeg skal vide det, så skal de også nok selv fortælle mig det. Og medmindre, at jeg sidder og får en fornemmelse af OK, der er et eller andet her, de holder skjult, så tænker jeg egentlig heller ikke, at det er væsentligt for mig at vide i et behandlingsforløb nødvendigvis, fordi de har også / selvom de er i behandling hos mig, har de også ret til et privatliv, som jeg ikke kender til, og en opvækst, jeg ikke kender til. Så medmindre man får mistanke om, at der er noget psykopatologi i det, altså, at der ligger noget / nogle opvækstvilkår, der har totalskadet dem, så spørger jeg ikke systematisk ind til det. (Camilla, l. 267-290)

I citatet fortæller Camilla, at hun som en del af at opbygge behandlingsalliancen spørger ind til patientens baggrund, men at dette ikke er en systematisk gennemgang af livshistorien. For Camilla er formålet med at spørge ind til patientens baggrund altså ikke baseret på, at hun finder en udfoldet beskrivelse af patientens livshistorie og kendskab til eventuelle traumer nødvendigt for at kunne arbejde med patientens nuværende vanskeligheder. Derudover argumenterer hun for, at patienten skal have mulighed for at vælge, at oplevelser fra fortiden ikke skal inddrages i behandlingen. Hun siger dog afsluttende i citatet, at det kan blive aktuelt at afdække patientens baggrund og opvækst, hvis hun mistænker, at denne kan have en direkte sammenhæng med patientens nuværende problemer. Dette er for Camilla en løbende vurdering i terapien snarere end noget, som afdækkes systematisk fra terapiens begyndelse:

... især, hvis man begynder at mærke sådan, at der er noget i det relationelle, altså, hvis de fortæller om relationer til andre mennesker, som er / som sådan gentagne gange bare er enormt problematiske, og de overhovedet ikke formår at justere deres egen adfærd efter, hvad sådan en relation til et andet menneske kræver, hvis de bliver ved med at støde ind i de samme bump hele tiden, kommer i de samme konflikter, altså, det er tit sådan på det relationelle, synes jeg, man kan begynde at fornemme. Det kan man jo også fornemme i terapien eller i støttende samtaler, eller hvad det nu er, man har, hvis patienten sådan bliver passiv-aggressiv eller begynder at skælde ud eller tager afstand fra behandlingsforløbet eller sådan, så begynder man at / måske kunne få en idé om, der ligger nok et eller andet, en slags tilpasningsreaktion eller en tilknytningsforstyrrelse eller et eller andet, som ligger til grund for det her. Og så er vi jo tit ude at sådan begynde at skele til, jamen, er det / har vi gang i noget personlighedsforstyrrelse for eksempel, fordi der ved vi jo, at rigtig mange med

personlighedsforstyrrelser har jo en anamnese med en barndom med omsorgssvigt eller alkoholiske forældre eller misbrug eller har været udsat for voldtægt eller sådan noget i den dur. (Camilla, l. 300-320)

I citatet fremhæver Camilla, at hun er særligt opmærksom på patientens måde at indgå i relationer på, hvilket også udspiller sig i relationen til hende. Selvom Camilla som nævnt ovenfor ikke systematisk gennemgår patientens livshistorie, er hun alligevel løbende i terapien opmærksom på, om patientens adfærd i relationer kan indikere, at der måske er behov for at undersøge patientens baggrund og opvækst nærmere. Dette kan eksempelvis betyde, at hun vil overveje bestemte diagnoser – i citatet fremhæver hun tilpasningsreaktion, tilknytningsforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse. Som udgangspunkt har Camilla fokus på patientens aktuelle vanskeligheder, medmindre patienten selv efterspørger at tale om tidligere oplevelser, eller at en gennemgang af tidligere oplevelser har betydning for at stille den korrekte diagnose.

Ligesom Camilla screener Peter ikke systematisk for traumer, men Peters argument herfor baserer sig på rammerne for udredning i psykiatrien:

Men jeg har gjort det [red. screenet for traumer] meget, hvis jeg / hvis det er nogle, som jeg selv har skullet arbejde videre med. Ikke sådan for et / en meget formel udredning af historikken, men jo en løbende, sådan en egenfortælling, ikke. Og forståelse af, hvad der foregår. Men ellers selve udredningsforløbet, assessmentforløbet, er / har meget været skemalagt. At man skal leve op til de og de symptomkriterier, og så subjektiviteten i det er underordnet. Det kommer senere i forløbet, hvis man er heldig. ... Det tænker jeg, at psykiatrien, i hvert fald de steder, jeg har været, bærer præg af den her / den diagnostiske tænkning, ikke. Udredningsforløbet er bare at sætte dig i den rigtige kasse, og så dér kan man så forholde sig til noget lidt mindre defineret, lidt mere vedkommendes egne behov. (Peter, l. 227-243)

Peter henviser i ovenstående til, at det primære formål med udredningen er at give patienten den rette diagnose. Det betyder, at udredningsforløbet i psykiatrien ifølge Peter er meget skemalagt, og at det bærer præg af en diagnostisk tænkning. Peter fortæller i den sammenhæng, at han, hvis han selv skal have patienten i terapi efterfølgende, er opmærksom på deres egenfortælling, men som en løbende del af terapien snarere end en formel udredning (nærmere beskrivelse af denne tilgang følger i *Traumer som en del af patientens narrativ*). Det er interessant, at Maria, som beskrevet ovenfor, ser kendskab til eventuelle tidligere traumer som

vigtigt for at stille den rette diagnose, mens Peter fortæller, at hans oplevelse er, at udredningsforløbet i højere grad handler om at forholde sig til symptomkriterierne i diagnosemanualerne og først i behandlingen tematisere traumatiske oplevelser. Peters tilgang til udredningen er i overensstemmelse med ICD-10, hvor ætiologien kun er en del af de diagnostiske kriterier ved *F43 reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner*<sup>10</sup>. Maria fremhæver dog, at visse posttraumatiske symptomer kan forveksles med symptomer på andre lidelser, hvorfor viden om ætologi ved mistanke om eksempelvis skizofreni kan bidrage til at stille den korrekte diagnose.

### ***Delkonklusion***

Når undersøgelsesdeltagerne fortæller om det udredende arbejde med patienterne, har de forskellige tilgange til, om systematisk screening for traumer er en del af denne proces. Af de fem deltagere screener kun Jesper systematisk for traumer – måske primært, fordi han arbejder med patienter med PTSD, hvor det første symptomkriterie i diagnosen er, at patienten skal have oplevet en begivenhed af traumatisk karakter (se World Health Organization, 1996). Alligevel er både Maria og Hanne nævnt i forbindelse med undertemaet *Systematisk screening for traumer eller belastninger*, fordi de henholdsvis systematisk screener for belastninger og gennemgår patientens livshistorie. Camilla og Peter screener ikke systematisk, men det er den konkrete situation, der afgør, hvor meget de lægger vægt på traumer i udredningen. Camillas forståelse af traumer er bundet op på konkrete begivenheder fra fortiden, hvorimod belastninger er mere aktuelle for nutidige problemer og kan gentage sig fremadrettet i patientens liv, hvorfor hun finder det mere relevant at inddrage belastninger i udredning og behandling. Kun hvis patienten efterspørger at tale om tidligere oplevelser, eller det har betydning for at stille den korrekte diagnose, bliver traumer en del af Camillas udredningsarbejde. Peter henviser til de organisatoriske rammer, når han beskriver forløbet for udredning, idet det forventes, at han lægger vægt på, om symptomkriterierne for specifikke diagnoser er opfyldt. Peters opmærksomhed på traumer er derfor i højere grad en del af det efterfølgende behandlingsarbejde. Dette skal ses i lyset af hans brede traumedefinition og forståelse af, at alle har oplevet traumer. På den baggrund er traumer ikke kun forbundet med psykiatriske diagnoser, og i arbejdet med at diagnosticere korrekt er det derfor de specifikke symptomkriterier, som Peter lægger vægt på. Peters tilgang til udredningen er i høj grad påvirket af det psykiatriske

---

<sup>10</sup> Denne kategori rummer følgende diagnoser: F43.0 Akut belastningsreaktion, F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion, F43.2 Tilpasningsreaktion, F43.8 Andre belastningsreaktioner, F43.9 Belastningsreaktion, uspecificeret.

system, men han efterspørger også, at der lægges mere vægt på den subjektive oplevelse i udredningen og ikke kun de mere objektive symptomkriterier (Peter, l. 220-275).

På trods af, at flere af deltagerne, som det vil fremgå senere i analysen, er enige om, at en opmærksomhed på traumer er relevant at medtænke i behandlingen, er deres tilgange til udredningsarbejdet forskellige. I dette speciales overblik over eksisterende litteratur (se afsnit *Litteraturoverblik*) har vi fremhævet, hvordan flere studier har undersøgt, hvorvidt der screenes systematisk for traumer og hvilke barrierer, der kan være herfor. Undersøgelsesdeltagerne i dette speciale fortæller om forskellige måder, hvorpå de bliver opmærksomme på, om patienterne har oplevet traumer på trods af, at kun Jesper fortæller, at systematisk screening for traumer er en del af udredningsarbejdet. Hvorvidt en systematisk screening sikrer, at man som psykolog får information om eventuelle traumer hos patienten, tematiseres af Maria: “Og i virkeligheden, så er det jo ikke nogen garanti for, selvom vi altid spurgte, at patienten så også fortæller det” (Maria, l. 155-179). Teoretiske og praktiske overvejelser herom vil blive udfoldet i diskussionsafsnittet.

### **Tema 3: Hvordan inddrages traumer i behandlingen?**

På baggrund af prædefinerede interviewspørgsmål om, hvordan behandlerne inddrager traumer i behandlingen i tilfælde af, at de finder det relevant, opstod en række temaer, som kan sammenfattes under overskriften *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* I dette afsnit er undertemaerne opdelt i direkte traumbearbejdning og traumeopmærksomhed uden direkte behandling, hvoraf sidstnævnte er inddelt i tre undertemaer *Traumeopmærksomhed som indsigtsgivende strategi*, *Traumer som en del af patientens narrativ* og *Behandlingsalliance og tilpasning af behandling*. Når vi i den forbindelse beskriver direkte traumbearbejdning, henviser det til, at man arbejder med den traumatiske oplevelse i terapien for at lindre symptomer forbundet med traumat. Traumeopmærksomhed uden direkte behandling indbefatter de tilfælde, hvor psykologen finder inddragelse af traumer i behandlingen relevant, bl.a. for at patienten får en forståelse af egne mønstre og vanskeligheder, men hvor traumat ikke nødvendigvis bliver det centrale i behandlingen.

#### ***Direkte traumebehandling***

Af de interviewede psykologer lægger Jesper det største fokus på direkte traumebehandling, hvilket igen skal ses i sammenhæng med, at han arbejder med patienter med PTSD. Jesper fortæller, at han har en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang og anvender metoderne traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi og *prolonged exposure* til denne patientgruppe. Da vi



spørger Jesper, om han kan forestille sig tilfælde, hvor han ikke vil fokusere på traumet i behandlingen, svarer han følgende:

Ja, altså det [red. at inddrage traumer] er ret centralt i forhold til, at der er meget fokus på det her med undgåelse, og det kan være / altså, undgåelse i den virkelige verden, men det kan også være undgåelse i forhold til, at man undgår at tænke på traumet, så derfor så er der meget fokus på eksponering af traumet. Hvis det skulle være noget, hvor man ikke tænkte, at man ville gå så meget ind i det, så skulle det være nogle eksempler, hvor at patienten simpelthen bliver for dårlig ved at blive eksponeret for traumerne, at de begynder at dissociere, eller de ikke oplever, at de vil medvirke i psykoterapien, fordi de oplever, at det er for hårdt at tale om traumerne. ... Men jeg vil mere sige, at den bedste behandling, altså det, der er mest evidens for, det er, hvor man eksponerer for traumet, og jeg tror, at hvis man / nu har jeg ikke selv arbejdet med en terapiform, hvor man ikke arbejder med direkte eksponering af traumet, jeg ville / jeg tror ikke, at den er lige så effektiv. (Jesper, l. 390-407)

Som det fremgår af citatet, er det for Jesper helt centralt at arbejde med eksponering hos patienter med traumatiske oplevelser, bl.a. som en måde, hvorpå man kan arbejde med den undgåelsesadfærd, der kan opstå som reaktion på traumer. Det fremgår af interviewet med Jesper, at det at eksponere for traumet er så centralt, at det kun er i tilfælde, hvor patienten er for dårlig, at han vil overveje at fjerne fokus fra traumet. Jesper begrundede dette med henvisning til, at der er evidens for, at eksponeringsbaserede terapiformer er de mest effektive til behandling af PTSD. Dette stemmer overens med konklusionerne i et nyligt review af Lee og Bowles (2020), der viser, at kognitiv adfærdsterapi (traumefokuseret såvel som ikketraumefokuseret) og *prolonged exposure* er de behandlingsformer, der er størst evidens for til behandling af PTSD.

Hvor den traumefokuserede behandling hos Jesper er central i kraft af, at han arbejder med patienter med PTSD, arbejder de andre interviewede psykologer med andre patientgrupper og måske af den årsag mindre direkte med traumebehandling. Maria fortæller primært om, hvordan hun er opmærksom på traumer uden direkte at traumebehandle, men at det altid er en faglig vurdering, om det kan være gavnligt for patienten at arbejde mere direkte med traumet. Når vi beder Maria konkretisere, hvordan hun arbejder med traumet, hvis hun vurderer, at det skal bearbejdes direkte i behandlingen, henviser hun til, at hun arbejder eksponeringsbaseret eller med omstrukturering af mareridt (Maria, l. 389-406). Også Peter nævner, at

han har erfaring med at arbejde med *prolonged exposure* (Peter, l. 380-390). På trods af, at Maria og Peter har erfaring med traumbearbejdning med eksponering, er de i interviewene primært optaget af de mere indirekte måder at inddrage traumer på i behandlingen.

Under udførelse og analyse af interviewene viste det sig, at selvom den direkte traumebehandling ikke altid er central i psykologernes praksis, beskriver deltagerne forskellige måder, hvorpå de inddrager traumer som et tema i behandlingen. På baggrund af specialets litteraturoverblik er dette fund overraskende for os. Den eksisterende forskning i behandleres oplevede relevans af at inkludere et traumefokus hos patienter med svær psykiatrisk sygdom peger på, at behandlere generelt finder det relevant at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter. Dog viser forskningen, at der er flere barrierer, som gør det vanskeligt at arbejde med traumer hos psykiatriske patienter (Trevillion et al., 2012; Trottier et al., 2017; Pruitt & Kappius, 1992; Salyers et al., 2004; Young et al., 2001), ligesom noget forskning indikerer, at behandlere ikke er opmærksomme på den høje forekomst af traumer i nogle grupper og derfor nedprioriterer traumearbejdet (Gielen et al., 2014). Vi havde på baggrund af forskningen ikke forventet at se, at psykologerne, som blev interviewet til dette speciale, for det første i så høj grad tematiserer traumer i behandlingen, og for det andet, at en opmærksomhed på traumer ikke begrænser sig til direkte traumbearbejdning. Måske fordi den eksisterende forskning på området primært er kvantitativ, har den ikke været i stand til at facilitere en udforskning af, om behandlerne, på trods af de nævnte barrierer for direkte traumebehandling, alligevel lader traumer få plads i behandlingen. Deltagerne i undersøgelsen til dette speciale anvender en række tilgange, hvor traumer inddrages uden egentlig traumbearbejdning, som er samlet under temaet *Traumeopmærksomhed uden direkte behandling*.

### ***Traumeopmærksomhed uden direkte behandling***

De måder, hvorpå psykologerne tematiserer traumer uden at lave direkte traumebehandling, kan inddeles i yderligere tre undertemaer: *Traumeopmærksomhed som indsigtsgivende strategi*, *Traumer som en del af patientens narrativ* og *Behandlingsalliance og tilpasning af behandling*. Disse vil blive behandlet separat i de følgende afsnit, om end de i praksis overlapper med hinanden.

**Traumeopmærksomhed som indsigtsgivende strategi.** Både Peter og Maria tematiserer traumer i behandlingen i et forsøg på at hjælpe patienten til en dybere forståelse af egne vanskeligheder. Peter fremhæver, at det er relevant for patientens forståelse af egen problematik at interessere sig for tidligere traumer og erfaringer i livet generelt:

Ja, fordi det er jo relevant ligesom at lave sådan en tidslinje over sit liv og tilgive sig selv de ting, man ikke kan finde ud af, og forstå, 'hvorfor er det egentligt, at det her er så svært for mig? Hvorfor er det, at jeg ikke kan have en / den relation til andre mennesker, jeg gerne vil have? Hvorfor er det, at jeg regredierer til psykose? Hvorfor er jeg ditten og datten?' Og der / Det at forholde sig til traumet, både at turde at forholde sig til traumet, ikke, og / sådan så det ikke bliver noget, man skal holde i strakt arm og dissociere fra eller et eller andet. Det er noget man er / tryk er måske så meget sagt, men / men i hvert fald er i stand til at forholde sig til, gør det muligt at arbejde med og gør det muligt at forstå. (Peter, l. 160-171)

I ovenstående beskriver Peter, hvordan det at arbejde med traumet og fortiden i det hele taget skaber en forståelse hos patienten, der gør det lettere for vedkommende at forholde sig til sine nuværende vanskeligheder. Citatet illustrerer også en opfattelse af, at fortiden har en forklaringsevne i forhold til nutiden, og at det er givende for patienten at forstå denne sammenhæng. I citatet her fremhæver han, at forståelse kan være middel til at tilgive sig selv, og senere i interviewet at det også kan danne grundlag for accept og omsorg for sig selv (Peter, l. 300-305). At Peter fremhæver indsigt i nuværende mønstre på baggrund af tidligere traumer som et vigtigt middel i terapien skal ses i lyset af, at han er psykodynamisk orienteret og specifikt nævner, at han arbejder med intensiv dynamisk korttidsterapi. Inden for denne terapeutiske retning er oplevelsen af følelsen i centrum, noget som bliver muligt ved at arbejde med patientens forsvar, altså strategier, som bliver anvendt, bevidst eller ubevidst, til at holde angstfremkaldende tanker og følelser væk fra bevidstheden (Selva, 2001). Et andet element, som betones næsten lige så stærkt i intensiv dynamisk korttidsterapi, er indsigt og forståelse, altså den kognitive forståelse af forbindelsen mellem følelser, angst og forsvar. Målet med terapien bliver således både en kognitiv og følelsesmæssig opmærksomhed på de mønstre, patienten har i sit samspil med andre, som har haft indvirkning på patientens funktionsniveau. Når Peter i citatet fremhæver vigtigheden af at lave en tidslinje over sit liv og forstå sine (problematisk) adfærdsmønstre ud fra tidligere oplevelser, træder hans psykodynamiske orientering dermed frem. Adspurgt bekræfter Peter da også, at opmærksomheden på traumer og fortid generelt er en form for indsigtsgivende strategi, som han benytter i terapien (Peter, l. 491-500). Selvom Peters tilgang primært er inspireret af intensiv dynamisk korttidsterapi, fremhæver han dog også, at han nogle gange anvender en skematerapeutisk eller kognitiv model til at bidrage til denne kognitive forståelse af, hvordan patientens nuværende vanskeligheder kan være forment af tidligere oplevelser (Peter, l. 312-324). På den måde benytter han sig af

metoder fra forskellige terapeutiske tilgange, men inddragelsen af skematerapeutiske eller kognitive modeller i denne sammenhæng understøtter det indsigtsgivende arbejde, som han fremhæver som centralt.

Når Peter er optaget af, at patienten skal forstå sine mønstre i lyset af tidligere traumer og erfaringer, er det på baggrund af, at han anser forståelse som kurativ:

Ja, for jeg tror, der er rigtig mange / Jeg tror primært, at hvis man har en eller anden problematik, en eller anden tilbagevendende dynamik, så tror jeg, at den opleves meget mere smertefuld, hvis du ikke forstår, hvad der foregår. Så kan det godt være, at du ikke kan gøre noget ved det, men hvis du forstår, 'nå det er det her, der er på spil, det er fordi jeg genspiller den her situation med min ekskæreste'. Så / Selvom det bliver præcis det samme, så det, at du forstår, at det er det, der sker, tror jeg i sig selv er kurativt. (Peter, l. 499-507)

I citatet beskriver Peter, at problematikker eller dynamikker bliver mindre smertefulde, når man forstår dem. På trods af, at forståelse ikke i sig selv løser patientens vanskeligheder, bliver det lettere at udholde dem. Selvom forståelse ikke løser problemet, som Peter forklarer i citatet, så påpeger han tidligere i interviewet, at det er et vigtigt skridt i det terapeutiske arbejde:

... hun [red. en kvindelig patient] havde det her liv, hun gerne ville leve, og det snakkede vi også mange gange om, med at stifte familie og alle de her ting, som unge mennesker gerne vil. Men hvor hendes fortid ligesom hjemsøger hende og indhenter hende og forhindrer hende i at leve det her liv, fordi der simpelthen er nogle dynamikker inde i hende, der sidder fast på baggrund af de traumatiske oplevelser, hun har haft vedvarende igennem sin opvækst. Og det at blive klar over, at det er måden, man tænker på og oplever verden på, er farvet af de traumatiske oplevelser, man har haft, gør jo også, at man har mulighed for at arbejde med at omstrukturere dem. (Peter, l. 123-132)

Som det fremgår af ovenstående, betragter Peter forståelse som en forudsætning for terapeutisk forandring. Citatet viser også, hvor indgribende Peter mener, at traumatiske oplevelser er for individet, idet han forklarer, at det indvirker på ens tænkning og verdensopfattelse.

En opfattelse af, at det at forstå nutiden på baggrund af fortiden er essentielt, findes også hos Maria:

Og det er ikke engang jo altid, fordi man så behøver at gå tilbage og arbejde med traumat, men bare det at snakke om, at 'nå, men OK, den / det, der sker nu, det er jo på den baggrund, så hvordan kan du prøve at danne dig en ny erfaring, hvordan kan du udfordre dig selv og ændre adfærd, så tingene bliver anderledes fremadrettet', ikke. Men hvis man ikke italesætter, hvad det kommer af, så kommer man ikke så langt med det. (Maria, 452-458)

I lighed med Peter lægger Maria vægt på, at terapeutisk forandring forudsætter forståelse. Vigtigheden af at forstå sin fortid og nutid udfoldes hos Frank og Frank (1991), som argumenterer for, at behovet for at danne mening er lige så basalt som behovet for mad og drikke. Det er essentielt at forstå begivenheder, fordi et succesfuldt liv ifølge Frank og Frank afhænger af evnen – eller i hvert fald opfattelsen af en sådan evne – til at forudsige fremtidige begivenheder på baggrund af fortiden. Evnen til at forudsige fremtiden beror altså på forståelse af fortiden og nutiden.

Ifølge Frank (1995) har patienter, der søger psykoterapeutisk behandling, det til fælles, at de lider af det, som han betegner som demoralisering. Begrebet dækker over, at patienten tilskriver begivenheder og aspekter af selvet negativ mening, dvs. danner negative antagelser om selvet, hvilket medfører en oplevelse af magtesløshed, håbløshed og lidelse. Frank og Frank (1991) fremhæver en række almene faktorer i psykoterapi, som er forudsætninger for, at patienter opnår bedring. En af disse faktorer er, at man gennem psykoterapi støtter patienten i finde en forklaring på de nuværende problemer såvel som et ritual eller en procedure for at afhjælpe dem. Forklaringen behøver ikke at være sand i videnskabelig forstand, men det afgørende er, at forklaringen er forenelig med patientens verdensbillede (Frank, 1995). Hill (2014) anvender Franks beskrivelse af behovet for at danne mening som en begrundelse for, at indsigt er vigtigt i psykoterapi uafhængigt af terapeutisk retning. Ifølge Hill (2014) bliver indsigtsgivende strategier en måde, hvorpå man lærer patienterne at løse udfordringer, som måtte opstå i fremtiden, fordi man lærer dem, hvordan de kan tænke om deres problemer og gennem denne forståelse udforske løsningsmuligheder.

Når Peter og Maria betoner arbejdet med at forstå sammenhængen mellem aktuelle vanskeligheder og fortiden, kan det således ses i sammenhæng med menneskets grundlæggende behov for at danne mening. Det indsigtsskabende arbejde kan facilitere en ændring af de negative antagelser om selv og verden, som patienten har dannet på baggrund af tidligere traumer, så disse bliver mere positive. Det betyder videre, at fortidige såvel som fremtidige begivenheder kan vurderes på baggrund af mere hensigtsmæssige antagelser end dem, der

eksisterede før det terapeutiske arbejde, hvilket ifølge Frank (1995) er essentielt i psykoterapi for at afhjælpe lidelse.

Som beskrevet tidligere i dette afsnit er indsigt et centralt mål i den psykodynamiske tradition. Ud fra Hills (2014) kobling mellem indsigt og Frank og Franks (1991) konceptualisering af meningsdannelse er indsigt ikke kun meningsfuldt at arbejde med inden for den psykodynamiske tradition, men også inden for andre traditioner. Eksempelvis arbejder man i kognitiv adfærdsterapi med omstrukturering af tanker og kerneantagelser, og for at ændre disse antagelser må man først forstå, hvordan de er opstået, og hvordan de påvirker den nuværende situation (Beck, 2011). Hvorvidt det bliver relevant at arbejde med indsigt i terapien er således ikke betinget af teoretisk orientering (Hill, 2014), og derfor ser man, at både Maria, som primært arbejder kognitivt, og Peter, som arbejder psykodynamisk, finder det relevant at arbejde med at skabe indsigt.

**Traumer som en del af patientens narrativ.** Flere af de interviewede psykologer finder også inspiration i den narrative psykologi og har på den måde en interesse for den fortælling, som patienten har om sig selv. Hanne, Maria og Peter fremhæver i interviewene, at man ved at inddrage traumer, og baggrund generelt, kan bidrage til at skabe et kronologisk narrativ over patientens liv. Dette undertema har tæt sammenhæng med ovenstående om traumeopmærksomhed som indsigtsgivende strategi, men omhandler dog specifikt patientens narrativ og traumatiske oplevelsers indflydelse på, hvordan patientens narrativ konstrueres.

For Hanne er det narrative fokus en måde at arbejde med patientens robusthed på:

... så det jeg har gjort med / nogle gange, hvor der er nogen, der har haft en meget svær historie, så har vi måske snakket om det, vi har prøvet at lave en tidslinje på, for ligesom at få historien sat op kronologisk, hvis man har haft et svært misbrug i perioder, så kan der være år, som er helt væk, hvor man ligesom tænker, 'jamen, jeg ved godt, der skete noget, men kan det have været før / eller var det, da jeg var kæreste med ham eller hende eller hvordan' / altså, så prøver vi ligesom at få stykket historien sammen, fordi det er ikke decideret traumbearbejdning, men det er bare med til at få narrativet til at være sammenhængende, og så er de bedre rustet, når de kommer ud. (Hanne, l. 448-463)

Hanne fremhæver i citatet betydningen af, at patienten får skabt et narrativ med en tidsmæssig sammenhæng. At narrativer er sammenhængende er centralt inden for den narrative psykologi. Ifølge McAdams og McLean (2013) udgøres identiteten af en internaliseret livshistorie, der integrerer en rekonstrueret fortid og en forestillet fremtid. Vi konstruerer på den måde

et narrativ, der på baggrund af fortiden kan forklare, hvordan vi er blevet til vores nutidige jeg (McAdams, 2015). Det er gennem denne proces, som foregår livet igennem, at vi kan opnå en fornemmelse af formål, mening og sammenhæng i livet (McAdams, 2006; McAdams & McLean, 2013). Betydningen af et sammenhængende narrativ må desuden forstås på baggrund af, at identitetskonstruktionen er indlejret i sociale interaktioner. Narrativet fortælles altid for et publikum, og for at individet bliver forstået, må narrativet derfor være sammenhængende med hensyn til form såvel som indhold (McAdams, 2006).

McAdams (2006) beskriver forskellige aspekter af sammenhæng i narrativer. Særligt vigtigt er det, at individet kobler begivenheder sammen kausalt, og at et overordnet tema udledes, således at narrativet forklarer, hvordan det nutidige jeg har udviklet sig på baggrund af fortiden. Ifølge McAdams (2006) er sammenhæng i narrativet nødvendigt for, at individet bliver forstået af publikummet, men ikke tilstrækkeligt, da narrativet også må afspejle den kompleksitet, der kendetegner den levede erfaring.

Når Hanne beskriver, at patienterne er "bedre rustet", når de har arbejdet med at skabe et sammenhængende narrativ, kan det altså forstås på den baggrund, at et sådant arbejde vil gøre patienterne bedre i stand til at forklare sammenhængen mellem deres fortid og nutid for et publikum. Det vil skabe større mulighed for at blive forstået i forskellige sociale sammenhænge, både blandt venner og familie, men også i de institutioner, som patienterne er i kontakt med, f.eks. uddannelsesinstitutioner eller arbejdspladser. At det er så betydningsfuldt at arbejde med at skabe et sammenhængende narrativ, som kan fortælles for og forstås af et publikum, skal altså forstås i lyset af, at denne proces inden for den narrative psykologi, som fremlagt af McAdams, anses som konstituerende for identitetsdannelsen.

Hos både Peter og Maria får man et indtryk af, at det narrative arbejde bruges som led i at skabe indsigt og handlemuligheder for patienten. Som beskrevet i ovenstående undertema *Traumeopmærksomhed som indsigtsgivende strategi* anser Peter og Maria patientens indsigt i egen problematik som forudsætning for at skabe terapeutisk forandring. Maria fremhæver, at metoder fra den narrative psykologi kan støtte dette arbejde:

Så det er jo også der, man både for det første nogle gange kan trække nogle tråde, som patienterne ikke altid selv har set ... I virkeligheden så er det jo der, den narrative psykologi også er interessant, ikke, fordi hvad er patientens eget narrativ, og hvordan hænger deres historie sammen, ikke. Og det er jo rigtig ofte, at de traumatiserede patienter, vi sidder med, de snakker om en manglende tillid til andre mennesker eller verden. At kunne forstå det i sammenhæng med de oplevelser, de har med sig, synes jeg

er enormt vigtigt, fordi det er der, man også netop kan gå ind og så arbejde med, hvordan får de så en ny erfaring, så de kan få noget tillid igen. Blive brudt i de mønstre, de har fået dannet i deres adfærd på baggrund af traumet, ikke. (Maria, l. 426-440)

Maria nævner i citatet ikke specifikke metoder fra den narrative psykologi, som hun anvender i dette arbejde, men fremhæver i stedet mere generelle aspekter herfra i form af at forstå patientens eget narrativ og sammenhængen heri. Den narrative psykologi kan ifølge Maria bidrage til at lave koblinger mellem nuværende problemer og tidligere erfaringer.

Peter fremhæver ligeledes relevansen af at arbejde med narrativer og etablere en tidslinje over patientens liv (Peter, l. 160-171). Senere i interviewet giver Peter eksempler fra sin praksis på, hvordan han oplever, at det er relevant at arbejde med traumer. Han henviser i den forbindelse til en kvindelig patient, som havde haft en traumatisk opvækst, hvor hendes forældre havde været voldelige og flere gange havde efterladt hende alene. Peter beskriver, hvordan kvindens opvækst har præget hendes fortælling om sig selv, og hvorfor det er relevant at inddrage i terapien:

Så det var jo hendes skyld. Det var jo hende, der var et forfærdeligt barn, så det var jo ikke forældrene, der havde gjort noget forkert, og derfor så kunne hun ikke rigtigt arbejde med de her ting, fordi det var jo bare sådan, hun var født, som det her forfærdelige menneske. ... Der kunne man jo mærke, at det var en stor hindring for hende, det her med, at hun var låst fast i de fortællinger om sig selv, hendes forældre havde vist hende. (Peter, l. 349-356)

I citatet fremgår det, at den kvindelige patient har et narrativ om sit liv, hvor hun forstår sig selv som et forfærdeligt menneske, der er skyld i de traumatiske oplevelser, hun har haft. Kvindens narrativ er i dette tilfælde en hindring for at kunne skabe forandring. Peter beskriver her, hvordan man kan blive fastlåst i bestemte narrativer, og i dette tilfælde er det et narrativ, der låser patienten fast i en fortælling, hvor hun opfatter sig selv som passiv, hvilket giver hende en oplevelse af ikke at kunne påvirke sit eget liv. At arbejde med narrativet i den sammenhæng giver mulighed for at nuancere kvindens eget narrativ på en måde, der giver hende mere agens i eget liv og dermed mulighed for at handle anderledes. Inden for den narrative psykologi anvender man eksternaliserende samtaler, der er centrale for at give patienter en oplevelse af mere agens i eget liv (White & Epston, 1990). Eksternaliserende samtaler står i modsætning til internaliserende samtaler, idet man i eksternaliserende samtaler taler om patientens vanskeligheder som eksterne problemer, som på forskellig vis påvirker patientens liv,



frem for at tale om problemet som en uadskillelig del af patienten (White, 2006). Med andre ord adskilles problemet fra patienten. Peters eksempel med kvinden, som er fastlåst i sine forældres fortællinger om hende selv, bærer i høj grad præg af, at kvindens problemer er internaliseret, idet hun beskriver sig selv som et forfærdeligt menneske – kvindens problemer er altså direkte koblet til hendes identitet. Ved at adskille personen fra problemet bliver en lang række løsninger også mulige, som man ikke tidligere kunne se, fordi personen blev opfattet som problemet (White, 2007). Altså kan personen i højere grad opleve sig selv som agent i eget liv.

**Behandlingsalliance og tilpasning af behandling.** I forbindelse med temaet *Hvad er et traume?* blev det beskrevet, hvordan Camilla primært arbejder med belastninger i det terapeutiske arbejde og i mindre grad arbejder direkte med traumer. Camillas rationale for at være opmærksom på belastninger er, at de relaterer sig til mere almene forandringer i patientens liv og ofte gentager sig, eksempelvis hver gang patienten begynder på et nyt arbejde, får børn eller flytter (Camilla, l. 199-246). Hun henviser dog til, at patientens baggrund, herunder eventuelle traumer, giver en vigtig information om, hvad hun kan forvente af sine patienters funktionsniveau:

Fordi det tror jeg bare ikke, at vi kommer udenom, at det liv, vi har levet, både med de traumer og de belastninger og alt muligt andet, der følger med at leve et liv, at det vil være sigende for, hvor meget vi vil kunne / altså, hvor meget vi kan gå ud og gøre nogle ting i vores liv, hvor meget agens, vi ligesom har, i forhold til at kunne gøre ting for at forbedre vores tilværelse. ... Jeg tror ikke på, at man kan gå til alle patienter på én måde, det kan man i hvert fald slet ikke med psykiatripatienter, fordi de er så tunge på så forskellige måder. Jeg kan ikke bare sige, jamen, jeg laver mit arbejde på den her måde, fordi så kommer jeg til at ramme forkert ved syv ud af ti, fordi nogle har brug for, at vi stiler lidt højere, og nogle har brug for, at vi virkelig sænker barren ned til et ret lavt niveau afhængigt af, hvad det er for nogle ressourcer, de har med sig. ... Så det er virkelig om at gå individuelt til patienterne og kigge på deres historie hver især netop for at kunne sætte nogle mål, der er realistiske for behandlingen. (Camilla, 446-479)

Camilla udtrykker her en opfattelse af, at patienternes baggrundshistorie har betydning for deres funktionsniveau og agens. Selvom Camilla i mindre grad end de andre interviewede psykologer tematiserer traumer i behandlingen, fortæller hun dog, at det kan hjælpe hende til

at forstå patienten, hvilket kan være vigtigt for, at hun sætter passende forventninger til vedkommende. Camilla peger desuden på, at kendskab til patientens tidligere erfaringer kan bidrage til en realistisk målsætning for terapien.

Betydningen af, at målene i terapiforløbet er realistiske, kan genfindes hos Hill (2014). Ifølge Hill vil konkrete, realistiske mål baseret på adfærd give patienten bedst mulighed for at opnå målene. Derudover kan målsætning ses som et vigtigt led i etableringen af en behandlingsalliance. Bordin (1979) har beskrevet den terapeutiske relation som bestående af tre komponenter med gensidig indvirkning på hinanden: opgaver, mål og udvikling af et relationelt bånd. Ifølge Bordin afhænger styrken af alliancen af graden af enighed om opgaver og mål mellem terapeuten og patienten samt kvaliteten af båndet mellem dem (se også Safran & Muran, 2000). Behandlingsalliancen kan betragtes som en vedvarende forhandling mellem terapeut og patient om opgaver og mål snarere end en indledningsvis aftale herom.

For flere af deltagerne er det at vise interesse i patientens baggrund en måde at styrke behandlingsalliancen på. Maria udtaler følgende:

Og nu bruger jeg jo også DAT [red. dialektisk adfærdsterapi], og der synes jeg egentlig, det er interessant / Nu har jeg lige haft undervist personalet på sengeafsnittet i det her de sidste par uger, at der er der sådan en valideringsmodel, hvor noget / en af de / en af trinene egentlig også handler om, at når man står over for en patient og skal validere en patient, så er det jo også en validering, at man siger, 'nå, men jeg kan godt forstå, du reagerer så heftigt på det her, når du også har den her / de her ting med dig i bagagen'. Så det er jo også der, man både for det første nogle gange kan trække nogle tråde, som patienterne ikke altid selv har set og / men også, hvis de kender til dem, så er det jo der, de også virkelig føler sig forstået. (Maria, l. 419-430)

Maria fremhæver her, at hun bruger viden om patientens fortid til at vise patienten sammenhængen mellem nutidige adfærdsmønstre og tidligere oplevelser. Denne kobling har foruden at skabe en forståelse og indsigt hos patienten også til formål at validere og udvise forståelse for patienten. Selvom Maria i interviewet ikke nævner begrebet behandlingsalliance, er dette citat et eksempel på, at hun er optaget af, at hendes patienter føler sig godt tilpas og forstået. Et sådant fokus vedrører den dimension af behandlingsalliancen, der hos Bordin (1979) beskrives som det relationelle bånd mellem terapeut og patient, og som sammen med enighed om mål og opgaver, ifølge ham, er afgørende for terapeutisk forandring. Hill (2014) skriver endda, at det at føle sig forstået og støttet for de fleste patienter er den mest hjælpsomme

komponent i terapi. Ifølge Hill vil selve den terapeutiske relation for nogle patienter være kurativ og tilstrækkelig i en grad, så de ikke vil have behov for andre interventioner, mens den hos andre patienter vil danne grundlag for det videre terapeutiske arbejde.

Hanne er også opmærksom på, hvordan behandlingsalliancen er vigtig i behandlingen:

Det er en helt anden approach [red. at være opmærksom på patientens baggrund og ikke kun nuværende adfærdsmønstre], og hvis du ligesom får skabt den her forståelse for det her andet menneske, så er der en anden rummelighed, og så føler de sig også rummet og føler sig trygge, og så er det også nemmere at lave de her forandringer. (Hanne, l. 241-244)

Når Hanne i citatet fortæller, at det er en "helt anden" tilgang at være opmærksom på patientens traumer, skyldes det, at hun oplever, at personalet ofte glemmer patientens baggrund og kun ser de adfærdsmønstre, som kan være til irritation for det plejepersonale, som skal tage hånd om patienten (i forbindelse med psykiatrisk indlæggelse). Når man er opmærksom på patientens tidligere oplevelser, kan man ifølge Hanne lettere rumme denne adfærd og vise forståelse for den. Selvom Hanne ikke eksplicit nævner behandlingsalliance, er det tydeligt, at hun ligesom Maria betoner det aspekt af alliancen, der handler om det relationelle bånd mellem terapeut og patient. Hanne peger på patientens oplevelse af at føle sig forstået og rummet som en forudsætning for at skabe terapeutisk forandring. En sådan sammenhæng mellem (dele af) behandlingsalliancen og terapeutisk forandring understøttes af forskning i psykoterapi. Ifølge Safran og Muran (2000) er et af de mest konsistente fund på området, at kvaliteten af behandlingsalliancen er prædiktør for et terapiforløbs succes. Vender vi tilbage til Bordins (1979 if. Safran & Muran, 2000) konceptualisering af behandlingsalliancen, faciliterer den løbende forhandling af alliancen de betingelser, der muliggør terapeutisk forandring, samtidig med at forhandlingsprocessen ikke kan adskilles fra det at skabe forandring. Den løbende udvikling af alliancen og løsning af problemer i denne – dvs. uenighed om mål og opgaver eller problemer i det relationelle bånd – er en indbygget del af forandringsprocessen. Her fornemmer man, hvor tæt forbundet behandlingsalliancen og effekten af terapi er. Kazdin (2007) problematiserer da også tendensen til at konkludere, at der er et kausalitetsforhold mellem alliance og terapeutisk forandring, hvor den gode behandlingsalliance anskues som en virkemekanisme i behandlingen. Forskningen viser ifølge Kazdin, at der er en

sammenhæng mellem alliance og terapeutisk forandring, men ikke hvad der er virkemekanisme, og hvad der er effekt.

Endelig er Camilla også optaget af, at en interesse for patientens baggrund kan være betydningsfuld for behandlingsalliancen. Vi har tidligere fremhævet, at Camilla vurderer patientens funktionsniveau ud fra personens tidligere oplevelser og anvender denne information til at stille realistiske mål for terapien. At sætte realistiske mål for terapien i samarbejde med patienten kan i sig selv være gavnligt for behandlingsalliancen, som allerede beskrevet. Ligesom Hanne og Maria mener Camilla også, at behandlingsalliancen kan styrkes ved, at man viser interesse for at kende til patientens tidligere traumer (Camilla, l. 416-242). Hun påpeger samtidig, at det at give plads til at tale om patientens traumer i behandlingen ikke er en forudsætning for en god behandlingsalliance:

Så jeg synes, for nogen kan det jo / for nogen kan det styrke behandlingsalliancen, at man tør at gå lidt ind i det, igen, hvis de selv ønsker det, men jeg synes også, for andre, der kan behandlingsalliancen også fungere fint, hvis man / hvis man ikke går ind i det ... (Camilla, l. 383-388)

Når Camilla på den måde ikke mener, at det er nødvendigt for en god behandlingsalliance, at man prioriterer at tale om patientens traumer, viser det også, hvordan hendes tilgang til traumer adskiller sig fra de andre undersøgelsesdeltagere. Hos Peter, Maria, Hanne og Jesper er traumer i udgangspunktet relevante på forskellige måder i behandlingen af psykiatriske patienter – enten som noget, der skal behandles direkte, eller som led i at skabe indsigt eller et sammenhængende narrativ. Hvor Peter, Maria, Hanne og Jesper alle fremhæver, at opmærksomhed på traumer er vigtigt for at hjælpe forskellige typer af patienter med forskellige problematikker, er Camilla optaget af, at arbejdet med traumer ikke i udgangspunktet er en nødvendighed for at løse de opgaver, som hun bliver stillet:

Så synes jeg ikke, det giver mening at grave i det [red. traumet], medmindre patienten udtrykker et ønske om at få snakket nogle ting igennem. Fordi så synes jeg, vi skal holde øjet på bolden og løse den opgave, vi får stillet, og så er der en / så er der traumeklinikker rundt omkring, som skal løse det, hvis det er en traumatisk oplevelse i en sådan grad, at det bliver psykopatologisk traume. (Camilla, l. 228-234)

Camilla fremhæver i citatet, at hun er opmærksom på at løse den opgave, som hun bliver stillet. Det betyder også, at traumer primært får plads i behandlingen, hvis patienten selv

efterspørger det, og at det i disse tilfælde kan være styrkende for behandlingsalliancen. Udgangspunktet for Camilla er dog, at opgaven kan løses uden at tale om patientens traumer, og at behandlingsalliancen i disse tilfælde også kan fungere.

### ***Delkonklusion***

Det overraskende i arbejdet med dette tema *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* har været, at undersøgelsesdeltagerne fortæller om en række måder, hvorpå de inddrager traumer i behandlingen uden at lave direkte traumebehandling. Den overvejende kvantitative forskning på området har i højere grad fokuseret på barrierer, som vanskeliggør behandling af traumer. Måske i kraft af, at den eksisterende forskning er kvantitativ, har den ikke belyst de måder, hvorpå traumer indirekte kan inddrages i behandlingen på trods af de barrierer, som psykologerne oplever. Deltagernes måder at inddrage traumer på i behandlingen uden direkte traumbearbejdning afspejler en generel interesse for patientens baggrund og dennes indvirkning på nuværende vanskeligheder. Når vi spørger deltagerne til den oplevede relevans af at inddrage traumer i behandlingen, bliver det tydeligt, at det ikke kun er traumer, der tematiseres, men at de i lige så høj grad inddrager andre oplevelser i patientens opvækst. Flere af psykologerne taler således om “baggrund”, “bagage” og “opvækst”, hvilket indebærer, men ikke begrænser sig til, en interesse for traumatiske oplevelser.

Deltagerne beskriver, at de tematiserer traumer uden direkte behandling som en måde, hvorpå de kan at facilitere indsigt, arbejde med patientens narrativ, tilpasse forventningerne til patienten og målene for terapiforløbet samt styrke behandlingsalliancen. Disse undertemaer er opdelt i analysen for overblikkets skyld, men i praksis er grænserne mellem dem flydende. Eksempelvis kan arbejdet med at skabe et mere sammenhængende narrativ være en del af at skabe indsigt i, hvordan fortiden har indflydelse på aktuelle problemstillinger, ligesom det at hjælpe patienten til at se sammenhængen mellem fortid og nutid kan være en validering af patientens følelser og dermed bidrage til en styrket behandlingsalliance.

Alle deltagere forholder sig til patientens traumer, dog i forskelligt omfang, og det er ikke alle psykologerne i denne undersøgelse, der laver direkte traumebehandling. Distinktionen mellem direkte og indirekte behandling af traumer er inspireret af deltagernes egen skelnen, hvor det kun er Jesper, Maria og Peter, der fortæller, at de laver direkte traumbearbejdning med eksponeringsbaserede metoder, f.eks. traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi og *prolonged exposure*. Flere af deltagerne beskriver, at de henviser patienterne videre til specialiseret traumebehandling, hvis der er behov for mere direkte traumbearbejdning, men de fortæller på samme tid, at de kan inddrage traumer i behandlingen, uden at det nødvendigvis er

ensbetydende med, at der er behov for direkte traumebehandling på specialiserede klinikker. I hvilket omfang man kan adskille det at tale om traumer fra direkte traumbearbejdning kan diskuteres. Dette vender vi tilbage til i diskussionen af resultaterne.

#### **Tema 4: Overvejelser om inddragelse af traumer i behandlingen**

Ovenfor er det udfoldet, hvordan undersøgelsesdeltagerne inddrager traumer i udredning og behandling. Flere af deltagerne fremhæver, at det er en individuel vurdering, om eventuelle traumer tematiseres i behandlingen, eller om man skal rette fokus mod andre dele af patientens nuværende problematik. I dette tema belyses det, hvilke overvejelser der er forbundet med en sådan inddragelse for de forskellige deltagere. Disse overvejelser er her ind delt i undertemaerne *Patientens ønsker*, *Faglig vurdering af patientens tilstand* og *Faglige begrænsninger og organisatoriske rammer*.

##### ***Patientens ønsker***

Flere af deltagerne understreger, at det skal opleves som meningsfuldt for den enkelte patient at inddrage traumer. Følgende citat fra Peter er et eksempel herpå:

Jeg har oplevet gennem mine første par år som terapeut, at når man har en dynamisk indstilling, så er der mange af patienterne, der siger 'hvorfor?' Altså, 'hvorfor er det relevant at snakke om det'? Altså, 'hvorfor jeg arbejdede / hvorfor jeg havde det på den og den måde?' Og 'det er jo ikke noget, der foregår nu, det er 20 år siden'. Mens andre meget, meget gerne vil snakke om det. Det er jo meget forskelligt, og det skal jo give mening for patienten, det man arbejder med. (Peter, l. 304-311)

I temaet *Hvad er et traume?* beskrev vi, at Peter har en bred traumeforståelse, og endvidere præsenterer han en forståelse af, at det er relevant for alle mennesker at forholde sig til sine traumer (Peter, l. 147-150). Peter beskriver i citatet her, hvordan denne interesse for tidligere traumer har sammenhæng med hans psykodynamiske orientering. På trods af, at Peter ser det som relevant at have en opmærksomhed på traumer i behandlingen, er han optaget af, at traumer kun skal inddrages i det omfang, som det opleves meningsfuldt for patienten. Peter peger her på, at det ikke kun er en faglig vurdering af, om det er relevant at inddrage traumer, men en vurdering, der laves i samarbejde med patienten.

Maria finder det, ligesom Peter, ofte relevant at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, men betoner også, at det ikke kun er hendes faglige vurdering, som er afgørende for, i hvilket omfang traumer tematiseres i behandlingen. I forbindelse med, at hun

bliver spurgt om, hvorvidt hun nogle gange vil undlade at inddrage traumet, selvom hun kender til det, svarer hun følgende:

Jo, og så er det netop også spørgsmålet / at spørge dem [red. patienterne], fordi nogle gange så kan de godt sige, 'jo, jeg har de har traumer med mig, men det er egentlig de symptomer, jeg har nu her, der ikke har med traumet at gøre, der fylder mest', ikke.  
(Maria, l. 307-310)

Maria beskriver her, at hun inddrager patienterne ved at spørge dem direkte, om de ønsker at tale om tidligere traumer, og dermed giver patienterne mulighed for at have indflydelse på behandlingens forløb. Hun oplever, at patienterne somme tider efterspørger et fokus på aktuelle symptomer uden inddragelse af tidligere traumer, selvom de måske har oplevet et eller flere svære traumer.

Også Camilla italesætter vigtigheden af at lade patienten få indflydelse på, om traumer skal prioriteres i behandlingen:

... og hvis man lader det være op til patienten, om det [red. traumet] er noget, der skal have lov til at fylde eller ej, fordi jeg synes, det er vigtigt, at vi husker, at vi er der for patienternes bedste, jo, og det skal vi ikke / det skal vi ikke altid vurdere, hvad der er bedst for dem. Og vi skal ikke grave rundt i en hel masse, hvis de virkelig ikke har lyst til at tale om det, bare fordi vi er psykologer, og vi synes, at det er en hammergod idé at grave rundt i en masse / en masse tidligere traumer, fordi at / fordi vi synes, at det kunne være godt at få det bearbejdet, ikke ... (Camilla, l. 388-396)

Camilla, som i udgangspunktet ikke inddrager traumer i behandlingen, henviser i ovenstående også til, at den faglige vurdering ikke bør vægtes tungere end patientens egne ønsker.

Når patients ønsker til behandlingen står så centralt i flere interviews, skyldes det måske også, at det er svært at forestille sig, at behandling kan gennemføres, uden at patienten selv er motiveret for at indgå i behandlingen og enig med psykologen i, hvad fokus skal være. Hvis dette ikke gør sig gældende, kan det endda være direkte skadeligt for den terapeutiske relation, idet enighed om målene, som beskrevet, er afgørende for at opbygge en god behandlingsalliance. Endvidere lyder det første etiske princip i *Etiske principper for nordiske psykologer* (2018) "respekt for personens rettigheder og værdighed", hvilket bl.a. indbefatter patientens ret til selvbestemmelse, og at psykologen respekterer patientens viden og ekspertise. Det betyder, at det forventes, at alle psykologer inddrager patienten i beslutninger om

behandlingen og giver patienten mulighed for selv at påvirke forløbet. Det er dog ikke kun patientens rettigheder, som er af betydning for de etiske principper, men også psykologens kompetence er indskrevet heri, og psykologarbejdet bliver derfor en samtidig afvejning af patientens ønsker og psykologens faglige vurdering af patientens tilstand.

### ***Faglig vurdering af patientens tilstand***

Den løbende psykologfaglige vurdering af patienten træder frem som et tema i alle fem interviews. Alle fremhæver, at man må støtte patienten ved at vurdere, om patienten for nuværende er for skrøbelig til at arbejde med sine traumer – også selvom patienten måske ønsker at arbejde med dem. Maria udtrykker det på følgende måde:

Altså, der er nogle gange, så sidder man jo med patienter, der er så dårlige, så man tænker, det er ikke nu, du skal arbejde med traumet, det er du ikke klar til, og at man netop kan risikere, at de får det dårligere, hvis man dykker ind i det. Men (pause). Ja. Det handler meget om, hvor de er henne, synes jeg. Der er det virkelig vigtigt, at man bruger sin fornemmelse, fordi det er ikke altid, de selv / altså, at patienterne egentlig selv kan sige fra eller til. (Maria, l. 338-345)

Samtidig med, at Maria, som beskrevet i ovenstående undertema, fremhæver vigtigheden af at spørge patienterne, om de ønsker, at eventuelle traumer inddrages i behandlingen, beskriver hun her, at man også må lave en psykologfaglig vurdering af, om patienten er parat til at arbejde med traumerne. I den forbindelse uddyber hun, at traumearbejde er forbundet med en risiko for forværring af den nuværende tilstand. Hun fortæller, at inden hun laver direkte traumbearbejdning, taler hun med patienterne om, hvilke konsekvenser det kan have for deres funktionsniveau i den periode, hvor behandlingen foregår (Maria, l. 383-391). Ligeledes peger Jesper på, at direkte traumbearbejdning er så krævende for patienterne, at det kan betyde, at de enten dissocierer eller ikke ønsker at fortsætte i behandlingen (Jesper, l. 394-399). I sådanne tilfælde kan det ifølge Jesper blive nødvendigt at tilpasse behandlingen, så der er mindre fokus på traumbearbejdning.

Også Camilla fremhæver vigtigheden af at medtænke patienternes funktionsniveau i vurderingen af, om traumer skal inddrages i behandlingen:

Fordi man skal også huske, at psykiatripatienter er nogle / ofte nogle ret ressource-svage mennesker, som ikke bare lige kan samle sig selv op, hvis de bliver mindet om, 'gud, jeg har da godt nok haft en virkelig, virkelig dårlig barndom, det kan jeg da godt



høre, når Camilla, hun sidder derinde i psykiatrien og spejler alt det' / At der skal vi også lige huske os selv på, at de skal kunne samle sig selv op igen eller på et eller andet tidspunkt i hvert fald, jo, kunne slippe os. (Camilla, l. 397-405)

Camilla peger her på, at den faglige vurdering er særligt vigtig, fordi patientgruppen i psykiatrien efter hendes opfattelse repræsenterer en gruppe med begrænsede ressourcer. Det, som Camilla beskriver i citatet, kan ses at være relateret til evnen til affektregulering, idet hun taler om, at de skal kunne "samle sig selv op igen". Peter giver et eksempel fra sin praksis, hvor han har forsøgt at arbejde med traumbearbejdning med en patient og erfarede, at patienten fik det så meget værre af behandlingen, at de måtte udsætte traumbearbejdningen og i stedet arbejde med hendes evne til affektregulering, inden de genoptog traumearbejdet:

Og hvor vi arbejdede med traumerne mere PE-agtigt [red. *prolonged exposure*], altså, vi gik tilbage og genbesøgte og genfortalte, og hun tegnede billeder på tavlen og sådan nogle ting. Men hun fik det faktisk meget værre af de ting, kunne ikke overskue at arbejde med det så direkte, fandt vi løbende ud af. ... der aftalte jeg så med hende, at det var måske bedst for hende, at man arbejdede mere mentaliseringsbaseret. At man kiggede mere på, hvordan spiller hendes relationer sig ud nu, og hvordan har hun svært ved at overskue sine egne følelser og andres følelser. At man ligesom bygger et skelet op af evne til at affektregulere, hovedsageligt, ikke. Og også til at stabilisere hendes liv, før man forholder sig til de her svære traumatiske oplevelser. (Peter, l. 387-412)

I citatet understreger Peter, hvor krævende traumearbejdet er for patienter, og at selvom patienten i dette eksempel har udtrykt et ønske om at tale om sine traumer, måtte traumearbejdet udskydes, fordi hun var for skrøbelig på daværende tidspunkt. Peter taler om at stabilisere patientens liv først og arbejde med evnen til affektregulering. Om samme stabiliserende arbejde anvender Hanne en metafor om at opbygge muskler for at have styrken til at arbejde med tidligere traumer (Hanne, l. 531-547)

Alle undersøgelsesdeltagere er altså optaget af patientens robusthed, når de overvejer, om man skal påbegynde traumearbejdet. Ser man det i relation til effektstudier af eksponeringsterapi som traumebehandling, er der da også høje dropout-rater ved denne behandlingsform (Zayfert et al., 2001, Van Minnen & Hagenaaars, 2002 if. Grunert et al., 2003). Der kan være mange årsager til, at deltagere vælger at afslutte deres deltagelse i et studie, men når det er gennemgående i flere studier, kan man antage, at det har relation til behandlingsformen.

I dette og ovenstående undertema er det belyst, hvilke forskellige overvejelser relateret til patienten – patientens ønsker og robusthed – der indgår i beslutningen om at inddrage traumer i behandlingen. I det sidste undertema fremhæves overvejelser, der er relateret til egen faglighed, samt rammer i psykiatrien, som kan være en begrænsning for at arbejde med traumer.

### ***Faglige begrænsninger og organisatoriske rammer***

Flere af psykologerne peger på, at der er visse organisatoriske begrænsninger i den måde, som psykiatrien er opbygget på, der gør, at de ikke selv laver direkte traumebehandling, men ofte må henvise til mere specialiseret behandling, hvis der er behov det. Jesper peger i den forbindelse på, at man arbejder diagnosespecifikt i psykiatrien, og at der er visse lidelser, eksempelvis PTSD, hvor der forventes at være meget fokus på traumerne, og andre diagnoser, hvor fokus for behandlingen forventes at være andetsteds (Jesper, l. 121-143). Inden for psykiatriens rammer er arbejdet baseret på pakkeforløb og dermed bestemte forventninger til behandlingens indhold. Det betyder, at behandlingen skal indeholde visse elementer, som ofte indebærer et fokus på de aktuelle problemstillinger og symptomer. Både Hanne og Maria fortæller, at de henviser videre til mere specialiseret traumebehandling, hvis der er behov for det fokus (Hanne, l. 300-306; Maria, l. 294-303), men Hanne uddyber også, at henvisningen videre til specialister ikke kun skyldes de organisatoriske rammer, men også overvejelser over egne kompetencer:

... fordi vi netop ikke har så meget tid, så kan det være / og traumer / man skal virkelig vide, hvad man laver, sådan så man ikke åbner noget op, som du ikke kan få lukket ned igen, og det har jeg rigtig, rigtig meget respekt for ... (Hanne, l. 449-452)

Hanne fremhæver i citatet her, at hun har stor respekt for de faglige kompetencer, der kræves for at lave traumbearbejdning. Som beskrevet i temaet *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* vil Hanne gerne tale med patienterne om eventuelle traumer, og hun bruger traumer som led i at skabe et sammenhængende narrativ med patienterne og opbygge en god behandlingsalliance. Hun fortæller dog, at det nærmeste, som hun har været på at lave direkte traumbearbejdning, er sorgbearbejdning (Hanne, l. 463-470), men at hun ellers henviser videre, hvis der er behov for yderligere behandling af traumerne. Hanne fremhæver her refleksioner over sine faglige kompetencer som en del af beslutningen om, i hvilken udstrækning traumer skal inddrages i behandlingen.

I lighed med Hannes overvejelser fortæller Camilla om en respekt for traumearbejdet:

Men man risikerer også at retraumatisere, hvis man graver alt for meget rundt i sådan et traume, især hvis man ikke er rigtig nøje uddannet i at gøre det på en god måde og er specialiseret i en eller anden form for traumebehandling. Så synes jeg, man skal være meget påpasselig med det, fordi man i nogle tilfælde gør mere skade end gavn. (Camilla, l. 251-257)

Camilla fremhæver her risikoen for at retraumatisere patienterne, særligt hvis man ikke er nøje uddannet i traumebehandling. Camilla fortæller, at hun af denne årsag er forsigtig med at inddrage traumer. Fordi retraumatisering er et tema i interviewet med Camilla, vil vi nu diskutere forskningen på området i en kort ekskurs fra analysen. Det er vigtigt at specificere, at retraumatisering som begreb dækker over to fænomener: 1) at tidligere traumatiserede personer udsættes for en ny traumatisk begivenhed og oplever en posttraumatisk reaktion, hvor symptomerne (særligt de påtrængende minder, flashbacks og mareridt) relaterer sig til både det nye og det tidligere traume, 2) at en person, som har oplevet et traume, udsættes for stimuli associeret med traumet, men ikke for et nyt traume. Forskningen ser ud til at understøtte førstnævnte (Schock & Knaevelsrud, 2013), men er mere tvetydig, når det kommer til sidstnævnte fænomen, som må være det, Camilla interesserer sig for, når hun taler om risikoen for at retraumatisere ved at tale om traumerne i psykoterapi. Det har ikke været muligt for os at identificere forskning, som dokumenterer, at denne risiko eksisterer i psykoterapi på trods af, at det i kliniske retningslinjer til psykoterapi med traumatiserede patienter ofte omtales som noget, man må være opmærksom på (se Cowan & Ashai, 2020; Reading & Rubin, 2011). Også Schock & Knaevelsrud (2013) fremhæver, at der er meget begrænset forskning på området, og at forskningen ikke bidrager med entydige konklusioner om fænomenet. De henviser til forskning, som ikke specifikt er relateret til psykoterapi, men relateret til interviews med asylansøgere og vidneberetninger. Konklusionerne er tvetydige. Nogle studier viser, at eksempelvis det at vidne i retten ikke leder til retraumatisering (f.eks. Orth & Maercker, 2004), mens andre viser, at det kan øge posttraumatiske symptomer at tale om traumer, eksempelvis i forbindelse med asylansøgning (f.eks. Schock et al., 2015). Derfor er det ikke muligt ud fra eksisterende forskning at konkludere, at eksponering for stimuli med association til traumer kan lede til retraumatisering, men set i lyset af, at flere kliniske retningslinjer for traumebehandling fokuserer på dette, giver det et billede af, hvorfor psykologer som Camilla alligevel er opmærksomme på det. Fordi forskningen på området er så sparsom, er det heller ikke muligt at vurdere, om risikoen for retraumatisering bliver større af, at psykologen ikke er specialiseret inden for traumebehandling, som Camilla påpeger i citatet. Mere

forskning på området kunne bidrage til at belyse, om der er en sammenhæng mellem disse faktorer.

Der indgår altså adskillige overvejelser i beslutningen om, hvornår traumer skal have plads i behandlingen. Vi har her fremhævet både overvejelser om patienternes robusthed, patienternes ønsker og faglige begrænsninger og organisatoriske rammer. Dog fremhæver både Hanne og Maria, at disse overvejelser ikke må betyde, at man bliver for forsigtig i forhold til at inddrage traumer i behandlingen:

... men jeg har også oplevet rigtig mange patienter, som siger, 'hvor er jeg glad for, du endelig bare lytter til mig, fordi der er så mange, der ikke har villet tale med mig om det, fordi de ligesom måske ikke vil åbne op for æsken'. Det føler jeg ikke, man gør, ved man / altså, at vi berører det i et eller andet omfang ... (Hanne, l. 491-496)

Som nævnt gennemgår Hanne patientens livshistorie i udredningen og giver i den anledning patienten mulighed for at fortælle om eventuelle traumer. Hun fremhæver her, at det at tale med patienten om tidligere traumer ikke kræver specialisering inden for traumebehandling, men at hendes generelle terapeutiske kompetencer er tilstrækkelige til at inddrage traumer i det omfang, hun gør.

Også Maria har oplevet, at der blandt kollegaer har været en overforsigtighed forbundet med at arbejde med traumer, særligt ved bestemte patientgrupper:

Men jeg har også set en stor forsigtighed over for at skulle gå ind i traumer hos psykotiske patienter, og der synes jeg egentlig, at man er lidt overforsigtig nogle gange, fordi / også fordi vi nogle gange har, altså / der er jo mennesker, der netop bliver ved med at være psykotiske, kronisk, og så vil det sige, at kan / så blokerer det for, at de nogensinde / altså, at så kan de aldrig få arbejdet med deres traumer, ikke. ... Det er, fordi man har tænkt / man tænker psykose som et lavt forsvar, så hvis patienterne er der, så, ja, så er de på et niveau, hvor de ikke kan finde ud af at bearbejde den slags, ikke. Men det er der faktisk nogle ting, der tyder på, at det ikke helt holder stik, og det synes jeg er interessant, og jeg har egentlig også erfaring for, at det netop / det er rigtigt ofte, at man jo faktisk ser de psykotiske symptomer bliver præget af traumet, ikke. (Maria, l. 345-360)

Maria nævner i citatet et eksempel med psykotiske patienter, hvor hun har oplevet denne overforsigtighed. Hun henviser til, at forsigtigheden ofte skyldes, at man vurderer, at

patienterne ikke er robuste nok til at arbejde med deres traumer. Vi har tidligere beskrevet, at flere af deltagerne peger på, at man i disse tilfælde kan arbejde med at stabilisere patienten først og derefter arbejde med traumerne. Ved psykotiske patienter opstår problemet dog, som Maria fremhæver, i de tilfælde, hvor psykosen bliver en kronisk tilstand, der gør, at de vurderes for skrøbelige til at bearbejde eventuelle traumer. Her kan konsekvensen blive, at patienterne aldrig får bearbejdet deres traumer, som ellers er nødvendigt for at opnå en bedring af de psykotiske symptomer, fordi de netop, ifølge Maria, ofte er forbundet med traumat. For Maria er det afgørende, at patientens skrøbelighed tages betragtning, uden at det bliver en hindring for at arbejde med noget, der potentielt kan lede til bedring af patientens tilstand. Det understreger kompleksiteten af beslutningen om, hvorvidt traumer skal inddrages i behandlingen, og begrundet hvorfor psykologerne nævner, at det er nødvendigt at lave en individuel vurdering af hver patient.

### ***Delkonklusion***

De foregående temaer har belyst, hvordan psykologerne definerer traumer, og hvilken plads traumer har i udredningsarbejdet og behandlingen af psykiatriske patienter. Formålet med at fremstille dette tema om overvejelser forbundet med inddragelse af traumer i behandling er at vise den kompleksitet, der er forbundet hermed. Beslutningen om, hvorvidt og hvordan traumer skal inkluderes i behandlingen, er i høj grad en vurdering, der må laves for hver enkelt patient. Deltagerne i denne interviewundersøgelse fremhæver, at vurderingen må bero på, hvad patienten selv ønsker at arbejde med, ligesom psykologen må lave en faglig vurdering af, om patienten er for skrøbelig til at arbejde med tidligere traumer. Endvidere må psykologen vurdere, hvorvidt patienten skal sendes videre til specialiseret traumebehandling, eller om tidligere traumer kan tematiseres inden for rammen af den igangværende behandling, ud fra en vurdering af, hvad der er muligt inden for de organisatoriske rammer og psykologens egne kompetencer.

### **Opsamling på analyse**

Den ovenstående analyse har været organiseret i temaerne: *Hvad er et traume?*, *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie*, *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* og *Overvejelser om traumer i behandlingen*.

Under temaet *Hvad er et traume?* blev forskelle i deltagernes traumeforståelse belyst. Den centrale forskel i deres definition af traumer vedrører, om de forstår traumer som

bestemte hændelser af voldsom karakter, eller om de henviser til deltagernes reaktioner på en begivenhed, når de skal beskrive traumer.

I temaet *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie* har vi beskrevet deltagernes forskellige tilgange til udredningsarbejdet. Kun én deltager screener systematisk for traumer, hvilket skal forstås i sammenhæng med, at han arbejder med patienter med PTSD, hvor traumet er centralt i behandlingen. De resterende deltagere beretter om andre metoder til udredning, hvorigennem de bliver opmærksomme på eventuelle traumer.

Vi har fremstillet de forskellige måder, hvorpå deltagerne inddrager traumer i behandling under temaet *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* Først og fremmest er det beskrevet, hvordan flere deltagere har erfaring med at lave direkte traumbearbejdning med eksponeringsbaserede metoder. Det har dog vist sig, at deltagerne også er optaget af mere indirekte tilgange til traumer i behandlingen, hvor traumer inddrages som led i at arbejde med patientens narrativ, skabe indsigt, tilpasse forventninger til patienten eller arbejde med behandlingsalliancen.

I temaet *Overvejelser om traumer i behandlingen* beskrev vi, hvordan beslutningen om, hvorvidt eventuelle traumer skal tematiseres, beror på en specifik vurdering af den enkelte patient. Deltagerne fortæller om overvejelser vedrørende patientens eget ønske til behandlingen, patientens tilstand, egne faglige kompetencer samt muligheder inden for de organisatoriske rammer, som psykologerne arbejder under.

## 5. Diskussion

Diskussionen består af tre dele. Indledningsvist præsenteres en syntese, der sammenfatter resultaterne fra analysen, hvorefter udvalgte resultater udfoldes og nuanceres med henblik på at forholde resultaterne til dette speciales forskningsspørgsmål. Dernæst præsenteres forskellige metodiske overvejelser og designmæssige styrker og begrænsninger. Afsnittet munder ud i en diskussion af undersøgelsens bidrag til eksisterende forskning og en perspektivering.

### Diskussion af resultater

Dette afsnit indeholder en diskussion af undersøgelsens resultater med henblik på at belyse de forskellige dele af analysen i sammenhæng med forskningsspørgsmålet. Forskningsspørgsmålet er derfor retningsgivende for afsnittet, hvorfor det her bliver præsenteret igen:

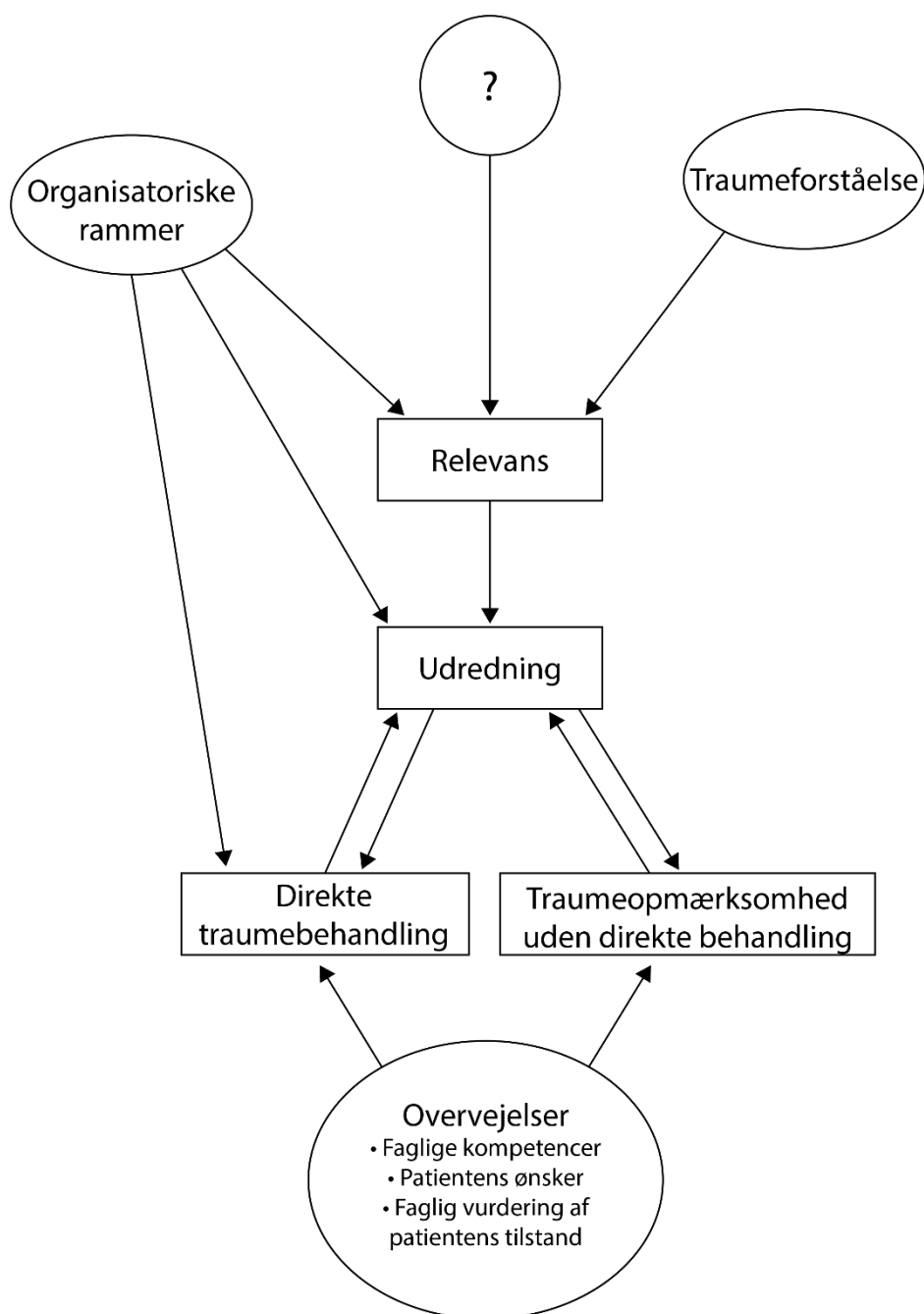
*Hvordan oplever psykologer ansat i psykiatrien det relevant at arbejde med traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, og hvilken betydning har det for udredning og behandling?*

### ***Syntese af resultater***

I denne syntese fremlægger vi, hvordan temaerne fra analysen kan bidrage til at belyse forskningsspørgsmålet. Forskningsspørgsmålet består af tre centrale elementer: 1) oplevet relevans, 2) udredning og 3) behandling. Nedenstående model viser forbindelserne mellem de enkelte temaer og forskningsspørgsmålets elementer.

Figur 1

Model for sammenhæng mellem oplevet relevans, udredning og behandling



I modellen er forskningsspørgsmålets centrale elementer indsat i firkanter. I interview og analyse blev det tydeligt, at det sidste element, behandling, ikke begrænser sig til et spørgsmål om, hvorvidt man laver direkte traumbearbejdning. Det viste sig, at flere af deltagerne inddrager traumer i behandlingen på måder, hvor de ikke eksponerer direkte for traumet (se analyse, tema 3). Derfor har vi opdelt behandling i to kasser i modellen, fordi det viser sig, at der er forskellige faktorer, som har indflydelse på, om man arbejder direkte med traumerne eller inddrager dem indirekte i behandlingen. Elementerne, som er vist med kasser,



er influeret af forskellige faktorer, som er noteret i bobler. Disse faktorer har betydning for, hvordan psykologerne oplever det relevant at inddrage traumer i udredning og behandling af psykiatriske patienter. Endvidere er spørgsmålet om, hvorvidt og hvordan psykologer inddrager traumer i deres praksis under indflydelse af dels den oplevede relevans, dels forskellige af disse faktorer. I modellen udpeges centrale elementer fra analysen, og pilene viser, hvordan de forskellige dele i modellen påvirker hinanden.

**Oplevet relevans af inddragelse af traumer.** Som det fremgår af modellen, har analysen vist, at særligt to faktorer påvirker den oplevede relevans af at inddrage traumer i behandling, henholdsvis traumeforståelse og organisatoriske rammer. Vi har i analysen fremhævet, at deltagerne adskiller sig i forhold til, om de ser traumer som defineret af begivenhedens karakter, eller om det er individets oplevelse af en begivenhed, der afgør, hvordan man definerer et traume. Det kan ikke entydigt konkluderes, at en oplevelse af, at det er relevant at inddrage traumer i behandlingen, er forbundet med en bestemt traumeforståelse. Dog kan man se, at Peter, som har en forståelse af, at traumer er almene og bredt defineret, fremhæver relevansen af, at alle mennesker forholder sig til deres traumer. Ser man derimod på Camillas forholdsvist snævre definition af traumer, som defineres som bestemte begivenheder, er hun i mindre grad optaget af at inddrage traumer i behandlingen. Det kan tænkes, at forskellen i Camillas og Peters oplevede relevans af at inddrage traumer har sammenhæng med deres forskellige traumeforståelser, omend den oplevede relevans hos deltagerne ikke alene synes at være afgjort af deres definitioner på et traume. Således ser vi eksempelvis, at Hanne, som, i hvert fald umiddelbart, forstår traumer som defineret af begivenhedens karakter, oplever det som relevant at inddrage patientens baggrund og herunder eventuelle tidligere traumer i behandlingen.

En yderligere faktor, som ser ud til at have indflydelse på, om psykologerne oplever det relevant at inddrage traumer, er gruppen af patienter, som de arbejder med, altså et organisatorisk aspekt. Et eksempel herpå er Jesper, der arbejder med patienter med PTSD. Når han forholder sig til, om det er relevant at arbejde med traumer, forholder han sig til, at det er relevant for den gruppe af patienter, som han arbejder med, ud fra en vished om, hvilke behandlingsformer der er mest evidens for. I forhold til patienter med PTSD er der netop mest evidens for at arbejde med direkte traumebehandling (Lee & Bowles, 2020). Heller ikke denne faktor kan alene redegøre for, om psykologerne oplever det relevant at inddrage traumer, idet vi ser, at flere deltagere, der arbejder med andre patientgrupper, også finder inddragelse af traumer relevant.

På baggrund af ovenstående står det klart, at faktorer som organisatoriske rammer og traumeforståelse påvirker den oplevede relevans af at inddrage traumer. Disse er dog ikke alene tilstrækkelige til at forklare, at nogle af deltagerne i højere grad end andre oplever det relevant at inddrage traumer. Vi har endvidere undersøgt, om der er en kobling mellem terapeutisk tilgang og oplevet relevans, men på trods af, at fire undersøgelsesdeltagere arbejder overvejende kognitiv adfærdsterapeutisk (Hanne, Camilla, Jesper og Maria), har det vist sig, at det er forskelligt, hvorvidt de oplever det relevant at inddrage traumer. Derfor er terapeutisk tilgang ikke en faktor, som er indtegnet i modellen. Der må således være faktorer, som ikke er belyst i denne undersøgelse, der kan tænkes at have indflydelse på den oplevede relevans, hvilket i modellen er symboliseret ved et spørgsmålstegn. Sådanne faktorer kunne tænkes at omfatte, men ikke begrænse sig til, faglig interesse, personlighed, egne traumatiske oplevelser og menneskesyn.

**Udredning.** I modellen er der indtegnet en pil fra relevans til udredning. Pilen skal vise, at traumer bliver et tema i udredningen, såfremt psykologen finder det relevant at inddrage traumer i den efterfølgende behandling, eller hvis det er afgørende for at stille den rette diagnose (se analyse, tema 2). Foruden den oplevede relevans kan de organisatoriske rammer også have indflydelse på, om deltagerne udreder for traumer, både hvad angår systematisk og ikkesystematisk udredning. Eksempelvis beskriver Peter, at der i udredningen er en forventning om, at han har fokus på symptomkriterier og diagnosticering, og at traumer kun tematiseres i udredningen i de tilfælde, hvor han selv skal have et terapeutisk forløb med patienten efterfølgende. Eksemplet med Peter illustrerer også, hvorfor der i modellen er pile fra traumeopmærksomhed uden direkte behandling til udredning, idet Peter vil vælge at udrede for traumer ved patienter, som han selv skal have i behandling, fordi han finder det relevant at tematisere i behandlingen uden at behandle traumet direkte. Jespers tilgang er derimod et eksempel på, hvordan direkte traumebehandling influerer på udredning, idet han anvender behandlingsformer med fokus på eksponering for traumet, og dermed er det essentielt at identificere et indekstraume i udredningen.

**Behandling.** Direkte behandling af traumer såvel som traumeopmærksomhed uden direkte behandling er under indflydelse af, om der udredes for traumer, som igen er påvirket af den oplevede relevans af at tematisere traumer. Det må her bemærkes, at der ikke kan ses en sammenhæng med hensyn til, om deltagerne behandler traumer direkte eller tematiserer traumer uden direkte behandling, og om de udreder systematisk eller ikke systematisk for traumer. Eksempelvis har Maria, Peter og Jesper erfaring med at behandle traumer direkte

med eksponeringsbaserede metoder, men kun Jesper udreder systematisk for traumer, selvom Maria og Peter også er opmærksomme på traumer.

Hvorvidt psykologerne inddrager traumer i behandlingen (både med direkte traumebehandling og uden direkte behandling) synes at være influeret af en række faktorer, som ikke blot vedrører, om de generelt oplever det relevant at inddrage traumer. Disse faktorer er i modellen sammenfattet i boblen med overvejelser, som i analysen er beskrevet under tema 4. Flere af deltagerne beskriver, at deres egne faglige kompetencer har indflydelse på, hvordan de inddrager traumer i behandlingen. Et eksempel herpå er Hanne, der fortæller, at hun ikke laver direkte traumbearbejdning, men at hun henviser patienterne videre til specialister, hvis der er behov for det. Dog inddrager hun gerne traumer i behandlingen i det omfang, som hun mener, at hendes kompetencer er tilstrækkelige til. Hos Camilla ser vi dog, foruden hendes overvejelser om relevansen af at inddrage traumer, at overvejelser om egne faglige kompetencer også kan betyde, at hun i udgangspunktet ikke vælger at tematisere traumer i behandlingen. Hun fremhæver i den sammenhæng, at hun mener, at risikoen for at retraumatisere patienterne er større, hvis man ikke er specialiseret i traumebehandling. De resterende overvejelser, som har indflydelse på, om traumer inddrages i behandlingen, vedrører patienterne. For det første fortæller psykologerne, at traumer kun inkluderes i behandlingen, hvis patienterne ønsker det. For det andet fortæller de, at de vurderer, om patienterne er i en tilstand, hvor de er for skrøbelige til at tale om traumet i behandlingen eller modtage direkte traumebehandling. Endelig ses det, at organisatoriske rammer i psykiatrien påvirker måden, hvorpå traumer inddrages i behandlingen. Flere af psykologerne fremhæver, at mangel på tid kan være årsag til, at de ikke laver direkte traumebehandling, men i stedet berører traumet på andre måder. Hvis der vurderes at være behov for direkte traumbearbejdning, sendes patienten videre til behandling på specialiserede traumeafdelinger.

Som beskrevet indledende er formålet med modellen at illustrere, hvordan den oplevede relevans af at inddrage traumer påvirker udredning og behandling, samt hvordan forskellige andre faktorer, som er fremkommet i analysen gennem undersøgelsens eksplorative tilgang, også må tages i betragtning for at forstå sammenhængen mellem forskningsspørgsmålets elementer samt den kompleksitet, der er forbundet hermed. I det nedenstående diskuteres udvalgte resultater for at beskrive nuancer, som ikke er beskrevet i analysen.

### ***Evidens over for refleksion***

Når det kommer til behandling af psykiatiske lidelser, debatteres det ofte, hvilke behandlingsformer der er størst evidens for. I Danmark har vi Nationale Kliniske Retningslinjer,

udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som på baggrund af eksisterende evidens foreskriver, hvilke behandlingsformer man bør tilbyde bestemte patientgrupper. Når der er tale om traumer hos psykiatriske patienter, som ikke er diagnosticeret med PTSD, er der dog ingen kliniske retningslinjer hverken i Danmark eller udlandet, der foreskriver, hvilken behandling man bør tilbyde. Det betyder, at det er op til den enkelte psykolog at beslutte, hvorvidt og hvordan traumer inddrages i behandling, og at man i denne overvejelse ikke på samme måde som ved psykiatriske diagnoser kan søge støtte i de kliniske retningslinjer.

Donald Schöns (2001) begreb om refleksion-i-handling kan i den forbindelse bidrage til at forstå, hvordan denne undersøgelses deltager vurderer, om og eventuelt hvordan traumer skal inddrages i behandlingen. Schön fremhæver med begrebet, hvordan den kompetente praktiker ikke altid kan pege på det teoretiske grundlag for sine handlinger, men i stedet baserer sine beslutninger på skøn og færdigheder, som er indlejret i specifikke kontekster. Når vi i denne undersøgelse interviewer psykologer om deres praksis, reflekterer de over, hvordan de teoretisk kan forklare deres beslutninger og handlinger. De fortæller desuden om en række overvejelser, som er forbundet med den specifikke patient og kontekst, hvilket giver indtryk af, at de handler ud fra en intuition eller fornemmelse, som er indlejret i den specifikke situation, når de skal afgøre, om traumer inddrages i behandlingen, og eventuelt hvordan de skal inddrages. I modellen ovenfor har vi indsat et spørgsmålstejn og foreslået forskellige faktorer som eksempelvis personlighed og faglig interesse, der kan udgøre dette spørgsmålstejn. Med afsæt i Schöns beskrivelse af refleksion-i-handling forbliver dette spørgsmålstejn måske en del af modellen, selvom vi afdækker de faktorer, som vi har foreslået. Spørgsmålstegnet kan således også symbolisere den viden, som er indlejret i handling og dermed i den specifikke kontekst, idet denne viden ifølge Schön ofte ikke kan verbaliseres. Denne refleksion og intuition er derfor vigtig at fremhæve, idet psykologernes praksis ikke alene synes at være betinget af deres teoretisk funderede metoder, men også mere kontekstbundne refleksioner.

### ***Systematisk udredning***

I analysens tema 2 blev det beskrevet, hvordan deltagerne har forskellige tilgange til udredningsarbejdet. Jesper og Maria screener systematisk for henholdsvis traumer og belastninger, Hanne gennemgår patientens barndom systematisk, og Peter og Camilla har af forskellige årsager en mindre systematisk tilgang til traumer i udredningen. Disse forskellige tilgange er også interessante i forhold til aktuelle debatter. Eksempelvis ser man i USA og nyligt også i Danmark forsøg på at implementere en såkaldt *traumebevidst tilgang* i

psykiatrien<sup>11</sup>, hvor man i behandlingen og sygeplejen af psykiatriske patienter arbejder ud fra en opmærksomhed på traumer og traumereaktioner (Buhmann & Folke, 2021; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). En af forudsætningerne for denne tilgang er, at man systematisk screener for traumer i mødet med nye patienter. I den forbindelse kan følgende citat fra analysen igen fremhæves: “Og i virkeligheden, så er det jo ikke nogen garanti for, selvom vi altid spurgte [red. om patienten har været udsat for traumer], at patienten så også fortæller det” (Maria, l. 155-179). To aspekter af citatet fra interviewet med Maria kan fremhæves. For det første kan man forestille sig, at patienten af forskellige årsager undlader at fortælle om traumet i udredningen, eksempelvis hvis erindringen om den traumatiske begivenhed er forbundet med ubehag, angst og følelser af skam og skyld. For det andet kan det være tilfældet, at patienten ikke har adgang til erindringen om begivenheden. Forskning viser, at hukommelsen ikke blot skal opfattes som et passivt lager, hvorfra man til enhver tid har adgang til minder, men at hukommelsen er en dynamisk størrelse (Matlin, 2014). Schwabe et al. (2014) fremhæver i den forbindelse, at minder kan indtage en labil tilstand, når de reaktiveres. Den labile tilstand gør det muligt at ændre, styrke eller svække minder, eksempelvis i psykoterapi, hvorved minderne lagres med en ny betydning. Denne proces betegnes rekonsolidering. Endvidere taler man i kliniske sammenhænge om, at minder kan være dissocierede, dvs. at der sker en “forstyrrelse og fragmentering i den almindelige integration af identitet, bevidsthed, hukommelse, perception, kropsbevidsthed samt opfattelse af selv og andre” (Uldall et al., 2021). Denne fragmentering kan bl.a. betyde, at minder kan være utilgængelige for genkaldelse (dissociativ amnesi). Disse forskellige faktorer understøtter Marias udtalelse om, at systematisk screening for traumer ikke nødvendigvis leder til, at man får vished om patientens eventuelle traumer. Det betyder også, at hvis man som behandler finder det relevant at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, må man være opmærksom på reaktionsmønstre og patientens måde at indgå i relationer på, der kan indikere, at en patient har oplevet et traume, sådan som Maria og Camilla fremhæver (se analyse, tema 2).

### ***Direkte og indirekte traumebehandling***

I analysen blev tema 3 inddelt i direkte traumebehandling og traumeopmærksomhed uden direkte traumebehandling (fremover vil sidstnævnte blive refereret til som indirekte traumebehandling). Denne skelnen var inspireret af, at deltagerne lavede denne opdeling, når de forholdt sig til, hvordan de inddrager traumer i behandlingen. Det kom til udtryk ved, at

---

<sup>11</sup> I USA ses den traumebevidste tilgang også anvendt i andre organisationer, herunder fængselsvæsnet og misbrugsbehandlingen (Buhmann & Folke, 2021).

flere deltagere fortalte, at de ikke laver traumbearbejdning, men alligevel inddrager traumer i behandlingsforløbet som en strategi til at skabe indsigt, arbejde med patientens narrativ, tilpasse forventninger til patienten eller styrke behandlingsalliancen. Når deltagerne taler om direkte traumebehandling, henviser de til eksponeringsbaserede metoder, som også er de metoder, der ofte nævnes til traumebehandling i litteraturen.

Vi sætter spørgsmålstegn ved, om denne skelnen mellem direkte, eksponeringsbaseret traumebehandling og indirekte traumebehandling er så klart afgrænset, som det er beskrevet i analysen. Eksponering (visualiseret eller *in vivo*) er en adfærdsterapeutisk metode (Foa, 2011). Gennem visualiseret eksponeringsterapi er målet, at der sker en habituering (tilvænnning) til erindringen om den traumatiske begivenhed, og ved gentagen eksponering vil der således ske en desensibilisering, hvor angstniveauet falder fra gang til gang. Endvidere er en vigtig del af eksponeringsterapi at arbejde med kognitive forvrængninger, der kan opstå efter et traume. Vi vil sætte spørgsmålstegn ved, om man som behandler kan være sikker på, at man ikke eksponerer for mindet om traumet, når man laver indirekte traumebehandling, idet man ikke kan kontrollere, at patienten spontant visualiserer erindringen, når der tales om denne. På den måde kan den indirekte traumebehandling, måske uden at det er intentionen, tænkes at få karakter af eksponeringsterapi. Når vi forholder os kritisk til afgrænsningen mellem direkte og indirekte traumebehandling, er det hverken et forsøg på at argumentere for, at de indirekte metoder kan reduceres til at være eksponeringsterapi, eller at den indirekte behandling ikke tjener de formål, som deltagerne præsenterer – at arbejde med narrativet, indsigt eller behandlingsalliancen. Vi argumenterer dog for, at direkte og indirekte traumebehandling ikke skal forstås som kvalitativt forskellige, men snarere ses som et kontinuum, hvor direkte traumebehandling med eksempelvis *prolonged exposure* udgør den ene pol, og den anden pol udgøres af behandling, hvor man søger at undgå at bringe traumet op. De indirekte traumebehandlingsformer skal således ses som punkter på kontinuet mellem disse poler.

## Metodiske overvejelser

### *Studiets design*

Det er en præmis for kvalitative studier, at mængden af deltagere er begrænset. I denne undersøgelse kan det dog ses som en begrænsning, at deltagerne har valgt at stille op til interview på baggrund af et opslag på Facebook, hvori emnet for specialet kort var præsenteret. Det kan tænkes, at det er personer med særlig interesse for traumer, der har valgt at stille op til interview. Vi så da også, at fire af de fem deltagere generelt er af den overbevisning, at traumer kan være et vigtigt bidrag i behandlingen af forskellige psykiatriske

patienter. Man kan overveje, om dette billede ville være det samme, hvis undersøgelsens deltagere var et tilfældigt udvalgt udsnit af psykologer ansat i psykiatrien. I fremtidig forskning anbefales det at være opmærksom på rekrutteringen af deltagere og at finde et mere tilfældigt udsnit af psykologer i psykiatrien.

### ***Individuelle traumedefinitioner***

Som beskrevet i metodeafsnittet blev det besluttet, at deltagerne egne definitioner af traumer skulle danne grundlag for interviewene på trods af, at vi forventede, at deres definitioner kunne være forskellige, baseret på, at der i den psykologiske litteratur og diagnosesystemerne findes forskellige definitioner. Begrundelsen herfor er, at deltagerne oplevelse af relevansen af at inddrage traumer i behandlingen er påvirket af deres egen forståelse af begrebet. Havde vi valgt at præsentere deltagerne for én traumedefinition, som de skulle forholde sig til, men som ikke stemte overens med deres egen forståelse, kan det tænkes, at vi ikke ville få adgang til deres egen oplevelse, men en hypotetisk forestilling af, hvordan de ville arbejde, hvis de havde den forståelse.

### ***Interviews med fagprofessionelle***

Fænomenologiske undersøgelser baserer sig typisk på studiet af menneskers livsverden, altså deres private oplevelser og holdninger (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne undersøgelse har vi interviewet psykologer om deres professionelle livsverden, og visse nuancer er interessante at fremhæve i den forbindelse. Eksempelvis ser vi, at når vi interviewer deltagerne om deres oplevelse af at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter, bliver det ikke kun deres personlige interesse og holdning, der kommer frem i interviewene. Således ser vi, at Maria henviser til, at hendes arbejdsplads har en forventning om, hvilke metoder hun arbejder med, og at hun primært modtager supervision i disse metoder. Når deltagerne interviewes som psykologer ansat i psykiatrien, forholder de sig altså ikke kun til deres personlige holdninger og tilgange, men er også influeret af, hvilke organisatoriske rammer de arbejder under. Når udgangspunktet for forskningsspørgsmålet er psykologernes oplevede relevans af at inddrage traumer, må vi være bevidste om, at den oplevede relevans ikke kan adskilles fra den konkrete organisation med specifikke ansættelsesforhold. Endvidere ser vi, at den patientgruppe, som deltagerne arbejder med, også får indflydelse på deres oplevede relevans af at inddrage traumer. Et eksempel herpå er Jesper, som fremhæver relevansen af at inddrage traumer i behandlingen i sit arbejde med patienter med PTSD, men når han reflekterer over, hvordan han tidligere har arbejdet med andre patientgrupper, er hans erfaringer med

at inddrage traumer sparsom. Derfor må det fremhæves, at undersøgelsen baserer sig på deltagernes professionelle livsverden, som er en helt specifik del af deres livsverden, hvor de måske er særligt influeret af ydre rammer.

At undersøgelsesdeltagerne er fagprofessionelle leder desuden til refleksioner omkring karakteren af interviewmaterialet. Man taler inden for hermeneutikken om dobbelthermeneutik, fordi det, som vi fortolker, allerede er fortolket af undersøgelsesdeltageren (Kvale & Brinkmann, 2015). I disse interviews med fagprofessionelle er det dog i høj grad en teoretisk tolkning, som deltagerne præsenterer. Det betyder også, at materialet allerede er underlagt en teoretisk tolkning, og at vores ønske i den efterfølgende analyseproces ikke har været at anlægge en anden teoretisk tilgang til materialet, men i højere grad at forsøge at forstå materialet på de teoretiske præmisser, som deltagerne præsenterer.

### ***Diskussion af undersøgelsens kvalitet***

Ifølge Thagaard (2004) bør vurderinger af undersøgelsers kvalitet tage udgangspunkt i begreberne troværdighed, bekræftbarhed og overførbarehed. Disse begreber er Thagaards oversættelse af begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed til en kvalitativ kontekst.

Troværdighed relaterer sig til fremgangsmåden ved tilblivelse af data, som har betydning for kvaliteten heraf (Thagaard, 2004). For at øge troværdigheden af denne undersøgelse har vi grundigt beskrevet fremgangsmåden i metodeafsnittet. Endvidere har vi kontrolleret transskriptionerne og lavet den indledende del af analysen separat for at øge troværdigheden (se nærmere beskrivelse heraf i metodeafsnittet). Endelig indeholder analysen citater fra transskriptionerne for tydeligt at skelne mellem, hvad deltagerne har sagt, og hvad vi tolker heraf.

Bekræftbarhed vedrører tolkningen af resultaterne. I de semistrukturerede interviews er der løbende stillet opfølgende spørgsmål og lavet opsamlinger i et forsøg på at teste de umiddelbare tolkninger, der fremkom under interviewene. Det er dog ikke ensbetydende med, at der ikke har været yderligere tolkninger i analyseprocessen, som vi ikke har haft mulighed for at afprøve hos deltagerne. Dette er da også en præmis i hermeneutikken, som er en del af det metodologiske grundlag for specialet – nemlig at forståelse ikke kan løsrides fra fortolkning.

Fordi undersøgelsen er baseret på en kvalitativ metode, vil vi ikke argumentere for undersøgelsens generaliserbarhed, som den forstås i kvantitativ forskning. Vi anvender i stedet Thagaards (2004) begreb om overførbarehed for at fremhæve, hvordan undersøgelsen kan have relevans ud over dette speciale. Dette betegnes hos Thagaard som en



rekontekstualisering, hvor den teoretiske forståelse fra et en undersøgelse sættes i en ny sammenhæng. Vi har i syntesen af resultaterne fremlagt en model, som tager udgangspunkt i fundene i denne undersøgelse. Modellen kan ses som et bidrag til en mere generel, teoretisk forståelse af emnet, som vil kunne uddybes af yderligere forskning på området. Endvidere har vi fremhævet relevansen af undersøgelsens resultater for praksis i nedenstående afsnit.

## **Bidrag til eksisterende forskning og perspektivering**

### ***Hvad bidrager undersøgelsen med til eksisterende forskning på området?***

Som beskrevet i specialets litteraturoverblik er en stor del af den eksisterende litteratur på området kvantitativ i form af spørgeskemaundersøgelser. Det, som vi identificerede som en mangel i forskningsfeltet, var mere kvalitativ forskning, hvorigennem det kunne blive muligt at få øje på flere nuancer og få en bredere viden om feltet end den, der er genereret i den kvantitative forskning, som primært omhandler barrierer i forhold til at inddrage traumer i behandling. Vi ønskede især at undersøge, i hvilken udstrækning psykologer har en oplevelse af, at det er relevant at inddrage traumer i behandlingen, samt hvad en tematisering af traumer eventuelt kan bidrage med. Derudover fandt vi det relevant at udforske de barrierer nærmere, som den kvantitative forskning har fundet. Denne undersøgelse har været i stand til at belyse, hvordan overvejelser om relevansen af inddragelse af traumer ikke kan reduceres til generelle barrierer, sådan som man kan få indtryk af i spørgeskemaundersøgelserne, men altid må ses i forhold til den konkrete kontekst og patient. Der er således ingen af deltagerne i denne undersøgelse, som entydigt fortæller, at det altid er relevant at inddrage traumer, eller at det modsatte gør sig gældende. Ligeledes er det ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt traumer inddrages i behandlingen, men i lige så høj grad om hvordan. Særligt de metoder, som psykologerne anvender til at tematisere traumerne uden at behandle traumet direkte, har været et bidrag fra denne undersøgelse, som ikke er set belyst i eksisterende litteratur. For fremtidig forskning er det derfor interessant at definere, hvad der menes med traumebehandling – er det kun den direkte, eksponeringsbaserede traumebehandling, der er i fokus, eller vil man også indhente viden om de mere indirekte former for behandling?

### ***Behov for udvidelse af diagnosesystemer?***

Når man sammenholder den relativt lave prævalens af PTSD med den høje prævalens af traumer blandt psykiatriske patienter (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017), er det oplagt at spørge, om der er behov for nye traumediagnoser, som kan indfange de patienter, der har været udsat for traumatiske oplevelser, men ikke lever op til symptomkriterierne for

PTSD. Det vil vi forholde os til i det følgende, hvor vi vil inddrage citater, som ikke er præsenteret i analysen, men som har relevans for dette spørgsmål.

I de nuværende diagnosesystemer ICD-10 og DSM-5 er traumer defineret i forbindelse med PTSD. I interviewene fortalte flere af undersøgelsesdeltagerne, at de oplever det relevant at inddrage traumer i behandlingen af forskellige psykiatriske patienter, og det ledte til en diskussion af, om diagnosesystemerne i den udformning, som de har nu, kan dække behovet for at behandle traumer – særligt med hensyn til, om der er behov for flere diagnoser for traumefremkaldte lidelser end de eksisterende<sup>12</sup>. Ingen af deltagerne i denne undersøgelse mener, at der er behov for flere diagnoser. Både Peter og Maria peger på, at traumer må tænkes ind i en bredere psykiatrisk forståelse:

Jeg tænker, at man sagtens kan bruge det diagnosesystem, vi har, uden at traumer bliver nødt til at være noget, der er sådan skrevet eksplicit i det, hvis vi netop bare har den viden med os, at det er jo hyppigt, at der er traumer, uanset hvilken psykiatrisk diagnose, vi snakker om. (Maria, l. 234-238)

Maria henviser her til den høje forekomst af traumer blandt psykiatriske patienter, og at en bevidsthed om denne forekomst er tilstrækkeligt uden at ændre diagnosesystemet. Peter fremhæver endvidere, at en udfordring ved ICD-10 er, at traumer kun er nævnt ved PTSD, og at dette medfører, at patientgruppen med PTSD bliver varieret (Peter, 571-589). Selvom han ikke nødvendigvis mener, at løsningen er at ændre eller tilføje diagnoser til diagnosemanualen, peger han på, at det er nødvendigt, at vi får en bred psykiatrisk forståelse af traumer, som giver mulighed for at forstå traumer bredere, end hvad der er muligt i diagnosemanualen i dag.

Grundlaget for at integrere traumer i den brede psykiatriske forståelse må være en diskussion af, hvad et traume er. Dette speciale har belyst, hvordan der i litteraturen, men også i denne interviewundersøgelse, findes forskellige definitioner på traumer. Måske er de mange traumedefinitioner et udtryk for, at traumbegrebet rummer en kompleksitet, der ikke kan indfanges i en samlet definition, men at vi i stedet må udforme forskellige traumedefinitioner, der beskriver forskellige typer af traumer.

En udfordring ved, at traumer ikke direkte tilføjes til diagnoser i diagnosemanualerne, kan tænkes at være, at man risikerer at overse bagvedliggende traumer. Dette kan særligt

---

<sup>12</sup> F43.0 Akut belastningsreaktion, F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion, F43.2 Tilpasningsreaktion, F43.8 Andre belastningsreaktioner, F43.9 Belastningsreaktion, uspecificeret.

blive en udfordring, hvis udredningen bliver for symptomfokuseret, som bl.a. beskrives af Peter, og hvis dette leder til en manglende interesse for ætiologien bag lidelsen. En måde, hvorpå man ville kunne sikre, at traumer indtænkes i det diagnostiske arbejde og det efterfølgende behandlingsforløb, er at lave specifikke diagnoser, hvor traumer indskrives som en del af symptomkriterierne, ligesom ved PTSD. Vælger man at udvikle enten en række nye diagnoser for forskellige traumereaktioner eller tilføje disse traumereaktioner til eksisterende diagnoser, kan det dog være relateret til andre udfordringer. Både Hanne og Camilla (l. 516-523) peger på risikoen for, at normale reaktioner sygeliggøres:

Det kan godt være, vi mangler noget i diagnosesystemet, sådan det lidt mere / men jeg tror også, man skal passe på ikke at sygeliggøre noget, som måske er en helt naturlig proces, altså, selvfølgelig kommer der en reaktion på en, man har mistet, eller at der er et eller andet voldsomt, altså, et trafikuheld, ja, jeg kan også forstå dem, som ikke lige har lyst til at sætte sig ud i en bil bagefter, men at rulle det helt store arsenal ud, det er måske ikke altid nødvendigt. Altså, så der er / der tror jeg også, man skal være lidt varsom og nogle gange også lade tiden arbejde lidt... (Hanne, l. 602-611)

Hanne fremhæver her vigtigheden af, at alle reaktioner på traumer ikke forstås som patologiske, fordi en reaktion på en voldsom hændelse ofte vil være en naturlig reaktion. Hvis vi laver flere traumediagnoser, risikerer vi altså, ifølge Hanne, at sygeliggøre flere reaktioner end nødvendigt. Hanne foreslår at "lade tiden arbejde" og først derefter se, om det udvikler sig til en vedvarende traumereaktion, eller om der sker en spontan remission af symptomerne.

Ingen af deltagerne i denne undersøgelse efterspørger altså en ændring af diagnosesystemerne, således at traumer indgår i flere diagnoser. Dog har van der Kolk (2005) foreslået at udvikle en diagnose for udviklingstraumer, idet reaktioner på misbrug, omsorgssvigt og andre traumer, som han vil definere som udviklingstraumer, ikke indfanges af PTSD-diagnosen. Det kan tænkes, at den nye udgave af diagnosemanualen, ICD-11, indfanger noget af det, som van der Kolk efterlyser, idet der formuleres en ny diagnose, som forventes at blive betegnet *kompleks PTSD*<sup>13</sup>. Forskning i den nye diagnose peger på, at multiple, kroniske og langvarige typer af interpersonelle traumatiske oplevelser er forbundet med større risiko for at udvikle kompleks PTSD end PTSD (se Møller et al., 2020). Kompleks PTSD omfatter foruden de klassiske PTSD-symptomer også forstyrrelser i selvorganiseringen, de såkaldte

---

<sup>13</sup> Den danske betegnelse er endnu ikke endeligt vedtaget, da man afventer den danske oversættelse af diagnosemanualen. Den engelske betegnelse for diagnosen er *Complex post traumatic stress disorder*.

DSO-kriterier, som indebærer negativ selvsvurdering, forstyrret affektregulering og forstyrrelse i relationen til andre (Møller et al., 2020). Flere af deltagerne i vores undersøgelse peger på, at der opstår nye muligheder med diagnosen for kompleks PTSD.

## 6. Konklusion

Eksisterende forskning om psykologers inddragelse af traumer i behandlingen har primært belyst de barrierer, der kan betyde, at psykologer ikke inddrager traumer i behandlingen af psykiatriske patienter. På baggrund af den eksisterende forsknings primært kvantitative tilgang blev udgangspunktet for dette speciale en kvalitativ interviewundersøgelse, idet vi anså denne tilgang som en mulighed for at nuancere feltet. Formålet var at udforske, i hvilken udstrækning psykologer oplever det relevant at inddrage traumer i behandlingen, og hvilken betydning det har for deres praksis, både udredning og behandling. Specialet baserer sig på semistrukturerede interviews med fem psykologer, som er eller har været ansat i psykiatrien, om deres oplevelser med traumer i behandling og udredning.

I specialets analyse blev fire temaer fremlagt: *Hvad er et traume?*, *Udredning og løbende afdækning af traumehistorie*, *Hvordan inddrages traumer i behandlingen?* og *Overvejelser om inddragelse af traumer i behandlingen*. Første tema viste, at deltagernes forståelse af traumer er forskellige med hensyn til, om de definerer traumer som begivenheder af en særlig karakter, eller om traumer er defineret af patienternes subjektive reaktion på en begivenhed. Deltagernes traumeforståelse og deres oplevelse af, hvor almene traumer er, har indflydelse på deres oplevede relevans af at inddrage traumer i udredning og behandling. Det viste sig dog også, at dette ikke er den eneste faktor, som synes at påvirke, hvorvidt de inddrager traumer. De organisatoriske rammer, som psykologerne arbejder inden for, ses også at have indflydelse på deres arbejdsgang, både med hensyn til udredning for traumer og i forhold til, hvordan de inddrager traumer i behandling.

I forhold til temaet om udredning er det interessant, at kun én psykolog i denne undersøgelse screener systematisk for traumer i udredningen, selvom flere finder det relevant at inddrage i behandlingen. Den psykolog, som screener systematisk for traumer, arbejder med patienter med PTSD, hvor traumet står centralt i behandlingen og derfor må identificeres. Psykologerne fortæller om forskellige tilgange til at blive opmærksom på, om patienterne har oplevet traumer, både i det indledende udredningsarbejde og det efterfølgende behandlingsforløb, som ikke kan begrænses til en systematisk screening for traumer i udredningen. Derfor rummer tema 2 både udredning og løbende afdækning af traumehistorik, og hvorvidt man er opmærksom på traumer her kommer til at have indflydelse på, om traumer integreres i

behandlingsarbejdet. Den løbende afdækning involverer en opmærksomhed på adfærd i behandlingsforløbet, der kan indikere, at patienten har oplevet et eller flere traumer. Det betyder også, at udredning for traumer og behandling ikke er adskilte faser, men at disse løbende påvirker hinanden gensidigt.

Et af de mest overraskende fund i specialet er, at beslutningen om, hvorvidt traumer skal inddrages i behandling, ikke blot er et spørgsmål om, hvorvidt man behandler traumerne direkte eller helt undlader at inddrage traumer. Måden, hvorpå traumer inddrages i behandlingen, kan ses på et kontinuum, hvor den ene pol udgøres af direkte, eksponeringsbaseret behandling, mens den anden pol udgøres af behandling, hvor man helt undlader at tale om traumer. Mellem disse poler er en række metoder, hvor traumer tematiseres, men ikke bearbejdes direkte. Vi ser, at traumer indgår i behandlingen som en indsigtsgivende strategi eller en måde, hvorpå man kan arbejde med patientens narrativ, tilpasse forventningerne til patienten og målene for terapiforløbet samt styrke behandlingsalliancen.

Helt gennemgående for alle interviews er det, at psykologernes oplevede relevans af at inddrage traumer i udredning og behandling ikke kan isoleres fra den konkrete kontekst. Hvor den kvantitative forskning på område har peget på en række barrierer for at inddrage traumer i behandlingen, har denne undersøgelse vist, at beslutningen om, hvorvidt traumer skal inddrages i behandlingen, altid må forstås ud fra den specifikke kontekst. Der foretages en afvejning af patientens ønsker, vurdering af patientens tilstand, egne kompetencer samt muligheder inden for de organisatoriske rammer.

Som beskrevet afslutningsvist i diskussionen er der flere af deltagerne, der peger på, at der er behov for, at traumer bliver en del af den bredere psykiatriske forståelse. For at nå frem til en klarere definition af, hvad traumbegrebet dækker over, er der behov for en debat om begrebet, særligt i forhold til, om det skal beskrive hændelser af en bestemt karakter, eller om det skal beskrive en særlig reaktion på vilkårlige begivenheder. En klarere definition af traumer er en forudsætning for, at fremtidig forskning baserer sig på samme grundlag, når man undersøger relevansen af at inddrage traumer i behandlingen af psykiatriske patienter.

## Referenceliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. ed.). American Psychiatric Association.
- Andersen, H. & Koch, L. (2015). Hermeneutik og fænomenologi. In M. H. Jacobsen, K. Lip-pert-Rasmussen & P. Nedergaard (Eds.), *Videnskabsteori – i statskundskab, sociologi og forvaltning* (3. ed., pp. 205-250). Hans Reitzels Forlag.
- Arendt, M. & Aaen, C. Prolonged Exposure (PE) til PTSD. In C. B. Buhmann, M. Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), *Psykoterapeutiske tilgange til PTSD – symptomer, undersøgelse og behandling* (pp. 75-90). Hans Reitzels Forlag.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00173-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00173-9)
- Beck, J. S. (2011). *Kognitiv adfærdsterapi – grundlag og perspektiver*. Akademisk Forlag.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bride, B., Hatcher, S. & Humble, M. (2009). Trauma Training, Trauma Practices, and Secondary Traumatic Stress Among Substance Abuse Counselors. *Traumatology*, 15(2), 96–105. <https://doi.org/10.1177/1534765609336362>
- Buhmann, C. B. & Andersen, H. S. (2018). Særlige grupper med PTSD. In C. B. Buhmann, M. Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), *Psykoterapeutiske tilgange til PTSD – symptomer, undersøgelse og behandling* (pp. 279-290). Hans Reitzels Forlag.
- Buhmann, C. B. & Folke, S. (2021). *Traumer i psykiatrien*. Hans Reitzels Forlag.
- Buhmann, C. B. & Videbeck, P. (2018). PTSD – psykopatologi og neurobiologi. In C. B. Buhmann, M. Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), *Psykoterapeutiske tilgange til PTSD – symptomer, undersøgelse og behandling* (pp. 21-41). Hans Reitzels Forlag.
- Courtois, C. & Gold, S. (2009). The Need for Inclusion of Psychological Trauma in the Professional Curriculum: A Call to Action. *Psychological Trauma*, 1(1), 3–23. <https://doi.org/10.1037/a0015224>
- Cowan, A., Ashai, A. & Gentile, J. (2020). Psychotherapy with Survivors of Sexual Abuse and Assault. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(1-3), 22–26.
- Elklit, A. (2017). Traumefremkaldte lidelser. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 427-439). Hans Reitzels Forlag.

- Etiske principper for nordiske psykologer*. (2018). Tilgået d. 3. marts 2021, fra <https://psyko-logeridanmark.dk/wp-content/uploads/Etiske-Principper.pdf>
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043–1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Frank, J. (1995). Psychotherapy as Rhetoric: Some Implications. *Clinical Psychology*, 2(1), 90–93. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00030.x>
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3. ed). The John Hopkins University Press.
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R., Smeets, F. & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: a qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), Article 22821. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22821>
- Grubaugh, A., Zinzow, H., Paul, L., Egede, L. & Frueh, B. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 883–899. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.003>
- Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M. & Rusch, M. D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 333–346. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80051-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80051-2)
- Heller, L. & LaPierre, A. (2014). *Udviklingstraumer: hvordan udviklingstraumer påvirker selvregulering, selvbillede og evnen til kontakt*. Hans Reitzels Forlag.
- Henning, J., Brand, B. & Courtois, C. (2021). Graduate training and certification in trauma treatment for clinical practitioners. *Training and Education in Professional Psychology*. <https://doi.org/10.1037/tep0000326>
- Hill, C. (2014). *Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action* (4. ed.). American Psychological Association.
- Kazdin, A. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4–12.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Evelyn, B., Hughed, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Huang, Y., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J., Levinson, D., ... Koenen, K. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), Article 1353383.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., Karam, E., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological psychology: theory, research, and method*. Pearson Education.
- Lee, E. & Bowles, K. (2020). Navigating treatment recommendations for PTSD: A rapid review. *International Journal of Mental Health*, 1–41.  
<https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1781407>
- Matlin, M. W. (2014). *Cognitive Psychology* (8. ed.). John Wiley and Sons.
- McAdams, D. (2006). The Problem of Narrative Coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 109–125. <https://doi.org/10.1080/10720530500508720>
- McAdams, D. P. (2015). *The Art and Science of Personality Development*. The Guilford Press.
- McAdams, D. P. & McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science: a Journal of the American Psychological Society*, 22(3), 233–238.  
<https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.003>



- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Sjøgaard, U. & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(5), 421–431.  
<https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- Orth, U. & Maercker, A. (2004). Do Trials of Perpetrators Retraumatize Crime Victims? *Journal of Interpersonal Violence*, *19*(2), 212–227.  
<https://doi.org/10.1177/0886260503260326>
- Pruitt, J. & Kappius, R. (1992). Routine Inquiry Into Sexual Victimization: A Survey of Therapists' Practices. *Professional Psychology, Research and Practice*, *23*(6), 474–479.  
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.6.474>
- Reading, R. & Rubin, L. (2011). Advocacy and Empowerment: Group Therapy for LGBT Asylum Seekers. *Traumatology*, *17*(2), 86–98.  
<https://doi.org/10.1177/1534765610395622>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational treatment guide*. The Guilford Press.
- Salyers, M., Evans, L., Bond, G. & Meyer, P. (2004). Barriers to Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Problems in People with Severe Mental Illness: Clinician Perspectives. *Community Mental Health Journal*, *40*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000015215.45696.5f>
- Schock, K. & Knaevelsrud, C. (2013). Retraumatization: The Vicious Circle of Intrusive Memory. In *Hurting Memories and Beneficial Forgetting* (pp. 59–70). Elsevier Inc.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398393-0.00005-5>
- Schock, K., Rosner, R. & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), Article 26286. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286>
- Schön, D. (2001). Chapter 13: The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice. *Counterpoints*, *166*, 183–207.
- Schwabe, L., Nader, K. & Pruessner, J. (2014). Reconsolidation of Human Memory: Brain Mechanisms and Clinical Relevance. *Biological Psychiatry*, *76*(4), 274–280.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.008>
- Selva, P. C. D. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi*. Hans Reitzels Forlag.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (2. ed., pp. 53–80). Sage Publications.

- Smucker, M., Dancu, C., Foa, E. & Niederee, J. (1995). Imagery Rescripting: A New Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse Suffering From Posttraumatic Stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(1), 3–17. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.9.1.3>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Thagaard, T. (2004). *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag.
- Trevillion, K., Howard, L., Morgan, C., Feder, G., Woodall, A. & Rose, D. (2012). The Response of Mental Health Services to Domestic Violence: A Qualitative Study of Service Users' and Professionals' Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(6), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1078390312459747>
- Trottier, K., Monson, C., Wonderlich, S., MacDonald, D. & Olmsted, M. (2017). Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(1), 22–36. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207456>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Varvin, S. & Rosenbaum, B. (2015). Psykoterapi med mennesker i traumatiserede tilstande. In F. Alberdi, B. Rosenbaum & P. Sørensen (Eds.), *Moderne psykoterapi – teori og metoder* (pp. 417-434). Hans Reitzels Forlag.
- White, M. (2006). *Narrativ teori*. Hans Reitzels Forlag.
- White, M. (2007). *Kort over narrative landskaber*. Hans Reitzels Forlag.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W.W. Norton & Company.
- World Health Organization. (1996). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard.
- Uldall, S. W., Eskelund, K. & Karstoft, K. (2021). *Traume, hjerne og krop: biologiske perspektiver på PTSD*. Hans Reitzels Forlag.
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S. & Harrison, R. (2001). Evaluating and Overcoming Barriers to Taking Abuse Histories. *Professional Psychology, Research and Practice*, 32(4), 407–414. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.407>