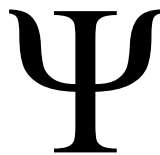




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



**Risiko- og beskyttelsesfaktorer for omsorgstretthet og sekundærtraumatisering
hos psykoterapeuter: en systematisk litteraturstudie**

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Steffen Ask Sleire & Espen André Sørbo

Vår 2022

Veileder

Endre Visted

Institutt for klinisk psykologi

Universitetet i Bergen

Forord

Etter seks år på studiet har vi lært mye om de ulike lidelsene vi kommer til å møte som terapeuter og hvordan vi skal gå frem i behandling. Vi har lært mindre om hva vi selv kan forvente å oppleve og hvordan vi skal takle belastningene knyttet til terapeutrollen. Det har derfor vært motiverende for oss å dykke ned i og utforske et tema som er så relevant for den arbeidshverdagen som møter oss nå som vi skal begynne på våre karrierer som psykologer. Vi kommer ut av dette med økt bevissthet, ny kunnskap og nye perspektiver, samtidig som det fortsatt er spørsmål som står ubesvart. Vi sitter også igjen med en økt respekt for den kompleksiteten det ligger i å komme frem til ny og sikker kunnskap om det som har med det menneskelige å gjøre. Vi håper denne oppgaven kan være vårt lille bidrag til å peke ut veien videre for forskningen på feltet, slik at vi i fremtiden kan vite enda mer om hvordan terapeuter best mulig kan yte helsehjelp uten at det går på bekostning av dem selv.

Til vår veileder, Endre Visted, som hele veien har støttet oss med hjelp, oppmuntring, skryt og rettleiding. Særlig har vi satt pris på ditt genuine engasjement for temaet og oppgaven, og ditt gode humør og avslappede lynne i møte med vårt stress. Vi sender deg en stor takk!

Abstract

Concepts like vicarious traumatization, secondary traumatic stress and compassion fatigue have since the 1990s tried to capture and measure the potential hazardous effects of being a healthcare worker. To investigate if there exist risk factors or protective factors associated with being a therapist, a systematic literature search was carried out in the databases PsycINFO and MEDLINE. Results from 50 studies were grouped as therapist factors, patient factors or work environment factors. Findings show mixed results, but suggests that meaning and social support are protective factors, and that administrative tasks are risk factors. Surprisingly few studies investigated the use of self care strategies, and correlation between demographic variables like age, gender, education and work experience with secondary traumatic stress or compassion fatigue, were inconclusive. Unclear and varying conceptualization, diverse use of measuring tools and few longitudinal and experimental studies made conclusions difficult. Implications of the findings are discussed according to therapist factors, client factors and work environment factors. Direction for future research is suggested.

Sammendrag

Det er siden 1990-tallet lansert begreper som vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet for å beskrive belastninger personer i hjelpeyrker kan oppleve som følge av sitt yrke. For å undersøke om det eksisterer risiko- eller beskyttelsesfaktorer for at psykoterapeuter kan utvikle sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet, ble det gjennomført systematiske litteratursøk i databasene PsycINFO og MEDLINE. Funn fra 50 artikler ble gruppert som enten faktorer ved terapeuten, klienten eller arbeidsforhold. Funnene var blandede, men antyder at mening og sosial støtte er beskyttende faktorer og administrative oppgaver er en risikofaktor. Det var overraskende at få studier omhandlet selvivaretakelsesstrategier, og korrelasjonene mellom demografiske faktorer som alder, kjønn, utdanning og arbeidserfaring med sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet var ikke entydige. Uklar konseptualisering av begrepene, variasjon i benyttede måleverktøy og få longitudinelle eller eksperimentelle studier satte begrensninger for konklusjonsgrunnlaget. Implikasjoner av funnene diskuteres med utgangspunkt i terapeutfaktorer, klientfaktorer og arbeidsforhold. Retning for videre forskning foreslås.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Metode	5
Utvalgskriterier	5
Informasjonskilder og søkestrategi	5
Seleksjon av studier	6
Datainnsamling	6
Dataelementer	7
Metoder for syntese	8
Resultater	8
Generelle karakteristikk	8
Måling av sekundærtraumatisering og omsorgstretthet	8
Terapeutfaktorer	10
Klientfaktorer	22
Faktorer knyttet til arbeidsforhold	25
Diskusjon	28
Generell tolkning av resultater	28
Terapeutfaktorer	28
Klientfaktorer	39
Faktorer knyttet til arbeidsforhold	41
Begrensninger for evidens	45
Begrensninger ved denne litteraturstudien	46
Implikasjoner	47
Konklusjon	59
Referanser	61
Annen informasjon	73
Tabell 1	73
Figur 1	79
Appendiks A	80
Appendiks B	81
Appendiks C	84

Introduksjon

Å være psykolog er forbundet med spesielle krav og utfordringer. Et kjerneelement i mange psykologers arbeidshverdag er å være en hjelper i møte med personer som har det vondt. Rollen som behandler gjør at man kommer tett på lidelse, da det er først på psykologkontoret mange forteller sine vanskeligste og vondeste historier. Et viktig spørsmål er om det å være i kontakt med personer med psykiske vansker kan være en belastning for behandleren. I så fall er det viktig å undersøke hvilke faktorer som er en risiko for at denne kontakten er belastende og hvilke faktorer som er beskyttende.

Fra forskning og klinisk erfaring vet vi at det er mange elementer til god psykologisk behandling. Vi vet at alliansen mellom terapeut og klient er en av de sentrale faktorene som har betydning for utfall av behandling (Norcross, 2019). Empati og medfølelse kan være viktige verktøy for å oppnå dette (Binder, 2014), men også for å validere og leve seg inn i hva klienten opplever. Sistnevnte kan også brukes som et kompass i behandlingen for å få tilgang til klientens følelser og behov (Stiegler, 2015). Terapeut-klient-relasjonen har også en iboende skjevhet når det gjelder forventninger. Det forventes i stor grad at psykologen skal lytte og støtte klienten i sin prosess, uten at dette gjengjeldes fra klienten. Det kan bety at terapeuten må sette sine egne følelser og behov til side i terapirommet for å være fullt tilstede for klienten. Som psykoterapeut sitter man også med ansvaret for behandlingen. Komplekse saker, manglende bedring og triste skjebner kan tenkes å utgjøre en belastning over tid.

Listen av stressorer terapeuter kan oppleve er lang (Norcross & VandenBos, 2018). Den inkluderer faktorer knyttet til terapeuten (som tvil på egne evner, vansker med å kontrollere egne følelser i terapi og personlige livshendelser), klientene (som alvorlig psykopatologi, mangel på motivasjon og selvmordsrisiko) eller arbeidsforhold (som det å ha mange klienter, tidspress, administrative oppgaver og mangel på autonomi).

I Norge er det gjerne arbeidet til psykologspesialist Per Isdal vi assosierer med risikoen og belastningene som følger av å være i et hjelpeyrke. I boken “Smittet av vold” (Isdal, 2017) forteller han om klinisk erfaring med voldsutøvere og hvordan dette arbeidet påvirket han og hans privatliv. Til å konseptualisere denne påvirkningen bruker han begrepene sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet. Isdal har fått stor oppmerksomhet for sin bok og sine foredrag, og dette vitner tilsynelatende om at risiko i hjelpeyrker er et tema som resonnerer med de aktuelle arbeidstakerne.

Hovedmålet med denne oppgaven er å undersøke risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Gjennom en systematisk litteraturgjennomgang vil vi undersøke faktorer knyttet til egenskaper ved terapeuten, klienter som terapeuten har i behandling, og arbeidsforhold. I tillegg vil vi se på hvordan omsorgstretthet og sekundærtraumatisering har blitt målt i empiriske studier. Men først vil vi gi et historisk overblikk og en begrepsavklaring.

Historisk overblikk og begrepsavklaring

Newell et al. (2016) har gjort en kronologisk gjennomgang av begreper og terminologi som er brukt opp gjennom årene til å beskrive klinikerens reaksjoner på arbeid med traumeklienter. De tidligste begrepene om dette kom for nærmere hundre år siden, og var de psykodynamiske begrepene *overføring* og *motoverføring*. Fra 1930- til 1960-tallet ble det lansert begreper som *emotional contagion*, *projective identification* og *empathic identification*, men det var ikke før i 1974 at psykologen Herbert Freudenberger brukte begrepet *burnout*, eller utbrenthet på norsk, til å beskrive symptomer på utmattelse som resultat av å ha vært lenge i en altfor krevende jobbsituasjon (Freudenberger, 1974). Christina Maslach videreutviklet dette begrepet og konseptualiserte utbrenthet som bestående av emosjonell utmattelse, depersonaliserende atferd og manglende mestring i arbeidet (Maslach, 1998). Hennes og andres arbeid med utbrenthet økte interessen for fagfeltet og ga gnist til

ideen om at arbeid med traumatiserte mennesker også kunne være skadelig for hjelperen. På slutten av 80-tallet og første halvdel av 90-tallet ble det utviklet flere begreper med hensikt å nyansere og spisse de negative erfaringene hjelpepersonell opplevde i forbindelse med arbeid med klienter (Newell et al., 2016). Av begrepene som fikk fotfeste var *vikarierende traumatisering* (VT) det første. Det ble lansert av McCann og Pearlman (1990) og bygde på Pearlman sin kliniske erfaring fra arbeid med traumeklienter og konstruktivistisk selvutviklingsteori. De definerte vikarierende traumatisering til å omhandle endringer i terapeutens kognitive skjema og antagelser om verden innen domener som: følelse av selv, egen sikkerhet, intimitet, spiritualitet, tillit til andre og kontroll som følge av kronisk eksponering og behandling av traumelidelser, og at man også kunne ha tilhørende PTSD-symptomer som søvnløshet og påtrengende mentale bilder.

Det andre begrepet som fikk fotfeste var *sekundærtraumatisk stress* (STS), hovedsakelig gjennom arbeidet til Charles Figley (1995). Begrepet tok utgangspunkt i kriteriene for diagnosen PTSD i DSM-IV (Bride et al., 2004). Det var spesielt kriterium A, eksponering for død, alvorlig livsfare, ulykke eller seksuell vold som ble benyttet. Kriteriet kunne også oppfylles ved å bevitne at andre eksponeres for død eller livsfare. På bakgrunn av dette foreslo Figley at terapeuter gjennom sin empatiske involvering med klienters traumatiske opplevelser indirekte ble vitner til traumatiske hendelser, og at dette kunne føre med seg PTSD-symptomer som påtrengende negative minner, unngåelsesatferd, søvnevansker, årvåkenhet, uro og irritabilitet. Der vikarierende traumatisering fokuserte på endring i terapeutens kognitive skjema om omverdenen, fokuserte sekundærtraumatisk stress i større grad på PTSD-symptomer terapeuter kunne oppleve. En likhet mellom begrepene var at sekundærtraumatisk stress også kunne oppstå som følge av empatisk kontakt med andre (Newell et al., 2016). Figley påpekte at symptomene på sekundærtraumatisering generelt vil

være mildere enn ved PTSD, men foreslår at de kan utvikle seg til PTSD dersom de står ubehandlet eller uadressert over lang nok tid (Figley, 1995).

Det tredje begrepet som ble utviklet på 90-tallet var *compassion fatigue* (CF), eller omsorgstretthet på norsk. Begrepet ble først nevnt av Joinson (1992), der omtalt som en spesiell variant av utbrenthet som rammer personell i omsorgsykker og får dem til å føle seg apatiske og frakoblet i klientarbeidet. I 1995 operasjonaliserte Figley begrepet til å være det overordnede emosjonelle og psykologiske stresset en hjelper kunne oppleve som følge av å arbeide empatisk med lidende mennesker (Figley, 1995). Han så på det som en kombinasjon av sekundærtraumatisk stress og utbrenthet, og at drivkraften bak symptomene var overdreven empatisk bekymring hos terapeuten heller enn å oppleve traumer indirekte. Figley hadde også tanker om at omsorgstretthet var et mindre stigmatiserende begrep enn sekundærtraumatisk stress, og at omsorgstretthet kunne være et forstadium til vikarierende traumatisering (Figley, 1995). Den senere bruken av omsorgstretthet innen fagfeltet har ikke vært uniform. Omsorgstretthet har blitt brukt som synonym både for sekundærtraumatisk stress og vikarierende traumatisering (Newell et al., 2016). Andre igjen argumenterer for en annen konseptualisering enn Figley. Coetzee & Klopper (2010) definerer omsorgstretthet som et resultat av en prosess som utvikler seg ved at stress knyttet til medfølelse blir ignorert og dermed fører til akkumulert belastning over tid gjennom kontakt med klienter.

Til tross for ulike definisjoner og begrepsbruk fremstår det tydelige overlapp mellom utbrenthet, sekundærtraumatisk stress, omsorgstretthet og vikarierende traumatisering. Med definisjonene som foreligger om utbrenthet fra Freudenberg og Maslach, tolkes dette som et mer overordnet og generelt begrep enn de andre tre. Altså at utbrenthet er noe som i større grad kan oppstå i alle yrker heller enn spesifikt i hjelpeyrker. I denne oppgaven ønsker vi å undersøke beskyttelses- og risikofaktorer knyttet til rollen som psykoterapeut. Vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisk stress og omsorgstretthet ser ut til å være de begrepene

som er mest rettet mot de spesifikke utfordringene som kjennetegner psykoterapeutrollen, og vi har derfor valgt å fokusere på dem. Selv om det er forskjeller i fokuset mellom vikarierende traumatisering og sekundærtraumatisk stress, beskriver begge endring som følge av å ha vært eksponert for klienters traumatiske historier. Siden disse begrepene er såpass like og blir brukt på overlappende måter i litteraturen kommer vi fremover til å bruke “sekundærtraumatisering” som et overordnet begrep for vikarierende traumatisering og sekundærtraumatisk stress.

Metode

Utvalgskriterier

Inklusjonskriteriene våre var fagfellevurderte artikler som 1) har omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering som et sentralt fokus, 2) har primært fokus på personer som i hovedsak driver profesjonelt med psykoterapi (individuell og i gruppe) og 3) presenterer originale empiriske funn om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til omsorgstretthet og/eller sekundærtraumatisering. Kasusstudier ble ikke inkludert og vi begrenset oss til artikler skrevet på engelsk eller norsk. Vi inkluderte studier der profesjonelle utøvere av psykoterapi var del av et sammensatt utvalg, men utgjorde minst 40 % av utvalget. Andre grupper enn kliniske psykologer, som “social workers” og “counsellors” ble ikke regnet som utøvere av psykoterapi med mindre det ble tydeliggjort i artikkelen at de hadde en slik rolle.

Informasjonskilder og søkestrategi

Det ble gjennomført systematiske søk i databasene PsycINFO og MEDLINE. Søkemotorene vi brukte var Ovid for PsycINFO og Web of Science for MEDLINE. Vi brukte søkelinjene (psychologist* OR psychotherapist* OR therapist* OR psychiatrist*) AND ("secondary trauma*" or "vicarious trauma*" or "compassion fatigue"). Vi begrenset søket til treff på engelsk og norsk. I PsycINFO begrenset vi i tillegg søket til tidsskrift med fagfellevurdering. Dette fantes ikke som alternativ i søkemotoren til MEDLINE, men denne

databasen består i utgangspunktet bare av tidsskrift med fagfelle vurdering, med noen få unntak. Siste søk ble gjort i PsycINFO 24.01.22 og i MEDLINE 04.02.22.

Seleksjon av studier

Figur 1 viser en skjematisk oversikt over prosessen med å identifisere studier til litteraturgjennomgangen. Søket vårt ga til sammen 612 treff (256 fra PsycINFO og 356 fra MEDLINE). Referanser fra disse treffene, inkludert tittel og abstract, ble eksportert til et bibliotek i referanseverktøyet Zotero.

Sett inn figur 1 omtrent her

Det ble identifisert 151 duplikater som ble fjernet før screening. Screeningen foregikk ved at begge forfattere i fellesskap gikk gjennom tittel og abstract for hver artikkel og avgjorde hvilke som kunne ekskluderes basert på dette. Deretter ble det innhentet fulltekstversjoner av de gjenstående 77 artiklene, som hver ble lest og vurdert for utvelgelse av én av forfatterne. I de tilfellene der det forelå tvil om artikkelen skulle ekskluderes kom forfatterne sammen og diskuterte og avgjorde dette i fellesskap. 21 av disse artiklene ble ekskludert på bakgrunn av at utvalget ikke oppfylte våre kriterier, eller at det var uklart om de gjorde det. Tre artikler hadde ikke et sentralt fokus på begrepene vi var interessert i og ble ekskludert av den grunn, mens to artikler ble ekskludert fordi de ikke presenterte originale empiriske funn om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Det gjorde at 50 studier til slutt ble inkludert i litteraturgjennomgangen og dannet grunnlaget for datainnsamlingen.

Datainnsamling

Hver av de 50 artiklene ble lest av én av forfatterne. Det ble utformet et skjema til bruk av datainnsamlingen som inneholdt følgende punkter: 1) tittel, 2) forfatter(e), årstall, land, 3) metode, 4) deltakere, 5) utfallsmål, 6) teori, 7) kort beskrivelse av effekt og funn, 8)

svakheter ved studien, 9) annet og 10) risiko- og beskyttelsesfaktorer. Se appendiks A for skjemaet som ble brukt.

Dataelementer

Følgende dataelementer ble hentet inn fra hver studie. Under tittel ble artikkelens tittel ført opp. På punktet under ble det oppført navn på forfattere, hvilket år artikkelen ble publisert, og hvilke(t) land institusjonene eller universitetene var lokalisert i. Under metode ble det notert om studien var kvantitativ, kvalitativ eller kombinerte metoder. Det ble også notert hvilke spesifikke verktøy som ble brukt, som ulike standardiserte spørreskjemaer. Under punktet for deltakere ble det notert hvor mange som var med i utvalget og andre demografiske variabler som kjønn, alder, yrkesgruppe og erfaringslengde, såfremt det var beskrevet i studiene. Under punktet for utfallsmål ble det notert om studien undersøkte “compassion fatigue”, “vicarious traumatization”, “secondary traumatic stress” eller brukte et begrep som tilsvarer et av disse. Vi noterte oss dersom studien eksplisitt brukte en konkret teori som utgangspunkt for hypoteser som ble testet i studien. Under beskrivelse av effekt og funn ble det ført opp en kort oppsummering av hovedfunn i studien som var relevant for vårt fokus. Videre ble det angitt om det var noen svakheter ved studien og om den skulle inkluderes. Dersom det var ytterligere informasjon som ikke passet inn under de foregående kategoriene, men som likevel fremsto interessant, ble dette notert under annet. På det siste punktet ble det ført opp funn som kunne tolkes som risiko- eller beskyttelsesfaktorer for omsorgstretthet og/eller sekundærtraumatisering. Det ble også ført opp manglende korrelasjon i de tilfellene der andre studier fant en sammenheng. Alle mål som ble presentert som utfallsmål for enten “compassion fatigue”, “vicarious traumatization” eller “secondary traumatic stress” kvalifiserte for inklusjon.

Metoder for syntese

Vi startet med tre hovedkategorier for risiko- og beskyttelsesfaktorer: faktorer knyttet til 1) terapeuten, 2) klientene og 3) arbeidsforhold. Underveis i prosessen med å vurdere og innhente data fra studiene ble det tydelig at det var mulig å utvikle underkategorier av disse. Underkategoriene vi definerte for terapeutfaktorer var: demografiske variabler (kjønn og alder), utdanning, erfaring som terapeut, egen traumehistorikk, kognitiv prosessering, empati, utførelse av terapi og selvivaretakelse- og mestringsstrategier. For klientfaktorer ble følgende underkategorier laget: traumer og klientgruppe. Til slutt, underkategoriene for faktorer knyttet til arbeidsforhold var: arbeidsmengde, administrativt arbeid, ledelse og veiledning.

Resultater

Generelle karakteristikk

Nesten alle studiene presenterte funn om faktorer knyttet til terapeuten ($k = 48$), noe som gjør det til den klart største kategorien. 21 studier presenterte funn knyttet til klientenes egenskaper. Hovedsakelig så disse studiene på om det å være eksponert for klientenes traumer gjorde terapeuter mer utsatt for plager. Det var 13 studier som presenterte funn knyttet til arbeidsforhold. Se tabell 1 for en oversikt over studier og deres generelle karakteristikk.

Sett inn tabell 1 omtrent her

Måling av sekundærtraumatisering og omsorgstretthet

I artiklene var det noen måleinstrumenter som gikk igjen. De hyppigst benyttede var Professional Quality of Life Scale (ProQOL; $k = 21$), Traumatic Stress Institute Belief Scale (TSI; $k = 10$), Impact of Events Scale (IES; $k = 9$) og The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; $k = 5$). Ni artikler benyttet kvalitativt intervju som måleverktøy. Det ble også i enkelte

studier benyttet andre måleverktøy, videreutviklinger eller egenutviklede varianter. Disse er beskrevet i appendiks C.

Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Det mest benyttede selvrapporteringskjemaet var ProQOL. Dette består av 30 spørsmål fordelt på skalaene *compassion satisfaction* (CS) og *compassion fatigue* (CF). Compassion fatigue-skalaen delers ytterligere inn i subskalaene *secondary traumatic stress* (STS) og *burnout* (BO). Spørsmålene besvares på en fempunkts likert-skala fra *aldri*, til *veldig ofte*, og tar utgangspunkt i siste 30 dager. Compassion fatigue-skalaen er vist å måle tre distinkte konstrukt da det foreligger en delt varians på 2 % mellom CF-skalaen og STS-skalaen, 5 % mellom CF-skalaen og BO-skalaen, og 34 % mellom STS-skalaen og BO-skalaen (Stamm, 2010).

Traumatic Stress Institute Belief Scale (TSI)

Dette er et selvrapporteringskjema bestående av 80 spørsmål som måler endringer i kognitive skjema og antagelser vedrørende egen sikkerhet, tillit til andre, selvfølelse, intimitet og opplevelse av kontroll. Spørsmålene besvares på en sekspunkts likert-skala fra *sterkt uenig* til *sterkt enig*. Spørreskjemaet er utviklet av Pearlman på 1990-tallet for å måle vikarierende traumatisering, og er revidert en rekke ganger: Revisjon F har 79 spørsmål (Pearlman & Mac Ian, 1995), revisjon M har 77 spørsmål og revisjon L (TSI-BSL) har 80 spørsmål (Pearlman, 1996). Måleverktøyet har vist god reliabilitet og moderat diskriminerende validitet i forhold til utbrenthet, omsorgstretthet og generelle plager (Jenkins & Baird, 2002). I 2003 ble måleverktøyet omdøpt til Trauma and Attachment Belief Scale (TABS) (Pearlman, 2003).

Impact of Events Scale (IES) og Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

IES er et selvrapporteringskjema utviklet på 1980-tallet bestående av 15 spørsmål, ment for å måle PTSD-symptomer innen unngåelse og påtrengende tanker som følge av å ha opplevd en direkte traumatisk opplevelse. Spørsmålene besvares via en fempunkts

likert-skala fra *ikke tilstede* til *ekstremt*, og tar utgangspunkt i siste syv dager (McLean et al., 2003). Den reviderte versjonen fra 1995, kalt Impact of Event Scale-Revised (IES-R), la til syv spørsmål om fysiologisk aktivering og det ble dermed tre subskalaer: unngåelse, påtrengende tanker og fysiologisk aktivering. Måleverktøyet er rapportert å ha god reliabilitet (Marmaras et al., 2003).

The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)

Dette er et selvrapporteringskjema bestående av 17 spørsmål om temaene påtrengende tanker, unngåelse og fysiologisk aktivering knyttet til indirekte traumatiske opplevelser gjennom jobb. Spørsmålene besvares på en fempunkts likert-skala fra *aldri* til *veldig ofte*, og tar utgangspunkt i siste syv dager. Spørreskjemaet ble utviklet av Bride og Figley på 1990-tallet ut av mangel på måleverktøy som var spesialisert for å måle sekundærtraumatisk stress. Måleverktøyet har i studier vist god reliabilitet, og god konvergerende, diskriminerende og faktoriell validitet (Bride et al., 2004).

Terapeutfaktorer

Demografiske variabler: kjønn og alder.

Det var 22 artikler som presenterte funn om kjønn og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Flertallet av disse ($k = 17$) fant ikke en sammenheng (Cieslak et al., 2013; Craig & Sprang, 2010; Deighton et al., 2007; Diehm et al., 2019; Eng et al., 2021; Kizilhan, 2020; Kjellenberg et al., 2014; Lakioti et al., 2020; Martin-Cuellar et al., 2019; Posselt et al., 2019; Rzeszutek et al., 2015; Saleem & Hawamdeh, 2022; Samios et al., 2012; Singh & Hassard., 2021; Sodeke-Gregson et al., 2013; Tominaga et al., 2020; Zeleskov-Doric et al., 2012).

Fem artikler fant en sammenheng. Robinson-Keilig (2014) benyttet STSS og fant en positiv korrelasjon mellom kjønn og sekundærtraumatisering. Det å være kvinne, ha færre års erfaring og et større antall traumeklinter i klientmengden stod for en delt varians på mellom

1,8 % og 3,9 % for høyere nivå av sekundærtraumatisering. I den kvalitative delen av Killian (2008) uttrykte en høyere prosentandel av kvinnene en bekymring for hvordan det traumatiske klientmaterialet ville påvirke familierelasjonene. McLean et al (2003) fant en signifikant forskjell mellom gjennomsnittskåren til mennene og kvinnene på IES, der mennene skåret lavere enn kvinnene. Way et al. (2004) undersøkte et utvalg med IES og Childhood Trauma Questionnaire og fant at 1 % av variansen i traumeunngåelse kunne forklares av terapeutens alder, kjønn, egen misbrukshistorikk og tid som terapeut for ofre for seksuelt misbruk. Og Sui & Padmanabhanunni (2016) intervjuet seks personer og fant at kvinnene i større grad enn mennene rapporterte mistillit til andre.

Sytten studier presenterte funn om sammenheng mellom terapeuters alder og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering. Majoriteten av studiene ($k = 12$) fant ikke en sammenheng (Cieslak et al., 2013; Craig & Sprang, 2010; Diehm et al., 2019; Eng et al., 2021; Kjellenberg et al., 2014; Martin-Cuellar et al., 2019; Posselt et al., 2019; Rzeszutek et al., 2015; Saleem & Hawamdeh, 2022; Sodeke-Gregson et al., 2013; Yip et al., 2017; Zeleskov-Doric et al., 2012).

Fire studier fant en negativ korrelasjon mellom alder og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet, altså at yngre terapeuter så ut til å være mer utsatt for plager. Halevi og Idisis (2018) fant høyere nivåer av sekundærtraumatisering blant yngre terapeuter. Denne sammenhengen ble riktignok ikke-signifikant når de inkluderte *differensiering av selvet* i sin regresjonsmodell. Dermed virker det som at evnen til å balansere opplevelsen av seg selv som individ med det å kunne føle seg tilknyttet andre kan være en beskyttende faktor for yngre terapeuter. Singh og Hassard (2021) fant også lavere nivå av sekundærtraumatisering blant eldre terapeuter, målt med ProQOL. Way et al. (2004) fant at yngre terapeuter hadde høyere nivå av både påtrengende symptomer og unngåelse, målt med IES. Til slutt fant

Aajfes-van Doorn et al. (2020) at yngre terapeuter skåret høyere på Vicarious Trauma Survey (VTS).

Oginska-Bulik et al. (2020) fant en helt motsatt retning på korrelasjonen mellom alder og sekundærtraumatisering. De fant en positiv korrelasjon mellom alder og sekundærtraumatisering, altså at eldre terapeuter var mer sårbare.

Utdanning

Det er også et spørsmål om terapeuter kan erverve ferdigheter gjennom utdanningen som kan hjelpe dem å unngå sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Seks studier så på sammenhengen mellom sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet og terapeuters utdanning eller kursing. Fem av disse var kvantitative, hvorav fire ikke fant noen sammenheng. Craig og Sprang (2010) undersøkte traumeterapeuter og fant ingen forskjell i omsorgstretthet mellom psykologer og sosialarbeidere. De fant heller ikke at spesialisert traumekursing eller utdanningsnivå (master vs. doktorgrad) hadde betydning for omsorgstretthet. En annen studie fant ingen korrelasjon mellom utdanningsnivå (bachelor, master eller doktorgrad) og omsorgstretthet i et utvalg som bestod av psykologer og psykiatere (Saleem & Hawamdeh, 2022). Singh og Hassard (2021) fant heller ingen sammenheng mellom utdanningsnivå og sekundærtraumatisering, og heller ingen forskjell mellom terapeuter som var i praksis og profesjonelle som var ferdigutdannet. Lengden på utdanningen var ikke korrelert med sekundærtraumatisering i studien til Zeleskov-Doric et al. (2012). Steed og Bicknell (2001) fant ingen sammenheng mellom utdanningsnivå (bachelor vs. mastergrad) og omsorgstretthet, men de fant at psykologene i utvalget hadde lavere nivå av sekundærtraumatisering sammenlignet med sosialarbeiderne. Til slutt var det én kvalitativ studie som ga støtte til utdanning og kursing som en beskyttende faktor. Terapeutene rapporterte å bruke videreutdanning som en del av en holistisk tilnærming til å ivareta egen mental helse (Harrison & Westwood, 2009).

Erfaring som terapeut

Tjueto studier undersøkte sammenhengen mellom sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet og hvor lang erfaring deltakerne hadde som terapeuter. Her var resultatene blandet. Flertallet av studiene ($k = 14$) fant ingen signifikant sammenheng (Cieslak et al., 2013; Craig & Sprang, 2010; Devilly et al., 2009; Diehm et al., 2019; Kadambi & Truscott, 2003; Steed & Bicknell, 2001; McKim & Smith-Adcock, 2014; Posselt et al., 2019; Rzeszutek et al., 2015; Saleem & Hawamdeh, 2022; Singh & Hassard, 2021; Sodeke-Gregson et al., 2013; Yip et al., 2017; Zeleskov-Doric et al., 2012). Syv kvantitative studier fant at lengre erfaring var assosiert med mindre plager. Én kvalitativ studie støttet også opp under dette. Én studie påviste sammenheng i motsatt retning: at terapeutene som hadde mer erfaring var mer utsatt for plager.

I studien med flest deltakere ($N = 655$) var kortere erfaring som terapeut forbundet med høyere nivå av omsorgstretthet. Imidlertid var effektstørrelsen for dette funnet lav ($\eta^2 = .051$; Eng et al., 2021). En gruppe skilte seg ut fra dette mønsteret: De terapeutene som bare hadde ett års praksis hadde lavere nivå av omsorgstretthet. Carmel og Friedlander (2009) fant også en negativ korrelasjon mellom erfaring og omsorgstretthet. Pearlman & Mac Ian (1995) fant at terapeuter som var nyere i traumefeltet hadde høyere nivå av sekundærtraumatisering. Robinson-Keilig (2014) fant at terapeuter som hadde vært færre år i jobben hadde høyere skårer på STSS. To studier brukte IES for å undersøke sekundærtraumatisering og fant at dette korrelerte negativt med erfaringslengde. Den ene studien fant at blant terapeuter som arbeidet med ofre for seksuelle overgrep var det de som hadde kortere erfaring med dette arbeidet som var mest utsatt for å oppleve påtrengende traumesymptomer (Way et al., 2004), mens den andre fant at færre års erfaring var forbundet med høyere totalskåre på IES (McLean et al., 2003). Aafjes-van Doorn et al. (2020) fant også at terapeuter med mindre klinisk erfaring hadde høyere skårer på Vicarious Trauma Survey.

Zeleskov-Doric et al. (2012) fant ikke en signifikant korrelasjon mellom erfaring og utfall. Én studie viste funn som tyder på at det å ha jobbet lengre som traumeterapeut er en risikofaktor for omsorgstretthet, målt med ProQOL (Kjellenberg et al., 2014). I tillegg var det en kvalitativ studie der terapeutene trakk fram erfaring som en beskyttende faktor (Norrman Harling et al., 2020).

Egen traumehistorikk

Det var 17 artikler som presenterte funn om sammenhengen mellom egen traumehistorikk og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Flertallet av artiklene (k = 11) fant ikke en korrelasjon (Benatar, 2000; Devilly et al., 2009; Follette et al., 1994; Kadambi & Truscott, 2004; Kjellenberg et al., 2014; Laverdiere, Ogrodniczuk, et al., 2019; Martin-Cuellar et al., 2019; McKim & Smith-Adcock, 2014; Oginska-Bulik et al., 2020; Schauben & Frazier, 1995; Way et al., 2004).

Seks studier gjorde funn som tyder på at egen traumehistorikk var en risikofaktor. Cieslak et al. (2013), Sodeke-Gregson et al. (2013), Pearlman og Mac Ian (1995) og Diehm et al. (2019) fant alle en signifikant sammenheng mellom egen traumehistorikk og sekundærtraumatisering. Sistnevnte fant også at de som i mindre grad hadde arbeidet seg gjennom traumene sine hadde de mest alvorlige symptomene på sekundærtraumatisering. Kadambi & Truscott (2003) fant at de åtte terapeutene som rapporterte egne traumer hadde betydelig høyere skåre på sekundærtraumatisering, men bemerker at utvalget var for snevert til å kunne trekke sikre statistiske konklusjoner. Killian (2008) fant i den kvalitative delen av sin studie at egen traumehistorikk var den hyppigst nevnte risikofaktoren nevnt blant de 20 psykologene som ble intervjuet. I den kvantitative delen av studien fant Killian at egen traumehistorikk var signifikant korrelert med omsorgstretthet.

Kognitiv prosessering

Kognitive strategier og fortolkninger. Seks studier gjorde funn som tyder på at ulike former for kognitive strategier kan ha betydning for sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. To polske studier (Juczynski et al., 2021; Oginska-Bulik et al., 2020) undersøkte sammenhengen mellom ulike kognitive prosesseringsstrategier og sekundærtraumatisering ved hjelp av måleverktøyene Secondary Traumatic Stress Inventory og Cognitive Processing of Trauma Scale (CPOTS). Begge fant at de kognitive strategiene som regnes som maladaptive responser på eksponering for traumer (fornektelse og anger) var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering. De fant også denne sammenhengen for en av de kognitive strategiene i CPOTS som regnes som adaptiv, nemlig det å sammenligne sin situasjon med andre som har det verre. Cieslak et al. (2013) brukte STSS til å undersøke hvordan terapeutene vurderte betydningen av sekundær traumeeksponering, og fant at de som vurderte den som mer skadelig opplevde mer sekundærtraumatisering. De konkluderte med at intervensjoner bør rettes mot terapeutenes kognitive fortolkninger. Kjellenberg et al. (2014) undersøkte deltakernes holdninger til ondskap og fant at mer frykt og resignasjon til menneskelig ondskap var forbundet med høyere grad av omsorgstretthet. Den siste av de kvantitative studiene så på betydningen av deltakernes oppfatninger om terapi, med utgangspunkt i en egenutviklet skala for maladaptive terapeutoppfatninger, som blant annet inneholdt perfeksjonistiske tanker, katastrofetanker og svart/hvitt-tenkning (McLean et al., 2003). De fant at mer maladaptive terapeutoppfatninger var forbundet med mer sekundærtraumatisering.

I den kvalitative studien til De Lange & Chigeza (2015) ble syv sørafrikanske psykologer intervjuet om hvilke positive personlige kvaliteter de opplevde som beskyttende for omsorgstretthet. Flere av kvalitetene som ble trukket fram av psykologene handlet om kognisjoner: aksept for arbeidets natur, det å sette pris på de positive sidene ved jobben og å

se på livet med en “høyere form for logikk” som innebærer selvrefleksjon og anerkjennelse av den hjelpen man har gitt andre over tid.

Mestringstro. To studier viste til funn som kan tyde på at mestringstro er en beskyttelsesfaktor. Det vil si i hvilken grad et individ tror de vil være i stand til å utføre en oppgave. Begge brukte Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES) som mål på mestringstro og ProQOL til å måle henholdsvis omsorgstretthet (Saleem & Hawamdeh, 2022) og sekundærtraumatisering (Lakioti et al., 2020).

Mening. Fem artikler undersøkte omsorgstretthet og sekundærtraumatisering opp mot terapeuters evne til å danne mening i arbeidet som psykoterapeuter (Carmel & Friedlander, 2009; Harrison & Westwood, 2009; Lakioti et al., 2020; Linley et al., 2005; Zeleskov-Doric et al., 2012). Alle fant indikasjoner på at opplevelse av mening var en beskyttelsesfaktor for å utvikle sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Carmel & Friedlander (2009) fant at terapeuter som arbeidet med mannlige seksualforbrytere og opplevde at de gjorde en viktig jobb, var bedre rustet til å unngå sekundærtraumatisering. Lakioti et al. (2020) fant negativ korrelasjon mellom mening og sekundærtraumatisering. I Zeleskov-Doric et als. (2012) fant at mening var negativt korrelert med nivå av sekundærtraumatisering. Linley et al. (2005) så på betydningen av terapeutenes *opplevelse av sammenheng*. De gjorde dette med måleverktøyene Sense of Coherence Scale (SOC) og Changes in Outlook Questionnaire (CiOQ). Opplevelse av sammenheng er et konsept bestående av tre komponenter: 1) evne til å gjøre mening av sine omgivelser, 2) grad av ressurser tilgjengelig i omgivelsene for å mestre utfordringer og 3) mening, konseptualisert som i hvilken grad individet vurderer en utfordring er verdt å engasjere seg i. De fant at høyere SOC-skåre var assosiert med mindre negative endringer og mer positive endringer i CiOQ.

Harrison og Westwood (2009) gjorde kvalitative intervjuer av seks terapeuter, fagfelleutnevnt som erfarne og dyktige, om hvordan de ivaretok personlig og profesjonell

helse i møte med alvorlig traumatiserte klienter. Terapeutene trakk frem viktigheten av å skape mening i arbeidet med klientene, for å bedre kunne tåle historiene og skjebnene. De la også vekt på mening i en mer spirituell dimensjon, det å føle seg som en del av noe større enn seg selv.

Empati

Fem artikler så på sammenhengen mellom terapeuters egenrapporterte grad av empati og sekundærtraumatisering. Fem artikler (Juczynski et al., 2021; Lakioti et al., 2020; Laverdiere, Ogrodniczuk, et al., 2019; Oginska-Bulik et al., 2020) presenterte funn som tyder på at empati er en risikofaktor for sekundærtraumatisering, mens i én kvalitativ artikkel ble empati trukket frem som en beskyttelsesfaktor (Harrison & Westwood, 2009).

Juczynski et al. (2021) benyttet STSI og Empathetic Sensitivity Scale (EES) og fant at terapeutens opplevde ubehag og frykt i møte med andres negative erfaringer korrelerte med sekundærtraumatiserings-skåren. Lakioti et al. (2020) benyttet ProQOL og Brief Interpersonal Reactivity Index og fant en positiv sammenheng mellom empati og sekundærtraumatisering. Oginska-Bulik et al. (2020) benyttet STSI og Empathic Sensitiveness Scale (SWE) og fant at tre aspekter ved empati; empatisk bekymring, personlig ubehag og perspektivtakingsevne, var positiv korrelert med sekundærtraumatisering. Av de tre aspektene var det personlig ubehag som hadde høyest korrelasjon ($r = 0.51, p < .001$). Laverdiere et al. (2019) undersøkte terapeuter med ProQOL og Interpersonal Reactivity Index (IRI) og fant at den individuelle styrken på den affektive komponenten til empati var korrelert med sekundærtraumatisering.

Mens de kvantitative studiene fant sammenhenger mellom egenrapportert empati og sekundærtraumatisering, fant den kvalitative studien til Harrison & Westwood (2009) indikasjoner på at empati var en beskyttende faktor mot omsorgstretthet og sekundærtraumatisering. Terapeutene trakk frem at den empatiske koblingen med klienten

var noe av de som gjorde at de fortsatte i arbeidet, og som beskyttet dem mot omsorgstretthet og sekundærtraumatisering.

Utførelse av terapi

Fem studier presenterte funn som handlet mer direkte om selve utførelsen av terapi. En av dem var en spørreundersøkelse som fant at traumeterapeuter som var overinvolvert med klientene sine hadde høyere grad av omsorgstretthet (McKim & Smith-Adcock, 2014). Singh & Hassard (2021) brukte Emotional Labour Scale (ELS) til å undersøke betydningen av *emosjonelt arbeid*, det å endre eller undertrykke sine egne følelser eller følelsesmessige uttrykk. *Surface acting* (det å uttrykke andre følelser enn de man kjenner på) var moderat korrelert med sekundærtraumatisering, mens *deep acting* (det å involvere seg emosjonelt i materialet på en slik måte at terapeuten selv kjenner på de samme følelsene som klienten) bare var signifikant korrelert når de så isolert på den gruppen i utvalget som hadde høyest nivå av sekundærtraumatisering. Det ble også funnet en svak sammenheng mellom sekundærtraumatisering og undertrykkelse av egne følelser. En studie fant at bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder, målt med Trauma Practices Questionnaire (TPQ), var forbundet med lavere nivå av omsorgstretthet (Craig & Sprang, 2010). Deighton et al. (2007) undersøkte terapeutenes praksis og holdning til det å jobbe gjennom traumer. De fant at terapeutene som mente det var nødvendig å jobbe gjennom traumer, men ikke lyktes med det i terapien, var mest utsatt for omsorgstretthet. Både den gruppen som verken talte for eller praktiserte det å jobbe gjennom traumer og den gruppen som lyktes med å gjøre det hadde lavere nivå av plager. Dette indikerte at utdanning og kurs kan være viktig for å øke mestringstro og terapeuters evne til å håndtere konkrete og krevende terapeutiske situasjoner. Follette et al. (1994) fant at negative kliniske responser (definert som uoppmerksomhet eller dissosiasjon i timene, manglende empati og skyldfølelse for egne begrensninger som terapeut) var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering.

Selvivaretakelse og mestringsstrategier

Når det kommer til selvivaretakelse og mestringsstrategier var resultatene generelt sett blandet. Elleve studier viste til funn om ulike selvivaretakelsesstrategier (utenom sosial støtte), hvorav tre var kvalitative. Bare to kvantitative studier fant en negativ korrelasjon mellom bruk av selvivaretakelsesstrategier og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering, men det var også tre kvalitative studier som ga støtte til at bruk av selvivaretakelsesstrategier var en beskyttelsesfaktor. Seks av studiene fant en positiv korrelasjon mellom ulike former for selvivaretakelse eller mestringsstrategier og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Noen av disse mestringsstrategiene var i utgangspunktet regnet som negative, slik som unngåelsesatferd eller bruk av alkohol.

En kinesisk studie fant negativ korrelasjon mellom deltakernes nivå av mindfulness og omsorgstretthet målt med ProQOL, som kan tyde på at mindfulness kan fungere beskyttende (Yip et al., 2017). Det ble også funnet at selvmedfølelse medierte denne effekten, noe som gir støtte til selvmedfølelse som en beskyttende faktor. I den kvalitative studien til Harrison og Westwood (2009) sa de fleste terapeutene at de nyttiggjorde seg av mindfulness som en selvivaretakelsesstrategi.

Schauben og Frazier (1995) fant at de hyppigst rapporterte formene for selvivaretakelse (aktiv mestring, sosial støtte, instrumentell støtte, planlegging og humor) blant terapeuter som jobbet med seksuell vold var assosiert med lavere nivå av sekundærtraumatisering. De fant ingen korrelasjon for unnvikende strategier som fornektelse eller rusbruk, men fant at atferdsmessig frakobling var forbundet med mer symptomer på sekundærtraumatisering. I denne studien svarte også deltakerne på et åpent spørsmål om hvilke strategier de brukte til vanlig. Svarene ble gruppert som aktiviteter som fremmet fysisk helse, spirituelle aktiviteter (som meditasjon og å tilbringe tid i naturen) og fritidsaktiviteter.

I en studie som inkluderte både terapeuter og politibetjenter ble det funnet at negative mestringsstrategier (definert som rusbruk, forsøk på å glemme det klienter hadde fortalt, sosial tilbaketrekning og aggresjon mot andre) predikerte høyere nivå av sekundærtraumatisering blant terapeutene (Follette et al., 1994). Andre har funnet positiv korrelasjon mellom sekundærtraumatisering og ulike former for selvivaretagelse, slik som det å gå i terapi (Halevi & Idisis, 2018) og ha et høyere nivå av daglige spirituelle opplevelser (Saleem & Hawamdeh, 2022). Sodeke-Gregson et al. (2013) fant at mer tid brukt på selvivaretagelse var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering. Way et al. (2004) spurte terapeuter som jobbet med ofre for seksuelle overgrep hvilke mestringsstrategier de hadde benyttet seg av de siste seks månedene. Basert på dette utviklet de tre kategorier: positive personlige strategier (som fysisk aktivitet, spiritualitet, sosialisering og egenerapi), positive profesjonelle strategier (som veiledning og å konsultere kollegaer) og negative personlige strategier (som bruk av rusmidler og pornografi). Både de positive og de negative personlige strategiene var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering, men de positive profesjonelle strategiene var ikke korrelert med sekundærtraumatisering.

Killian (2008) kombinerte kvalitativ og kvantitativ metode i en studie der han først intervjuet en gruppe traumeterapeuter og undersøkte hvilke selvivaretagelsesstrategier de benyttet seg av, for deretter å se på hvordan bruken av slike strategier hang sammen med omsorgstretthet. I den kvalitative delen la deltakerne vekt på spiritualitet, trening, sosialisering og det å ta seg tid til å bearbeide inntrykk fra terapi, særlig sammen med andre. Likevel ble det ikke funnet noen sammenheng mellom bruk av slike strategier for selvivaretagelse og omsorgstretthet i den kvantitative delen av studien.

Tre studier ga kvalitative funn der deltakerne uttrykte at de så på selvivaretagelse som en viktig beskyttende faktor. I Harrison og Westwoods (2009) kvalitative studie kom det frem at disse hadde en holistisk tilnærming til selvivaretagelse som inkluderte fysiske, mentale,

emosjonelle, estetiske og spirituelle aspekter. Deltakerne i den andre studien trakk fram en rekke ting de gjorde for å ta vare på seg selv, som det å ha givende aktiviteter på fritiden, være i naturen, sosialisere med andre og å selv gå i terapi (Norrman Harling et al., 2020). Noen av terapeutene understreket også viktigheten av å monitorere sin egen psykiske helse for å kunne ta grep og gjøre endringer i de ytre betingelsene om nødvendig. I ytterste konsekvens kunne det bety å bytte jobb. I den siste studien nevnte også terapeutene en rekke strategier som de så på som preventive, som det å skrive ned opplevelser, fysisk aktivitet, jobbe deltid, bo et stykke unna jobben og å balansere det kliniske arbeidet ved å ikke ha for mange klienter med traumer i løpet av en dag, samt ha pauser mellom timene (van Minnen & Keijsers, 2000).

Sosial støtte. En stor underkategori av selvivaretagelse var sosial støtte. Det var tolv studier som presenterte funn om betydningen av sosial støtte utenfor arbeidsplassen, hvorav tre presenterte kvalitative funn. Av de kvantitative studiene var det fem som viste til sosial støtte som en beskyttelsesfaktor, tre som fant blandede resultater og én som ikke fant en sammenheng.

Diehm et al. (2019) fant at sosial støtte, målt med Social Support Questionnaire (SSQ), modererte effekten av antall timer med traumeklienter graden av sekundærtraumatisering. Lakioti et al. (2020) fant at positive sosiale relasjoner var negativt korrelert med sekundærtraumatisering. En studie som så på betydningen av personlig mening konkluderte med at opplevelse av mening i sosiale relasjoner var den tydeligste beskyttelsesfaktoren (Zeleskov-Doric et al., 2012). I studien til Robinson-Keilig (2014) var interpersonlig fungering knyttet til sekundærtraumatisering. Høyere nivå av symptomer ble funnet hos terapeuter som hadde lavere nivåer av tilfredshet med sine sosiale relasjoner, intimitet og konstruktive kommunikasjonsmønstre. I denne studien ble de lavere nivåene av interpersonlig fungering tolket som en konsekvens av sekundærtraumatisering. Kizilhan

(2020) gjennomførte en spørreundersøkelse og fant at 91 % av terapeutene nevnte familie og venner som en ressurs med tanke på det å unngå jobbrelaterte plager.

Schauben & Frazier (1995) viste at det å søke emosjonell og instrumentell støtte fra andre var forbundet med mindre traumesymptomer og mindre sekundærtraumatisering målt med TSI, men de fant ikke en signifikant sammenheng da det måltes med VTS. Rzesutek et al. (2015) fant at oppfattet sosial støtte fungerte som en beskyttelsesfaktor, men at verken faktisk sosial støtte eller det å søke støtte var signifikant korrelert med sekundærtraumatisering. Devilly et al. (2009) fant at oppfattet sosial støtte var positivt korrelert med sekundærtraumatisering målt med STSS, men ikke med skåre på TSI. Og Tominaga et al. (2020) fant ingen sammenheng mellom oppfattet sosial støtte og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering hos terapeutene de undersøkte.

Tre kvalitative studier presenterte funn der deltakerne trakk frem sosial støtte som en beskyttende faktor (Harrison & Westwood, 2009; Killian, 2008; Norrman Harling et al., 2020).

Klientfaktorer

Traumer

Nitten av artiklene presenterte funn som kan fortelle oss noe om effekten det har på terapeuter å bli eksponert for klientenes traumemateriale. Flertallet av studiene ($k = 10$) hadde funn som tydet på at slik traumeeksponering kan være en risikofaktor. Ti kvantitative studier viste en korrelasjon mellom eksponering til traumemateriale og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet, mens seks studier fant ikke en korrelasjon og én viste en sammenheng som gikk i motsatt retning, altså at mer eksponering til traumemateriale kunne være en beskyttende faktor. Tre studier viste til kvalitative funn som pekte i retning av at eksponering til traumemateriale gjorde terapeuter mer utsatt for plager forbundet med sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet.

Terapeuter som var mer eksponert for klienter som hadde opplevd seksuelt misbruk rapporterte høyere nivå av traumesymptomer (Brady et al., 1999). Den sammenhengen gjaldt både for nåværende eksponering og kumulativ eksponering over tid. McKim og Smith-Adcock (2014) fant at antall timer i uken med traumeklienter predikerte omsorgstretthet hos terapeuten. Robinson-Keilig (2014) fant en korrelasjon mellom andel traumeklienter og skåre på STSS, selv om dette forklarte mindre enn 4 % av variansen. Schauben & Frazier (1995) fant at terapeuter som hadde en høyere andel klienter som var ofre for seksuelle overgrep hadde høyere nivå av sekundærtraumatisering, mens høyere andel klienter med PTSD predikerte omsorgstretthet i studien til Craig og Sprang (2010). Laverdiere et al. (2019) fant at terapeuter som skåret høyt på en av subskalaene for empati (som målte selvorienterte følelser av ubehag) hadde høyere risiko for sekundærtraumatisering hvis de hadde klienter med traumer. Tominaga et al. (2020) undersøkte terapeuter som hadde vært involvert i krisearbeid etter jordskjelvet og tsunamien i Japan i 2011. De terapeutene som arbeidet på skoler der det var elever som var savnet eller døde (og dermed antagelig var eksponert for mer alvorlige traumer) hadde høyere nivå av sekundærtraumatisering. Cieslak et al. (2013) fant at å ha høyere andel klienter med traumer gjennom karrieren var korrelert med høyere nivå av sekundærtraumatisering, men de fant ingen sammenheng for andre mål på traumeeksponering, som hyppighet, total av antall klienter med traumer gjennom karrieren eller om deltakerne hadde vært eksponert for mange typer traumer. Devilly et al. (2009) fant korrelasjon mellom andel klienter med traumer og nivå av sekundærtraumatisering, men påpekte at denne korrelasjonen var liten ($r = 0.19$, $p < 0.05$). Videre fant de ingen sammenheng for hvor mye tid terapeutene brukte på traumearbeid.

Seks studier fant ingen sammenheng mellom nivå av eksponering for klienters traumer og plager hos terapeuten. Follette et al. (1994) fant ingen korrelasjon mellom andel klienter som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og nivå av traumesymptomer hos

terapeutene, målt med Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). Tre studier sammenlignet traumeterapeuter med andre grupper av helsepersonell uten å finne forskjeller i sekundærtraumatisering (Kadambi & Truscott, 2003, 2004; van Minnen & Keijsers, 2000). Kjellenberg et al. (2014) fant at antall timer i uken med eksponering til traumemateriale ikke hadde signifikant effekt på utfallene hos terapeutene. Antall traumeklienter var heller ikke forbundet med sekundærtraumatisering blant terapeuter som ble undersøkt av Sodeke-Gregson et al. (2013).

Pearlman & Mac Ian (1995) fant at andel traumeklienter korrelerte negativt med skåre på den ene subskalaen i TSI (*self-trust*), mens det ellers ikke var signifikante korrelasjoner. Self-trust refererer til i hvilken grad man stoler på sin egen dømmekraft og persepsjoner.

Tre studier viste til kvalitative funn der de deltakende terapeutene uttrykte at de så på det å arbeide med traumer som en risikofaktor for å utvikle plager relatert til sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet (Steed & Downing, 1998; Sui & Padmanabhanunni, 2016; van Minnen & Keijsers, 2000), deriblant de affektive reaksjonene som følge av klienthistoriene, som sinne mot den som hadde traumatisert klienten, frustrasjon over klientens livssituasjon eller egen manglende evne til å kunne hjelpe (van Minnen & Keijsers, 2000).

Klientgruppe

Det var fem artikler som presenterte funn om klientgruppe og sekundærtraumatisering. Ingen av studiene fant at en signifikant forskjell (Brady et al., 1999; Kadambi & Truscott, 2003, 2004; van Minnen & Keijsers, 2000; Way et al., 2004). Brady et al. (1999) fant ikke en signifikant forskjell mellom terapeutene som behandlet traumatiserte barn og de som behandlet voksne. Way et al. (2004) fant at det ikke var forskjell i nivåene av sekundærtraumatisering mellom terapeutene som behandlet seksuelt misbrukte, og de som behandlet seksualforbrytere. Kadambi & Truscott (2003) fant ikke en signifikant forskjell

mellom terapeuter som arbeidet med seksuelle overgrepere og en referansegruppe med mentale helsearbeidere. Kadambi & Truscott (2004) fant ikke signifikante forskjeller i sekundærtraumatisering mellom terapeuter som arbeidet med seksuell vold, terapeuter som arbeidet med kreft, og terapeuter som arbeidet med den generelle befolkningen. Og van Minnen og Keijsers (2000) fant ikke signifikante forskjeller i sekundærtraumatisering da de sammenlignet traumeterapeuter og ikke-traumeterapeuter.

Faktorer knyttet til arbeidsforhold

Arbeidsmengde

Elleve studier, hvorav tre brukte kvalitative metoder, presenterte funn om sammenhengen mellom arbeidsmengde og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Funnene var blandet. Blant de kvantitative studiene ($k = 8$) var det fire studier som indikerte at arbeidsmengde var en risikofaktor og fire studier som ikke fant en sammenheng.

I en studie av helsepersonell som indirekte var utsatt for traumer gjennom klinisk arbeid i militæret ble det funnet en korrelasjon mellom antall klienter og sekundærtraumatisering (Cieslak et al., 2013). Devilly et al. (2009) fant at et høyere antall klienter var forbundet med mer sekundærtraumatisering da det målte med STSS, men fant ikke denne korrelasjonen da de målte med TSI. Mclean et al. (2003) fant at terapeuter som brukte en høyere andel av tiden sin på klinisk arbeid hadde høyere nivå av unngåelsessymptomer. Oginska-Bulik et al. (2020) fant at både arbeidsmengde og arbeidstimer i løpet av en uke var korrelert med sekundærtraumatisering.

Rzeszutek et al. (2015) fant ingen korrelasjon mellom antall klienter og nivå av symptomer målt med PTSD-F. De tre resterende studiene fant heller ingen sammenheng mellom antall klienter og nivå av sekundærtraumatisering (Diehm et al., 2019; Singh & Hassard, 2021; Sodeke-Gregson et al., 2013).

Som nevnt var det tre studier som viste kvalitative funn. Det å ha mange saker var blant de hyppigst nevnte risikofaktorene i intervjuene til Killian (2008). Antall klienter ble også trukket fram som en risikofaktor av terapeuter som ble intervjuet i en svensk studie (Norrman Harling et al., 2020), mens deltakerne i studien til Harrison og Westwood (2009) anbefalte at arbeidsgivere satte begrensninger på hvor mange klienter hver terapeut hadde i behandling om gangen. De ga også støtte til McLean et al. (2003) sine funn ved å uttrykke at variasjon i arbeid var viktig for å unngå omsorgstretthet.

Administrativt arbeid

Det var fire artikler som adresserte administrativt arbeid som risikofaktor, to kvantitative og to kvalitative. Cieslak et al. (2013) fant at mer administrativt arbeid, som papirarbeid, var assosiert med sekundærtraumatisering. Killian (2008) fant at arbeidsrelatert stress var korrelert med omsorgstretthet. Terapeuter som ble intervjuet av Norrman Harling et al. (2020) trakk fram overdrevne krav til dokumentasjon og annet administrativt arbeid som en faktor som bidro til omsorgstretthet. Posselt et al. (2019) kombinerte kvalitativ og kvantitativ metode i sin studie som så på omsorgstretthet hos 50 terapeuter som arbeidet med asylsøkere som hadde vært utsatt for tortur. De kvalitative funnene viste at mange deltakere rapporterte negativ påvirkning fra store mengder papir- og registreringsarbeid.

Ledelse

Én kvantitativ og tre kvalitative studier viste funn om betydningen av ledelse for omsorgstretthet og sekundærtraumatisering. Australske terapeuter som arbeidet med asylsøkere la vekt på stressorer knyttet til ledelsen, som hyppige utskiftninger og svakt lederskap (Posselt et al., 2019). Blant åtte svenske psykologer ble også lederens personlighet, ledelsesstil og støtte sett på som avgjørende. Støttende, omsorgsfulle ledere ble trukket fram som en beskyttelsesfaktor, mens det å ha en dårlig sjef ble ansett som en faktor som kunne bidra til plager. Deltakerne beskrev dårlig lederskap i form av urimelige krav, svekkelse av

deres opplevelse av autonomi og krav om å prioritere jobben framfor egne behov for restitusjon (Norrman Harling et al., 2020). I den kvantitative studien til McKim & Smith-Adcock (2014) fant de at traumeterapeuter som opplevde større grad av kontroll over egen arbeidsdag hadde lavere nivå av omsorgstretthet. I studien til Harrison og Westwood (2009) ble støtte fra organisasjonen vektlagt av deltakerne, samt at ikke-autoritær og inkluderende ledelse ble trukket frem som beskyttende.

Veiledning

Åtte artikler presenterte funn om sammenhengen mellom veiledning og plager hos terapeuter. Fire av disse presenterte kvalitative funn. To av de kvantitative studiene viste ingen korrelasjon mellom veiledning og sekundærtraumatisering (Cieslak et al., 2013; Rzeszutek et al., 2015), mens én studie fant at tid brukt i individuell veiledning predikerte høyere nivå av sekundærtraumatisering (Sodeke-Gregson et al., 2013). Halevi og Idisis (2018) fant at det var forskjell på ulike typer veiledning; de terapeutene som fikk veiledning på arbeidsplassen opplevde mer sekundærtraumatisering enn de som fikk veiledning privat. Fire studier viste til kvalitative funn som alle ga støtte til at veiledning kunne fungere som en beskyttelsesfaktor (Harrison & Westwood, 2009; Killian, 2008; Norrman Harling et al., 2020; Posselt et al., 2019). I intervjuene som ble gjennomført uttrykte deltakerne at veiledning av høy kvalitet fungerte beskyttende, mens det å få veiledning av lav kvalitet kunne ha motsatt effekt (Posselt et al., 2019).

Arbeidsmiljø

To kvalitative studier gjorde funn som peker på betydningen av arbeidsmiljø. Terapeutene uttrykte at de så på støtte fra kollegaer som beskyttende (Norrman Harling et al., 2020), og i den ene studien var det særlig uformelle samtaler om klientsaker som ble trukket frem (van Minnen & Keijsers, 2000). Det var også andre som hadde opplevd lukkede

arbeidsmiljø hvor det var lite rom for å diskutere ulike måter å jobbe på, og så på dette som belastende.

Andre funn

Litteratursøket fanget også opp enkeltstående funn som ikke uten videre lot seg gruppere med de andre funnene. Disse studiene omhandlet differensiering av selvet, emosjonell intelligens, perfeksjonisme, positive følelser, resiliens, selvmedfølelse, tilknytning, vitalitet og erfaringer med digital terapi. Resultatene fra disse studiene finnes i appendiks B.

Diskusjon

Generell tolkning av resultater

I denne oppgaven har vi gjennom et systematisk litteratursøk undersøkt hvordan omsorgstretthet og sekundærtraumatisering måles i empiriske studier. Litteratursøket fant 50 artikler som undersøkte risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av omsorgstretthet og sekundærtraumatisering knyttet til terapeut, klient og arbeidsforhold. Generelt fant vi at omsorgstretthet og sekundærtraumatisering måles forskjellig på kryss av studier. Dette vitner om at det ikke er en enighet i operasjonaliseringen av begrepene. Vi fant også at artiklene rapporterer om blandede funn, med få kategorier som viser konklusive resultater. Blant de kvantitative studiene var det bare én longitudinell studie, mens resten var tverrsnittstudier. Det gjør det vanskelig å si noe sikkert om kausale sammenhenger mellom variablene.

Terapeutfaktorer

Demografiske variabler: kjønn og alder

De samlede resultatene tegner et bilde av at kjønn ikke er assosiert med sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Av de tyve kvantitative studiene som omtaler kjønn og utfallsbegrepene er det sytten som ikke finner en korrelasjon. Blant studiene som finner en sammenheng har to av dem utvalg på over 300 personer, likevel var sammenhengen

relativt svak da den kun forklarte en varians på 1-2 % (Robinson-Keilig, 2014; Way et al., 2004). At det eksisterer en sammenheng kan derfor ikke utelukkes, men de nåværende dataene tilsier at dette ikke er en sterk sammenheng. Kjønn i seg selv fremstår som en variabel som alene ikke kan forklare eventuelle forskjeller mellom studier, men det er fortsatt mulig at kjønn er en modererende faktor som kan skape sammenhenger hvis andre variabler er til stede. De resultatene som tilsier at kvinner er mer sårbare for å utvikle omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering kan muligens forklares av faktorer utenfor terapirommet, som for eksempel at kvinner generelt sett blir sittende mer med ansvaret for det som har med familien og hjemmet å gjøre (det såkalte *tredje skiftet*) og dermed får begrensede muligheter til restitusjon etter jobb (Ericsson et al., 2021).

Et klart flertall av studiene vi har sett på finner ikke en sammenheng mellom alder og utfall. Alder henger åpenbart sammen med erfaring som terapeut, ettersom de mest erfarne terapeutene naturlig nok vil være eldre enn de fleste ferske terapeuter. En eventuell sammenheng mellom alder og utfall (som fem av studiene finner) kan altså handle om egenskaper man tilegner seg gjennom erfaring som terapeut. For eksempel kan det være slik at de studiene som fant at eldre terapeuter er mindre utsatt for sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet fanger opp en effekt som egentlig har å gjøre med erfaring.

Utdanning

De fleste studiene som undersøkte betydningen av utdanning så på terapeutenes akademiske grad (som bachelor, master og doktorgrad) eller lengde på utdanning, og om det har sammenheng med omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering. Ingen av studiene fant en slik sammenheng (Craig & Sprang, 2010; Steed & Bicknell, 2001; Saleem & Hawamdeh, 2022; Singh & Hassard, 2021; Zeleskov-Doric et al., 2012), noe som tyder på at høyere akademisk grad ikke representerer en beskyttelsesfaktor for terapeutene. En pessimistisk tolkning av dette vil være at psykoterapeuter ikke får noe gjennom utdanningen sin som

hjelper dem å takle de belastningene som jobben representerer for deres egen psykiske helse. Samtidig kan det være viktig for terapeuter å være bevisst på at utdanningen ikke gjør dem immun mot å selv oppleve plager, noe som kommer tydelig frem i annen forskning (Pope & Tabachnick, 1994; Tay et al., 2018). Men resultatene trenger ikke å tolkes så pessimistisk. Kanskje har terapeutene fått viktige verktøy gjennom utdanningen, men at dette kommer tidlig i utdanningen og at lengre utdanning og høyere grader dermed ikke har større effekt.

Selv om det skulle vise seg at utdanningen har liten eller ingen beskyttende effekt for terapeutene utelukker ikke det at det finnes et større potensiale for at den kan ha det. Hvis utdanningen har liten betydning kan det komme av at det er for lite fokus på disse temaene og på hvilke grep man kan ta for å forebygge eller takle vanskene som kan følge med jobben.

Erfaring som terapeut

Selv om flertallet av studiene som undersøkte erfaring ikke fant korrelasjon mellom erfaring og utfall, var det en tredjedel av de kvantitative studiene som fant at erfaring var negativt korrelert med sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Den ene studien som fant at mer erfarne terapeuter var mer utsatt, hadde færre deltakere enn de andre studiene (n = 69; Kjellenberg et al., 2014). En av de studiene som ga støtte til erfaring som en beskyttelsesfaktor fant likevel at de deltakerne som bare hadde ett års praksis hadde lavere nivå av plager (Eng et al., 2021). Det er flere mulige forklaringer på dette funnet. Det er naturlig å anta at de som er i sitt første år i praksis har lavere belastning i form av færre klienter og klienter med lettere vansker, sammenlignet med erfarne terapeuter. Men det kan også tenkes at det tar tid før effekten av arbeidets belastning viser seg i form av plager. Derfor kan det være verdt å se på gruppen som har minst erfaring for seg selv i senere studier.

Egen traumehistorikk

Av de 17 artiklene som presenterte funn om egen traumehistorikk var det elleve som ikke fant en sammenheng og seks som fant en sammenheng. Funnene gir derfor ikke et

entydig bilde på om egen traumehistorikk er en risikofaktor for sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Det er interessant at Schauben & Frazier (1995) ikke fant en sammenheng med sekundærtraumatisering selv når de begrenset utvalget til å ha opplevd voldtekt eller incest, og at Diehm et al. (2019) fant at de som i minst grad hadde arbeidet seg gjennom egne traumer var de som hadde høyest grad av sekundærtraumatisering.

Våre funn går i retning av at egen traumehistorikk ikke er den risikofaktoren man gjerne intuitivt antar at det er. Dette åpner kanskje dører for de som tidligere har vegret seg for å arbeide med enkelte klientgrupper eller tematikk i frykt for å gjøre seg selv dårlige. Samtidig vitner funnene om at for noen kan egne traumer og vonde erfaringer legge stein til byrden i møte med klientene. Den enkelte psykolog bør derfor være bevisst denne risikoen og aktivt reflektere over hvorvidt egne traumer er noe som kan skape vansker i møte med problemstillinger eller klientgrupper. Videre så vi at det gjerne var brede definisjoner av hva som ble regnet som traumatisering. Way et al. (2004) fant at 75,8 % av respondentene rapporterte å ha opplevd misbruk, men definerte misbruk som seksuelt misbruk, fysisk mishandling, neglekt, emosjonelt misbruk og emosjonell neglekt. Isdal (2017) påpeker at et traume er sterke og skremmende opplevelser der individer blant annet blir fratatt kontroll, og han fraråder å inkludere belastninger som krenkelser og avvising i traumbegrepet. En utvanning av hva som kategoriseres som egne traumer kan være en forklaring på hvorfor flere av studiene ikke finner en sammenheng, altså at de i større grad ikke finner en sammenheng mellom de mildere operasjonaliseringene av traume og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Det er også et spørsmål hvorvidt sammenhengen man finner er et resultat av sekundærtraumatisering eller traumene i seg selv. Cieslak et al. (2013) fant at det var en korrelasjon mellom direkte traumeeksponering og skåre på STSS, noe som tyder på at en del av det som fanges opp kan være symptomer som kommer av egne traumeerfaringer, heller enn en sekundær eksponering.

Kognitiv prosessering

En rekke studier kom fram til funn som viser en sammenheng mellom ulike aspekter av kognitiv prosessering og plager vedrørende sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Det tyder på at terapeutenes egne kognisjoner har en betydning for utfall. Men igjen ser vi at funnene var spredt på ulike faktorer, og at flere av funnene har få studier bak seg. De mest robuste funnene i denne underkategorien er at terapeutens opplevelse av mening og mestringsstro kan være viktige beskyttelsesfaktorer.

Kognitive strategier. To studier fant at maladaptive kognitive strategier som fornektelse og angst var korrelert med sekundærtraumatisering (Juczynski et al., 2021; Oginska-Bulik et al., 2020), noe som tyder på at maladaptive kognisjoner kan representere en risikofaktor. Samtidig kan det like gjerne være slik at disse tankemønstrene er en konsekvens av sekundærtraumatisering. Videre viste det seg at blant de kognitive strategiene som ble regnet som adaptive, var det bare det å trekke sammenligninger til andre som har det verre som var forbundet med utfall. Likevel var denne sammenhengen positiv, altså at grad av sosial sammenligning var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering. Man kan diskutere om dette burde regnes som en adaptiv strategi i utgangspunktet, da det å skulle avvise egne følelser og vansker fordi andre har det verre, fremstår invaliderende. Funnene tyder på at det er begrensninger i hvor stor makt terapeutene selv har til å påvirke utfallet med kognitive strategier. Cieslak et al. (2013) argumenterer med at intervensjoner bør rettes mot terapeutenes kognitive fortolkninger, basert på deres funn som viste at de terapeutene som vurderte den sekundære traumeeksponeringen som mer skadelig også opplevde mer sekundærtraumatisering. Men igjen er det vanskelig å vite retningen en eventuell kausal sammenheng har. Dersom en terapeut opplever vansker knyttet til behandling av traumer vil det ikke være overraskende om det har innvirkning på deres vurdering av hvor skadelig eksponeringen for disse traumene er for dem.

Mestringstro. To studier viste at mestringstro varer negativt korrelert med sekundærtraumatisering og omsorgstretthet, noe som indikerer at mestring i arbeidshverdagen kan være en beskyttelsesfaktor. (Lakioti et al., 2020; Saleem & Hawamdeh, 2022). Dette legger føringer for at arbeidssituasjonen ikke bør være så krevende at psykologen opplever å ikke mestre. Det kan tenkes at faktorer som antall klienter, antall komplekse klientsaker, mengde administrative oppgaver, papirarbeid, manglende kursing og videre opplæring kan spille inn på manglende mestring i jobbhverdagen.

Samtidig vil det også være naturlig å tro at terapeuters mestringstro påvirkes av ulike faktorer, som hvordan de faktisk lykkes med terapien og om arbeidsforholdene og rammene er gode. Det kan tenkes at det å oppleve sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet påvirker terapeutenes mestringstro på en negativ måte og at det forklarer disse funnene i større grad enn at mestringstro er en beskyttende faktor.

Mening. Alle fem artiklene fant en sammenheng mellom mening og sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Å oppleve mening i arbeidet som terapeut virker å være en beskyttende faktor mot sekundærtraumatisering og omsorgstretthet (Carmel & Friedlander, 2009; Harrison & Westwood, 2009; Lakioti et al., 2020; Zeleskov-Doric et al., 2012). Dette er funn som er i overensstemmelse med Victor Frankl sine eksistensialistiske teorier om at vi tåler lidelse og smerte bedre dersom vi finner mening i den (Frankl, 2004). Frankl trekker frem hvordan et offer for en større sak gjør at man kan finne mening også i lidelse. For psykologer kan denne større saken være å hjelpe klienten, og offeret man finner mening i, er å tåle og bære klienthistoriene med seg. Funnene tyder på at mening kan ha betydning for hvordan vi forholder oss til klienthistoriene, og at dette spiller inn på i hvilken grad de bidrar til sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. For den enkelte psykolog fremstår det beskyttende å søke ut mening i arbeidet. Det kan være at man velger metoder, klientgrupper og yrkesmessige rammer som oppleves meningsfulle, og at man i møte med

omstendigheter som ikke kan endres, enten det er grusomme historier eller papirarbeid, er seg bevisst hvilket større formål de tjener.

Empati

Alle de fire kvantitative studiene som omhandlet empati pekte i retning av at empati kan være en risikofaktor for sekundærtraumatisering (Juczynski et al., 2021; Lakioti et al., 2020; Laverdiere, Ogronczuk, et al., 2019; Oginska-Bulik et al., 2020). Det er da den følelsesmessige og opplevelsesbaserte komponenten i empati som ser ut til å bære risiko, altså i hvilken grad terapeuten lever seg inn i og opplever de samme følelsene som klienten. Tilsynelatende skaper dette funnet et dilemma med tanke på risiko for sekundærtraumatisering. Figley (1995) sier at empati er en forutsetning for at sekundærtraumatisering skal kunne oppstå. Det fremstår likevel ikke forenelig med god klientbehandling at psykologer skal slutte å være empatiske for å unngå sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet.

Isdal trekker frem at helsepersonell i lang tid har hatt en forestilling om at det er negativt å føle for mye i arbeidet. Som en motvekt til dette trekker han inn psykolog Lis Møller (2014) som hevder at vi ikke kan ha for mye empati i seg selv, men at vi kan bli slitne av å i lang tid sette egne følelser til side for en annen. Hun foreslår at forklaringen kan ligge i evnen til å skille mellom egne og andres følelser, og at høy empati kan være et uttrykk for overinvolvering eller overidentifisering med klientene. Dette er i overensstemmelse med det kvalitative funnet til Harrison & Westwood (2009) som sier at empati kan være en beskyttende faktor dersom terapeuten klarer å opprettholde personlige grenser og skille mellom egne og klientens følelser. At en terapeut skal fortrenge og stenge av egne følelser i møte med klientene fremstår selvmotsigende til hva terapi står for, da terapi ofte handler om at klienten ikke skal fortrenge eller stenge av sine egne følelser. Dette går også imot funnene

om autensitet i terapi vedrørende dyp og overfladisk innlevelse, der en overfladisk innlevelse var forbundet med høyere sekundærtraumatisering (Singh & Hassard, 2021).

Binder (2014) skriver at noe av det som kjennetegner en god terapeut er evnen til å være empatisk også med de som er forskjellige fra oss selv. For å få til dette har terapeuten ulike verktøy i sin disposisjon, slik som forestillings- og mentaliseringsevne. En nyansering av normen om at helsepersonell ikke skal føle så mye og at den emosjonelle komponenten i empati bærer risiko for sekundærtraumatisering, kan være at psykologen er seg bevisst når og hvordan disse redskapene for empati brukes, og at mer ikke alltid nødvendigvis er bedre. Stephen Pinker (2011) skriver at et gråtende barn trenger en voksen som trøster, ikke en voksen som selv begynner å gråte av å forestille seg barnets situasjon. Samtidig bør de følelsene som vekkes i terapi hos terapeuten ikke fortrenses. Isdal (2017) foreslår at veiledning er en arena der terapeutens følelser kan få plass.

Man kan også stille spørsmål ved hvor valid egenrapportering av empati er, og om det egentlig er empati måleinstrumentene fanger opp. Videre forskning burde fokusere på tester som måler empatiske responser på terapivignetter, og korrelere dette mot omsorgstretthet og sekundærtraumatisering for å øke validiteten til disse funnene.

Utførelse av terapi

Singh & Hassard (2021) gjorde funn som tyder på at det å endre eller undertrykke egne følelser og følelsesuttrykk i terapi er forbundet med høyere nivå av omsorgstretthet. Deighton et al. (2007) fant at de terapeutene som talte for å arbeide gjennom traumer i behandling, men ikke gjennomførte det, hadde høyere nivå av omsorgstretthet. Begge disse funnene tyder på at det kan være en fordel å være autentisk og tro mot seg selv i utførelsen av terapi. Det kan tenkes at dette henger sammen med mening, at det har betydning å utføre terapi på en måte man selv har tro på og opplever som meningsfull. Hvor stor mulighet terapeuter har til å gjøre det kan avhenge av organisering, rammer og graden av autonomi på

arbeidsplassen. Studien til Craig & Sprang (2010) tydet også på at bruk av evidensbaserte metoder kan være en beskyttelsesfaktor for omsorgstretthet. Det kan ha å gjøre med at dette gir mer virkningsfull behandling og dermed gjør at terapeuten opplever å lykkes bedre, noe som bygger mestringstro. Evidensbaserte metoder kan også representere en trygghet og veileder for terapeuten.

Selvivaretakelse og mestringsstrategier

Til tross for fokuset på at terapeuter bør drive med selvivaretakelse for å mestre arbeidets belastninger (Norcross & VandenBos, 2018; Rothschild, 2006) har vi funnet relativt få studier som har undersøkt betydningen av konkrete selvivaretakelse- og mestringsstrategier. Resultatene var blandete, og siden de var tverrsnittstudier vet vi lite om hvordan sammenhengene kan forklares eller hvilken retning årsakssammenhengen har. Mangel på longitudinelle og eksperimentelle studier gjør at dette er en gjennomgående utfordring for tolkning av disse resultatene. Det blir særlig tydelig når handlinger som intuitivt burde være positive for individet, istedenfor er forbundet med økt grad av vansker. Flere av studiene fant positiv korrelasjon mellom selvivaretakelse og plager (Halevi & Idisis, 2018; Saleem & Hawamdeh, 2022; Sodeke-Gregson et al., 2013; Way et al., 2004). Det virker som en mer sannsynlig forklaring at de som opplever omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering søker strategier for å takle dette, heller enn at det er selvivaretakelsesstrategiene som gjør dem mer sårbare. Alternativt kan funnene som går i motsatt retning forklares med at terapeuter som klarer seg bra, har mer overskudd til å gjøre ting som de uansett ønsker å gjøre og tenker er bra for dem, som å tilbringe tid med venner og familie, drive med givende fritidsaktiviteter, mindfulness og fysisk aktivitet, mens terapeuter som sliter kanskje dropper dette som en konsekvens av at opplever at de ikke har tid eller energi til det.

To av åtte kvantitative studier fant negativ korrelasjon mellom selvivaretalesstrategier og sekundærtraumatisering. Den ene fant at mindfulness var forbundet med lavere nivå av sekundærtraumatisering, og at denne sammenhengen ble mediert av *self-coldness*, den negative siden av selvmedfølelse (Yip et al., 2017). Deltakere med høyere nivå av mindfulness var mindre hard mot seg selv og det kan se ut til å være en beskyttende faktor. Det kan tenkes at dette er beskyttende fordi det står i motsetning til tankemønstre som selvkritikk, perfektjonisme og selvklandring. Mindfulness var også forbundet med deltakernes nivå av medfølelse for klientene, og denne korrelasjonen var mediert av *self-warmth*, den positive siden av selvmedfølelse. Det å være medfølende overfor seg selv kan altså se ut til å gjøre det lettere å være medfølende overfor andre. Men problemet med å fastslå kausalitet gjelder også her. Flere har foreslått det å praktisere mindfulness som en form for selvivaretales for terapeuter (f.eks. Dattilio, 2015; Norcross & VandenBos, 2018). Schauben og Frazier (1995) fant at de vanligste formene for selvivaretales var negativt korrelert med sekundærtraumatisering: aktiv mestring, sosial støtte, instrumentell støtte, planlegging og humor.

Vi har generelt lite forskning som kan si oss noe sikkert om effekten av selvivaretales med tanke på omsorgstretthet og sekundærtraumatisering hos psykoterapeuter. Derfor bør vi heller ikke satse alt på at det er selvivaretales som skal være løsningen. Det er heller ikke riktig å legge alt ansvaret på den enkelte terapeut. I sin guide til selvivaretales for terapeuter argumenterer Norcross og VandenBos (2018) for en tilnærming med brede strategier eller prinsipper for selvivaretales, fremfor konkrete teknikker. De peker på at selvivaretales er komplekst og sammensatt, at det finnes tusenvis av teknikker og at effekten av en slik enkel teknikk for seg selv er beskjeden. I lys av disse funnene kan det være en bedre tilnærming til selvivaretales enn å anbefale bestemte teknikker.

Sosial støtte. Det at sosial støtte synes å være en beskyttelsesfaktor for sekundærtraumatisering er et av de mest robuste funnene i denne litteraturstudien og denne faktoren skiller seg dermed ut innenfor kategorien om selvivaretakelse. Syv av ni kvantitative studier ga i hvert fall delvis støtte til dette. Det samme gjorde alle de tre kvalitative studiene der sosial støtte ble undersøkt. Det å pleie sosiale relasjoner og søke støtte fra familie og venner et råd vi finner i litteraturen om selvivaretakelse (Norcross & VandenBos, 2018). Forskningen vi har sett på ser ut til å støtte opp under dette som et godt råd med tanke på å unngå arbeidsrelaterte plager. Samtidig er ikke funnene helt entydige på dette området heller. Én studie vist ingen korrelasjon (Tominaga et al., 2020), mens en annen fant at sosial støtte var positivt korrelert med et av målene på sekundærtraumatisering (Devilly et al., 2009). Det er verdt å merke seg at bare én kvantitativ studie har undersøkt sammenhengen mellom sosial støtte og omsorgstretthet, og denne fant ingen korrelasjon (Tominaga et al., 2020).

Intuitivt er det vanskelig å tenke at sosial støtte skal sette terapeuter i større fare for å oppleve vansker. En forklaring på funnet til Tominaga et al. (2020) kan være, som med andre strategier for selvivaretakelse, at de terapeutene som opplever omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering ender opp med å søke sosial støtte i større grad, i et håp om at det skal hjelpe dem å takle dette. Motsatt kan det også være slik at de negative korrelasjonene mellom sosial støtte og plager kan forklares med at sekundærtraumatisering svekker sosial støtte, for eksempel ved at det leder til sosial tilbaketrekning eller på andre måter gjør terapeutene dårligere i stand til å opprettholde kvaliteten på sine sosiale relasjoner. Det er nettopp slik Robinson-Keilig (2014) har tolket resultatene i sin studie: at sekundærtraumatisering fører til svekket interpersonlig fungering. Det kan også tenkes at andre variabler er med på å forklare sammenhengen. For eksempel kan det være slik at det er andre forhold som skaper plagene, men som samtidig fører til mindre sosial støtte. For

eksempel kan det være slik at lange arbeidsdager og høyt arbeidspress gir terapeutene mindre tid og kapasitet til å benytte seg av den sosiale støtten de har tilgjengelig.

Altså er det fortsatt en del usikkerhet knyttet til spørsmålet om sosial støtte forhindrer disse plagene. For å kunne slå fast om det foreligger kausalitet, og eventuelt hvilken retning kausaliteten har, er det behov for longitudinelle eller eksperimentelle studier.

Andre faktorer som kan ha betydning

Det var flere individuelle artikler som rapporterte funn som omhandlet mange forskjellige terapeutfaktorer. Disse har vi lagt i appendiks B.

Klientfaktorer

Traumer

Når det gjelder faktorer knyttet til terapeutenes klienter har studiene først og fremst undersøkt om det å være eksponert for klientenes traumer utgjør en risikofaktor. Det var en overvekt av studier som hadde funn som tydet på at det å være eksponert for andres traumer kan utgjøre en risiko. Samtidig var det en del studier som ikke fant dette.

Det verdt å merke seg at mange av studiene som fant en korrelasjon mellom eksponering til andres traumer og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering hadde store utvalg. Seks av studiene hadde over 200 deltakere og to av disse hadde over 400 deltakere (Brady et al., 1999; Cieslak et al., 2013; Craig & Sprang, 2010; Laverdiere et al., 2019; Robinson-Keilig, 2014; Tominaga et al., 2020). Samtidig var det også tre studier med flere enn 200 deltakere som ikke fant noen korrelasjon (Follette et al., 1994; Kadambi & Truscott, 2004; Sodeke-Gregson et al., 2013). Av disse var det Follette et al. (1994) som hadde flest deltakere (n = 558). Men denne skiller seg ut ved at den var alene om å bruke TSC-40 for å måle utfall, et verktøy som opprinnelig ble utviklet for å måle symptomer hos personer som hadde vært utsatt for seksuelt misbruk (Zlotnick et al., 1996). En kan spørre seg om studien brukte et valid mål på sekundærtraumatisering. Siden TSC-40 ikke er utviklet for formålet

kan det tenkes at dette verktøyet dårlig tilpasset til å fange opp reaksjoner på eksponering for andres traumehistorier. Andre studier brukte også måleverktøy som i utgangspunktet er beregnet på å måle symptomer på vanlige traumelidelser, som IES og PTSD-F, men det er ikke noe tydelig mønster som peker på at måleverktøyet som ble brukt forklarer variansen i funn.

Noen av de andre studiene som ikke fant korrelasjon hadde relativt små utvalg, som Kjellenberg et al. (2014) (n = 69) og van Minnen og Keijsers (2000) (n = 39). Studiene målte traumeeksponeringen på ulike måter, som andel klienter med traumer eller historie med overgrep, antall klienter med traumer og timer i uken med traumeklienter. Noen studier sammenlignet terapeuter som jobbet med traumer med andre grupper av helsepersonell. Dette er også noe som gjør det mer komplisert å sammenligne studiene. Det er ikke sikkert alle disse operasjoniseringene treffer like godt. For eksempel er det ikke nødvendigvis slik at et høyere antall klienter med traumer betyr større eksponering til traumer, fordi det kan tenkes at noen som har et høyt antall klienter har sjeldnere eller kortere konsultasjoner med hver klient. Da er kanskje antall timer i uken med traumebehandling det mest presise målet. Av de som målte på denne måten var det to studier som ikke fant korrelasjon (Devilly et al., 2009; Kjellenberg et al., 2014) mens tre fant at dette korrelerte med utfall (Brady et al., 1999; Diehm et al., 2019; McKim & Smith-Adcock, 2014).

Samlet sett peker resultatene mot at traumeeksponering kan være en risikofaktor for sekundærtraumatisering eller omsorgstretthet. Det er likevel interessant at funnene ikke er tydeligere på dette området. Særlig fordi dette går til kjernen av definisjonen på sekundærtraumatisering (at disse vanskene er reaksjoner på eksponering til andres traumer), som de fleste av disse studiene har sett på. Ut fra dette burde vi forventet å finne en tydelig sammenheng. Det at så mange av studiene ikke finner korrelasjon mellom ulike mål på

traumeeksponering og utfall gir grunnlag for å stille spørsmål ved konseptualiseringen og operasjonaliseringen av sekundærtraumatisering.

Klientgruppe

Ingen av de seks studiene som så på klientgruppe og sekundærtraumatisering fant en sammenheng (Brady et al., 1999; Follette et al., 1994; Kadambi & Truscott, 2003, 2004; van Minnen & Keijsers, 2000; Way et al., 2004). Dette tyder på at det ikke er en iboende risiko med klientgrupper som voldsutøvere, overgripere, voldtektsofre, traumeklienter eller barn, men at det er andre aspekter ved behandlingen som har sammenheng med sekundærtraumatisering og omsorgstretthet.

Faktorer knyttet til arbeidsforhold

Sammenlignet med kategorien for terapeutfaktorer var det relativt få studier som undersøkte faktorer knyttet til arbeidsstedet og arbeidsforhold. Det tydeligste funnet i denne kategorien var det at administrative oppgaver synes å være forbundet med plager, men dette funnet har få studier bak seg. Ellers var det én studie som hadde funn som tyder på at oppfattet kontroll på arbeidsplassen er en beskyttelsesfaktor og det var tre studier med kvalitative funn som tyder på at ledelsen har betydning for om terapeutene er mer eller mindre utsatt for plager. Når det gjelder arbeidsmengde og det å motta veiledning er funnene blandet.

Arbeidsmengde

Dersom omsorgstretthet og sekundærtraumatisering er plager som kommer av arbeidet, slik det påstås, er det naturlig å større arbeidsmengde betyr mer belastning og dermed større risiko. De resultatene vi har funnet er likevel blandet og vi kan derfor trekke noen sikker konklusjon om dette. Halvparten av de kvantitative studiene presenterte funn som tyder på at høyere arbeidsmengde er en risikofaktor for plager, mens den andre halvparten ikke fant noen sammenheng. Den ene studien som ikke fant korrelasjon brukte PTSD-F, som

er et spørreskjema som er rettet mot PTSD (Rzeszutek et al., 2015). Det kan tenkes at dette spørreskjemaet er dårligere til å fange opp sekundærtraumatisering enn verktøy som er utviklet spesifikt for det. Funnet kan muligens også forklares med lav statistisk power, da den hadde et mindre utvalg. Samtidig viste studien med flere deltakere (n = 253) ingen korrelasjon mellom antall klienter og sekundærtraumatisering (Sodeke-Gregson et al., 2013). Antall klienter kan være at dette er et upresist mål på arbeidsmengde, fordi det kan tenkes at noen terapeuter har mange klienter, men ser disse sjeldnere og dermed ikke har flere timer i løpet av en uke.

En av studiene som undersøkte betydningen av arbeidsmengde så spesifikt på den kliniske arbeidsmengden og fant at de som brukte en høyere andel av tiden sin på klinisk arbeid hadde høyere nivå av unngåelsessymptomer (McLean et al., 2003). Dette sammenfaller med et råd vi finner i litteraturen om selvivaretagelse som handler om å variere arbeidet med oppgaver utenfor det kliniske (Norcross & VandenBos, 2018). Det kan for eksempel være å drive med forskning, undervisning, veiledning og lederarbeid. Det å ha ulike profesjonelle roller ble også trukket fram som beskyttende av terapeuter som ble intervjuet i en kvalitativ studie (Harrison & Westwood, 2009). Mer forskning trengs for å klargjøre forholdet mellom arbeidsmengde og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering.

Administrative oppgaver

Fire studier hadde funn om administrative oppgaver og samtlige pekte i retning av at mengde administrative oppgaver, slik som papirarbeid i forbindelse med klientbehandling, var assosiert med høyere grad av omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering (Cieslak et al., 2013; Killian, 2008). Videre ble denne type arbeid sett på som en negativ del av arbeidshverdagen (Posselt et al., 2019). Dette kan sees i sammenheng med funnene som peker på viktigheten av å oppleve arbeidet som meningsfullt. Dersom terapeutene må bruke

mye tid på administrative oppgaver kan det gå på bekostning av de sidene av arbeidet som oppleves som meningsfullt.

Ledelse

Studiene som så på ledelse fant at terapeuter setter pris på selvstyre over sin arbeidsdag, da dette var forbundet med lavere nivåer av omsorgstretthet (McKim & Smith-Adcock, 2014). Videre vektla de kvalitative studiene at ledelse som var inkluderende, ikke-autoritær, ga rom for autonomi og som ikke overarbeidet terapeutene, var beskyttende (Harrison & Westwood, 2009; Norrman Harling et al., 2020; Posselt et al., 2019). Autonomi kan som sagt tenkes å være en viktig faktor som tillater terapeuter å jobbe på en måte som oppleves som meningsfull.

Veiledning

Det er naturlig å tenke at veiledning kan være et preventivt tiltak for å hindre omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering. Men funnene er blandet: to av de fire kvantitative studiene som undersøkte denne sammenhengen fant ingen korrelasjon (Cieslak et al., 2013; Rzeszutek et al., 2015) og én av dem fant at mer tid brukt i veiledning predikerte høyere nivå av sekundærtraumatisering (Sodeke-Gregson et al., 2013). Den siste av disse studiene fant at det hadde betydning om terapeutene fikk veiledningen på arbeidsplassen eller privat (Halevi & Idisis, 2018).

Basert på disse funnene er det vanskelig for oss å trekke noen konklusjoner om betydningen av veiledning og om det kan være en beskyttelsesfaktor. Hvis veiledning har en betydning ville det være naturlig å tenke at det fungerer beskyttende, fordi det er en ressurs som kan være terapeutene til hjelp både med tanke på å takle utfordringer i det kliniske arbeidet, men også det å takle sine egne reaksjoner og å få råd om hvordan man bør gå frem for å unngå å bli overbelastet. I alle de fire studiene som nevner kvalitative funn om veiledning trekker terapeutene selv frem at det kan være en slik beskyttende ressurs (Harrison

& Westwood, 2009; Killian, 2008; Norrman Harling et al., 2020; Posselt et al., 2019). Funnet til Sodeke-Gregson et al. (2013) er derfor kontraintuitivt. Det kan tenkes at det vil være tilfeller der veiledning fungerer mer belastende, fordi arbeidet blir vurdert av andre, noe som kan lede til økt prestasjonspress. Men en annen mulig forklaring på dette funnet kan være at de terapeutene som sliter mer søker ut veiledning i større grad. Det er også naturlig å anta at terapeuter som er tidlig i karrieren mottar mer veiledning enn erfarne terapeuter. Hvis det er slik at erfaring er en beskyttelsesfaktor kan også dette være med på å forklare at mer veiledning er forbundet med høyere nivå av plager. Det kan også være en forklaring på at noen av studiene ikke finner noen korrelasjon.

Funnet til Halevi og Idisis (2018) er interessant, fordi den viser til at ulike typer veiledning er forbundet med forskjeller i utfall. Altså kan det være slik at det ikke nødvendigvis er kvantiteten, men heller kvaliteten på veiledningen som er avgjørende. Det samsvarer med et kvalitativt funn der veiledning av høy kvalitet blir beskrevet som beskyttende, mens veiledning av lav kvalitet blir beskrevet som en risikofaktor (Posselt et al., 2019). Fokuset bør ikke bare være på mengden veiledning, men også innholdet i veiledningen. Som tidligere nevnt er psykoterapi preget av at fokuset er på klientens opplevelser og reaksjoner, mens terapeuten i stor grad setter egne behov til side. I veiledning vil gjerne fokuset fortsatt være på hvordan terapeuten best kan hjelpe klienten. Kanskje er det viktig at det gjøres plass til å snakke om terapeutens reaksjoner og behov i veiledning, dersom det skal kunne fungere beskyttende. I studien til Halevi og Idisis (2018) var det bedre utfall for de terapeutene som fikk veiledning privat enn de som fikk veiledning på arbeidsplassen. Det kan tenkes at det er mer krevende for terapeuter å være åpen om sine egne reaksjoner og vansker hvis veilederen deres også er en kollega.

Begrensninger for evidens

Den største svakheten med de inkluderte studiene var bruken av tverrsnittstudier. Kun én studie brukte et longitudinelt design (Tominaga et al., 2020), og målte samme utvalg over tid. Det gjør at vi ikke kan trekke sikre konklusjoner om at korrelasjonene vi finner representerer årsakssammenhenger, og eventuelt hvilken retning kausaliteten har. Dette er altså en utfordring med å tolke resultatene som er gjennomgående i vårt utvalg av studier.

Mange ulike verktøy ble brukt for å måle omsorgstretthet og sekundærtraumatisering, noe som gjør det vanskelig å sammenligne funn. Mens noen spørreskjema er hyppig brukt (ProQOL og TSI), er det flere studier som bruker lite etablerte spørreskjema, eller skjema som er laget for å måle noe annet enn omsorgstretthet og sekundærtraumatisering (IES og IES-R). Dette resulterer i at validiteten til resultatene kan betviles.

Bruken av forskjellige måleinstrumenter demonstrerer at ulike begreper som brukes for omsorgstretthet og sekundærtraumatisering både overlapper hverandre og brukes på måter som gjør grensene mellom disse konseptene uklare. I tillegg til de mest utbredte begrepene, er det en rekke andre relaterte begreper som brukes sjeldnere. Studiene vi har funnet bruker først og fremst “vicarious traumatization” (VT) / “secondary traumatic stress” (STS), som vi sammen har kalt sekundærtraumatisering, og “compassion fatigue” (CF), som vi kaller omsorgstretthet på norsk. Alle disse begrepene brukes om reaksjoner som terapeuter kan oppleve gjennom belastninger i klinisk arbeid, men de beskriver mekanismene og symptomene litt ulikt. Både VT og STS brukes til å beskrive reaksjoner på eksponering for andres traumehistorier, men i VT er fokuset mer på endringer i kognitive oppfatninger om seg selv og verden (McCann & Pearlman, 1990), mens STS brukes om et bredt spekter av traumelignende symptomer (Figley, 1995). CF brukes til å beskrive generelle emosjonelle og psykologiske reaksjoner som resulterer av å ha overbelastet sin kapasitet til medfølelse over tid (Figley, 1995). Et annet sentralt begrep i litteraturen om arbeidsrelaterte plager hos

terapeuter er utbrenthet. Mange av studiene vi fant undersøkte også utbrenthet. En kompliserende faktor her, er at en vanlig konseptualisering av CF består av kombinasjonen av STS og utbrenthet (Stamm, 2005). Beth Stamm, som står bak måleverktøyet ProQOL, peker selv på at det er nyanseforskjeller mellom disse begrepene, at forskningen ikke har klart å etablere tydelige skiller mellom dem og at det derfor er på tide med en revisjon av begrepsbruken (Stamm, 2010).

Bruk av flere begreper som er ulike, men overlappende, og som benytter seg av forskjellige måleverktøy, fører til utfordringer i det å skape oversikt og sammenligne studier. I tillegg kommer spørsmålet om disse begrepenes validitet. Devilly et al. (2009) konkluderte med at STS, VT og utbrenthet overlappet hverandre i stor grad og hovedsakelig ser ut til å måle samme fenomen. De fant også at det bare var utbrenthet som demonstrerte begrepsvaliditet og at en modell basert på utbrenthet predikerte VT og STS bedre enn deres egne teoretiske modeller. Kadambi og Truscott (2004) fant også høy korrelasjon mellom mål på VT og utbrenthet og konkluderte med at det var behov for å differensiere disse begrepene i større grad.

Til slutt er det begrensende at mange studier hadde få deltakere, ikke-randomiserte utvalg og at resultater kan være påvirket av utvalgsbias. Det gjør at vi i mange tilfeller har lite kunnskap om hvor representative utvalgene var og det kan være at ulike skjevheter påvirket resultatene. For eksempel kan det tenkes at terapeuter som opplever omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering i mindre grad tar seg tid til å delta i slike undersøkelser, av mangel på tid eller overskudd. Motsatt kan det være slik at det nettopp er de terapeutene som sliter med dette som motiveres til å delta fordi de tenker at det er et viktig tema.

Begrensninger ved denne litteraturstudien

Vi har begrenset vårt fokus til profesjonelle utøvere av psykoterapi. Det betyr at studier som hadde et mer sammensatt utvalg eller som fokuserte på andre grupper av

helsepersonell ikke ble inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Det kan tenkes at vi med det har gått glipp av studier som kunne vært relevante for diskusjonen av funnene våre. En utfordring for litteratursøket vårt var at det var mange ulike begreper som ble brukt til å beskrive psykoterapeuter. Det kan tenkes at det finnes studier som vårt søk ikke fanget opp, men som likevel ville kvalifisert til å bli inkludert i litteraturgjennomgangen. Det finnes også andre begreper for plagene som vi har sett på. Selv om begrepene vi har søkt på er de mest utbredte, finnes det andre begreper som er sjeldnere brukt. Noen relevante studier kan ha falt bort ved at vi ikke inkluderte disse i søket vårt. Vi har vært interessert i å undersøke risiko- og beskyttelsesfaktorer for plager som terapeuter kan være utsatt for gjennom arbeidet sitt. Som tidligere nevnt er utbrenthet et begrep som relaterer seg til begrepene og temaet vi har undersøkt, og mange av studiene vi har sett på har rapportert funn om utbrenthet, men disse har ikke blitt inkludert i våre funn, da de falt utenfor fokuset vi hadde definert i utgangspunktet. ProQOL, som er et av de mest brukte måleverktøyene for utfall i studiene vi har sett på, bygger på den nevnte konseptualiseringen om at omsorgstretthet er en kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet. Det betyr at mange av våre funn om omsorgstretthet også indirekte inkluderer funn om utbrenthet. En del av studiene har derimot bare rapportert funn basert på de to underskalaene hver for seg. I de tilfellene har vi samlet inn funn om sekundærtraumatisering, men ikke utbrenthet. Det at vi fant et så bredt spekter av funn gjorde det krevende å systematisere funnene. Det er også en begrensning at vi ikke har gjort en kvalitetsvurdering av studiene. En slik kvalitetsvurdering kunne i større grad klargjort validitet og forskjellige feilkilder i funnene.

Implikasjoner

For den individuelle terapeut

Basert på de inkluderte artiklene i denne oppgaven, er det vanskelig å gi klare råd og anbefalinger til terapeuter om hvilke grep de bør ta for å unngå omsorgstretthet og

sekundærtraumatisering. En forklaring på hvorfor bildet er så komplisert kan være at disse sammenhengene er komplekse og avhenger av mange faktorer. For eksempel kan mange forskjellige forhold i terapeutens liv påvirke betydningen av ulike faktorer knyttet til arbeidet. Likevel peker forskningen mot noen domener som kan være viktige og som kan være med på å veilede terapeuter.

Vi kan tenke oss at dette er et komplekst samspill der personlige egenskaper, mestringsstrategier og ytre rammer, i tillegg til stressorer og ressurser på og utenfor arbeidsplassen har betydning. I alt dette vil det være viktig at terapeuter er bevisst sine egne sårbarheter og behov. For det første handler det om en generell bevissthet om belastningene og risikoen knyttet til rollen, og å ta dette på alvor. For det andre handler det om å være oppmerksom på sine egne reaksjoner og hva som fungerer spesielt belastende for en selv. Det finnes også annen forskning som støtter dette. I en studie var selvbevissthet/selvmonitorering den faktoren psykologer rangerte høyest med tanke på betydning for optimal fungering (Schwebel & Coster, 1998), mens det kom som nummer to etter humor i en annen spørreundersøkelse (Rupert & Kent, 2007). De erfarne terapeutene som ble intervjuet av Harrison og Westwood (2009) la vekt på at oppmerksom selvbevissthet var viktig for å monitorere egen tilstand og dermed være i stand til å gjøre de riktige grepene for å ta vare på egen helse. Særlig mindfulness ble trukket fram som et verktøy for dette og terapeutene sa at det å praktisere mindfulness gjorde dem bedre i stand til å nyttegjøre seg av andre positive faktorer, for eksempel ved at det hjalp dem å være mer tilstede i sosiale relasjoner og innta en holdning av aksept for det som er. Dette kan gjøre det lettere være selvmedfølende og å unngå maladaptive tankemønstre og perfektjonisme. Det samsvarer også med det Norcross og VandenBos (2018) argumenterer for, nemlig at mindfulness er nyttig fordi det integrerer flere ulike selvivaretakelsesstrategier.

Når det gjelder spørsmålet om det å ha egne traumeerfaringer utgjør en risiko i terapeutrollen er bildet som tegner seg i forskningen uklart. Noen studier funn tyder på at det kan være en risikofaktor, men flertallet finner ikke en slik sammenheng. Det betyr på den ene siden at terapeuter som selv har egne traumer bør være bevisst på at dette kan være en faktor som gjør dem mer sårbare for belastninger i jobben, særlig når det gjelder eksponering for andres traumer, som de fleste av disse studiene har sett på. Samtidig er det ikke entydig at dette er tilfelle, og de fleste studiene vi har sett på tyder tvert imot på at terapeuter som har egne traumer ikke er mer sårbare enn andre. Derfor er det ikke grunnlag for å gi et generelt råd om at personer som har egne traumatiske erfaringer bør styre unna terapeutrollen eller traumefeltet. Igjen kan det beste rådet være å bruke oppmerksom selvbevissthet og følge med på om det er noen typer traumehistorier som skaper problematiske reaksjoner. Det kan tenkes at det å være eksponert for traumer generelt sett ikke trenger å være problematisk, men at det avhenger av faktorer som hvor nært disse traumehistoriene ligger ens egne erfaringer. Noe annet som kan ha betydning er hvordan terapeuten forholder seg til sine egne traumatiske minner. Funnet til Diehm et al. (2019) om at nivå av sekundærtraumatisering hang sammen med hvor mye terapeutene hadde bearbeidet sine egne traumer tyder nettopp på dette. Det peker på at det er viktig for terapeuter å jobbe med sine egne vansker, noe som det er naturlig å anta at gjelder også for andre typer psykiske plager enn traumer.

Man kan si at det mest sentrale punktet når det kommer til det å gi råd til den individuelle terapeuten, er det som handler om selvivaretagelse og mestringsstrategier. Det er flere som har gitt ut bøker og uttalt seg med råd om hva terapeuter bør gjøre for å ta vare på seg selv (f. eks. Isdal, 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Rothschild, 2006). I den forskningen vi har sett på var det mer begrenset med funn som kan si oss noe om nytten av konkrete former for selvivaretagelse (med unntak av det å søke sosial støtte). Likevel var det enkeltfunn som gir støtte til at noen strategier kan være nyttige, som mindfulness eller

selvmedfølelse, aktiv mestring, det å søke sosial og instrumentell støtte, planlegging og humor (Schauben & Frazier, 1995; Yip et al., 2017). I kvalitative studier trakk terapeuter selv frem andre strategier som nyttige, som fysisk aktivitet, optimisme, opprettholdelse av grenser, givende fritidsaktiviteter og å skape mening (Harrison & Westwood, 2009; Norrman Harling et al., 2020; van Minnen & Keijsers, 2000). På den andre siden var det studier som ikke fant at deltakernes selvivaretagelsesatferd hadde noen sammenheng med utfall (Killian, 2008), eller til og med fant at det var forbundet med høyere nivå av omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering (Halevi & Idisis, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013; Way et al., 2004). Vi kan ikke slå fast noe sikkert om sammenhengene basert på studiene vi har sett på. Likevel bør de ovenfornevnte strategiene være trygge å anbefale, fordi det i det store og hele er vanskelig å se for seg at de har noen betydelige negative konsekvenser. Samtidig bør vi være klar over at det ikke er sikkert at selvivaretagelse alene er svaret på utfordringene som omsorgstretthet og sekundærtraumatisering representerer. Det bør også hver enkelt terapeut være bevisst på. Hvis terapeuter som sliter tenker at de selv er ansvarlig for disse plagene kan det føre til at selvklandring, skam og skyldfølelse, noe som kan tenkes å forsterke problemene og heve terskelen for å be om hjelp. Det å føle skyld knyttet til tanker om å ikke være en god nok terapeut var en av de maladaptive responsene som var med på å predikere sekundærtraumatisering i studien til (Follette et al., 1994). Vi bør unngå at fokuset på selvivaretagelse fører til at terapeutene opplever det som nok et krav de sliter med å oppfylle, for i så fall kan det ende opp med å fungere mot sin hensikt. Terapeuter bør gi seg selv rom til å feile og aksept for at jobben kan være krevende.

I tillegg til strategiene som fremsettes som nyttige var det også noen studier som så på mestringsstrategier som regnes som maladaptive og som er forbundet med høyere nivå av plager. Bruk av rusmidler for å takle arbeidets belastninger, forsøk på å glemme historiene fra terapien, sosial tilbaketrekning og aggresjon mot andre var eksempler på dette (Follette et al.,

1994; Way et al., 2004). På samme måte som med de positive strategiene bør det være fornuftig å anbefale at man bør unngå disse mestringsstrategiene, siden både intuisjon og annen forskning kan fortelle oss at slike strategier er uheldige (Dworkin et al., 2018; Geraerts et al., 2006; Pancani et al., 2021; Westreich, 2005).

Det å søke sosial støtte skiller seg ut blant selvivaretalesstrategiene, fordi en rekke studier presenterte funn som pekte på sosial støtte som beskyttelsesfaktor for sekundærtraumatisering, noe som gjør det til et av de tydeligste funnene våre. I tillegg er dette et trygt råd å gi, da vi vet at sosial støtte er forbundet med positive utfall for psykisk helse generelt sett (Dalgard et al., 1995; Wang et al., 2014). I tillegg var det funn som tydet på at sosial tilbaketrekning og isolasjon kunne være en risikofaktor (Follette et al., 1994; Harrison & Westwood, 2009). Altså bør terapeuter passe på å pleie sine viktige relasjoner og dra nytte av verdien som ligger i dem. Den sosiale støtten kan komme fra venner og familie, men også fra kollegaer, noe som understreker betydningen av å ha et godt arbeidsmiljø. Terapeutene som ble intervjuet av Norrman Harling et al. (2020) trakk fram kollegastøtte som en beskyttende faktor.

Et annet tydelig funn var at opplevelse av mening så ut til å være en beskyttende faktor. Terapeuter kan selv velge å søke og dyrke de meningsfulle sidene ved jobben, og det er ulike måter å gjøre dette på. For eksempel å bruke metoder og perspektiver som terapeuten selv opplever som meningsfulle, søke seg mot felt som oppleves som meningsfulle, eller aktivt se etter og kultivere mening ved å minne seg selv på viktigheten av den jobben de gjør.

Litteraturstudien vår har hatt som fokus å se på hvilke faktorer som henger sammen omsorgstretthet og sekundærtraumatisering. Noen av studiene viste dramatiske forekomster av slike plager. En studie fant at 60,4 % av terapeutene hadde et høyt nivå av omsorgstretthet (Kabunga et al., 2020), mens en annen fant at 70 % av terapeutene hadde skårer som indikerte høy risiko for sekundærtraumatisering (Sodeke-Gregson et al., 2013). Men dette ser

heldigvis ut til å være unntakene. I en rekke av artiklene ble det påpekt at det generelle nivået av plager var lavt og at det var et mindretall som så ut til å oppleve betydelige vansker (Diehm et al., 2019; Eng et al., 2021; Follette et al., 1994; Kjellenberg et al., 2014; Oginska-Bulik et al., 2020; Pearlman & Mac Ian, 1995; Tominaga et al., 2020; Zeleskov-Doric et al., 2012). Posselt et al. (2019) målte i tillegg terapeutenes nivå av angst, stress og depresjon og fant at utvalget ikke skilte seg fra den generelle befolkningen. Altså er det mye som tyder på at de fleste terapeuter klarer seg godt. Med så mye fokus på belastninger knyttet til denne rollen er det et viktig poeng å fremme til kommende terapeuter. Særlig med tanke på funn som tyder på at terapeutenes kognisjoner, som katastrofetanker (McLean et al., 2003) og negative vurderinger av belastningens skade (Cieslak et al., 2013), kan forverre problemene, mens optimisme har blitt trukket fram som beskyttende (Harrison & Westwood, 2009).

Etter hvert har også flere satt fokus på de positive endringene terapeuter kan oppleve gjennom jobben. *Compassion satisfaction*, som kan oversettes til medfølelsetilfredshet, er et begrep som kan sies å være motsatsen til omsorgstretthet, siden det beskriver positive følelser som følger av det å være i en hjelperrolle (Stamm, 2010). Flere av studiene målte dette og fant generelt høye nivåer hos deltakerne (Craig & Sprang, 2010; Kjellenberg et al., 2014; McKim & Smith-Adcock, 2014). Også i kvalitative intervjuer ble de positive sidene ved rollen vektlagt (Norrman Harling et al., 2020; Posselt et al., 2019; Sui & Padmanabhanunni, 2016). Et annet begrep brukes om positive endringer knyttet til hjelperrollen er *secondary posttraumatic growth*, som vi kan oversette til sekundær posttraumatisk vekst. Det innebærer at terapeuter opplever personlig vekst gjennom traumearbeid (Ben-Porat, 2015). Noen av studiene undersøkte dette. En av dem fant at bare 8,6 % av terapeutene skåret høyere enn terskelverdien for sekundærtraumatisering, mens hele 42,9 % hadde skårer som indikerte sekundær posttraumatisk vekst. I en annen studie så sekundær posttraumatisk vekst ut til å

beskytte mot negative konsekvenser av sekundærtraumatisering (Samios et al., 2012).

Plagene og de positive konsekvensene trenger ikke nødvendigvis å utelukke hverandre fullstendig, det kan tenkes at terapeuter opplever begge deler samtidig. Kanskje kan det være slik at et visst nivå av belastning kreves for å få tilgang til den potensielle veksten som ligger i det å være eksponert for klientenes vanskelige historier. Det er viktig at vi ikke svartmaler og overdriver utfordringene og risikoene knyttet til det å jobbe som terapeut. Det ser ut til at det finnes mange gode grunner til at terapeuter bør fokusere på de positive sidene og dyrke det som gir dem opplevelse av mening i jobben.

For utdanningsinstitusjoner

Universiteter og andre som utdanner psykoterapeuter har et ansvar for å forberede studentene på det som møter dem når de er ferdig. Hvordan skal de gjøre det med tanke på å hjelpe de fremtidige terapeutene å forebygge eller takle belastningene arbeidet medfører? Forskningen vi har sett på er ikke entydig nok til at vi kan legge på bordet en liste med bastante råd og anbefalinger som studenter bør lære. Utdanningsinstitusjonene bør derfor heller legge til rette for refleksjon og bevissthet rundt temaene, på en måte som følger de poengene som er diskutert ovenfor. Utdanningsinstitusjonene kan bidra til økt bevissthet om utfordringer og risiko knyttet til terapeutrollen, og komme tidlig inn med budskapet om at det er viktig å prioritere sin egen psykiske helse. De kan også utfordre studentene til å reflektere over egne sårbarheter og behov. Igjen er det viktig at man ikke skaper pessimisme gjennom et overdrevent fokus på farene, men at det også legges vekt på de positive sidene ved rollen, og det at de fleste terapeuter ser ut til å klare seg greit.

For arbeidsgivere og ledere

På samme måte som det er viktig at terapeutene selv kjenner til risikoene ved arbeidet er det selvsagt viktig at arbeidsgiverne har den samme bevisstheten. Arbeidsgivere og ledere har stor påvirkning på de ytre faktorene som terapeuter er utsatt for. Uten en bevissthet for at

terapeutrollen kan være belastende kan en arbeidsgiver fort ende opp med å sette rammer eller kommunisere forventninger som forsterker belastningen heller enn å lette den. Det kan tenkes å være risikabelt, særlig i kombinasjon med terapeuter som er pliktoppfyllende og ønsker å prestere. Vi har nevnt at terapeuten bør monitorere sin egen tilstand, men arbeidsgiver bør også følge med dersom ansatte viser tegn til å være overbelastet, og deretter gjøre justeringer for å hindre at dette utvikler seg videre. I tillegg til at terapeutene kan oppleve vansker, vil arbeidsgiveren kanskje sitte igjen med en arbeidstaker som ikke evner å prestere like godt som før. Derfor er ivaretagelse av terapeuter både en interesse og et ansvar som arbeidsgiver og terapeut deler. Dette burde også være reflektert i forskningen og diskusjonen rundt arbeidsrelaterte plager. Men i vårt utvalg av studier er det en stor overvekt som fokuserer på faktorer knyttet til terapeuten og relativt få som ser på betydningen av arbeidsforhold.

Ledere og arbeidsgivere bør gjøre det de kan for å skape gode rammer og arbeidsforhold som legger til rette for god helse. Det ser ut som at det å skape et miljø som støtter opp under terapeutenes autonomi er en måte å gjøre dette på (McKim & Smith-Adcock, 2014; Norrman Harling et al., 2020). Det kan handle om gi dem rom til å utføre behandling på den måten som de vurderer som best og ikke minst at rammene muliggjør dette. Et sentralt tema som kom frem i de kvalitative intervjuene til Norrman Harling et al. (2020) var det de kalte *etisk stress*, som handlet om påkjenningen ved å vite hvordan man kan hjelpe klientene, men samtidig være hindret i gjøre det av ytre forhold. Det kunne være press om å behandle mange på kort tid eller krav til dokumentasjon som førte til at de måtte prioritere administrativt arbeid framfor det kliniske. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at det optimale er å gi de ansatte mest mulig frihet. Det var også noen av deltakerne som trakk frem at mangel på struktur på arbeidsplassen kunne være en belastning, fordi det førte til en ekstra jobb med å lage denne strukturen for sin egen del.

Andre funn tyder også på at administrativt arbeid kan være en risikofaktor (Cieslak et al., 2013; Posselt et al., 2019). Arbeidsgivere burde se etter måter å begrense omfanget av det administrative arbeidet for terapeutene. For eksempel går det an å se på om alle disse oppgavene trenger å bli utført av terapeutene selv, eller om noe av det kan utføres av administrativt ansatte. Det å håndtere timeavtaler og -avlysninger kan være eksempler på slike oppgaver. Journalføring må nødvendigvis utføres den ansvarlige terapeuten, men her går det an å vurdere om dette også kan gjøres mindre tidkrevende, for eksempel ved å tilpasse krav og rutiner. Det finnes også et potensiale for å automatisere slike prosesser ved bruk av digitale løsninger. Dette kan samtidig inngå i et mer overordnet mål om å gi rom for at terapeutene kan utføre jobben sin på en måte som oppleves som meningsfull, noe som betyr å gi terapeutene en del autonomi. Samtidig taler studien til Craig og Sprang (2010) for at dette bør skje innenfor rammene av evidensbasert praksis.

Noe som kan gjøre terapeutrollen krevende er det at man arbeider mye individuelt og mange terapeuter opplever isolasjon som en negativ side ved jobben (Tryon, 1983). Ledere kan og bør legge til rette for et godt arbeidsmiljø hvor det både finnes faglig og sosial støtte. Veiledning og andre former for kollegastøtte kan være arenaer for dette. Samtidig var ikke funnene våre entydige på at mer veiledning fungerer beskyttende. Det kan altså være at formen og innholdet i veiledningen er vel så viktig som omfanget. Hvis veiledning skal fungere beskyttende er det kanskje nødvendig at det ikke bare er fokus på hvordan terapeuten best kan hjelpe klientene, men at man samtidig kan gi rom for å snakke om terapeutenes opplevelser og reaksjoner. Et annet alternativ er å skape egne arenaer for dette, slik Per Isdal (2017) har gjort ved å holde "leirbål" der ansatte får muligheten til å snakke fritt om krevende opplevelser mens man blir lyttet til av kollegaene sine.

I tillegg til at arbeidsgivere bør være bevisst på belastningene de ansatte er utsatt for, har de også muligheten til å spre denne bevisstheten og skape et miljø på arbeidsplassen hvor

det er åpenhet og aksept for å snakke om det å ha det vanskelig. Man skulle kanskje tro at terapeuter i større grad enn andre ville omfavne åpenhet om egne psykiske plager, men det kan se ut til at også denne gruppen opplever stigma knyttet til det, og at dette fungerer som en barriere for å søke hjelp (Bearse et al., 2013). Det var terapeuter som forklarte at de opplevde omsorgstretthet som et tabubelagt tema, som var særlig vanskelig å snakke om fordi det var knyttet til vansker med å fungere optimalt i hjelperrollen (Norrman Harling et al., 2020). Dette tyder på at ledere bør gjøre aktive grep for å legge til rette for åpenhet.

For politiske beslutninger

Akkurat som den enkelte terapeut er priggitt de forholdene som er på arbeidsplassen deres, er ledernes handlingsrom begrenset av rammene som bestemmes gjennom politiske beslutninger. Dette inkluderer økonomiske rammer, målsettinger, retningslinjer og lover som regulerer behandlingen, og har åpenbart betydning for valgene man kan ta for å skape en ivaretagende arbeidsplass. Terapeuter kan oppleve det som belastende når de ytre rammene hindrer dem i å hjelpe klientene på den måten de egentlig ønsker og vurderer som best (Norrman Harling et al., 2020). Deltakerne i studien til Posselt et al. (2019), som arbeidet med flyktninger og asylsøkere, trakk fram uenigheter med regelverket de arbeidet innenfor som mer belastende enn traumearbeidet i seg selv. Det er viktig at også hjelpernes helse og velvære er med i beregningen når beslutninger tas som har betydning for deres arbeidshverdag.

For videre forskning

Alle de kvantitative studiene vi har funnet har vært tverrsnittstudier, bortsett fra én. Det gir oss som sagt utfordringer med tolkningen av resultatene og vi kan ikke slå fast noe sikkert om årsakssammenhenger mellom variablene. Da er det også vanskelig å slå fast hvilke faktorer som fungerer beskyttende og hvilke faktorer som representerer økt risiko. Flere

longitudinelle eller eksperimentelle studier på dette feltet kan hjelpe oss å forstå mer om slike sammenhenger.

Begrepene som brukes for utfallsmål overlapper hverandre, både konseptuelt og i måten de brukes på. Dette forskningsfeltet ville hatt fordel av en mer enhetlig og konsekvent begrepsbruk. Dersom begrepene vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisk stress og omsorgstretthet er ment å representere ulike fenomener (som i tillegg skiller seg fra utbrenthet) er det behov for å etablere en tydeligere differensiering mellom dem. Man kan også stille spørsmålet om det er behov for alle tre begrepene. Kanskje representerer de heller ulike aspekter ved samme fenomen. Dette ser særlig ut til å kunne gjelde vikarierende traumatisering og sekundærtraumatisk stress ettersom begge begrepene beskriver reaksjoner på eksponering til andres traumehistorier, men har fokus på ulike former for reaksjoner. STS favner bredere i og med at det beskrives som generelle traumelignende symptomer (Figley, 1995) og man kan dermed argumentere for at dette også kan omfavne de kognitive endringene som beskrives i VT. Funn som tyder på høy grad av konvergens mellom VT og STS taler også for at disse kan slås sammen (Deville et al., 2009).

I studiene vi fant ble det brukt mange ulike måleverktøy for å måle utfall, i tillegg til at mange av disse verktøyene ikke var spesifikt utviklet for å måle omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering. En mer enhetlig og konsekvent bruk av måleverktøy, som er tilpasset utfallsmålene, vil gjøre forskningsfeltet mer oversiktlig. Det vil også gjøre det enklere å sammenligne og tolke studier.

I vårt utvalg av studier ble det undersøkt en lang rekke ulike faktorer. Mange av faktorene hadde få studier bak seg. Det er også noe som er med på å gjøre det vanskelig å skaffe oversikt og tolke funn. Norcross anbefaler å fokusere på brede strategier eller prinsipper når det gjelder selvivaretagelse (Norcross & VandenBos, 2018). Det å se på bredere domener kan også gis som anbefaling for andre type faktorer. Det kan være mer

fruktbart og gi bedre oversikt over sammenhengene enn å fokusere på smalere enkeltfaktorer. Et eksempel på dette kan være at i stedet for å se på antall timer veiledning i uken kan man se bredere på den faglige støtten terapeuter opplever på arbeidsplassen sin.

Mens nesten alle studiene undersøkte faktorer knyttet til terapeuten, var det færre som så på faktorer knyttet til klientene og arbeidsforholdene. Fremtidige studier bør i større grad gi oppmerksomhet til faktorer utenfor terapeuten, særlig knyttet til arbeidsforhold. Det kunne vært interessant å undersøke andre faktorer som er knyttet til terapeutenes klientgruppe. Det kan det være andre lidelser og vansker som terapeuter møter i behandling som har betydning for terapeutenes plager. Studiene vi har funnet har ikke sett på andre lidelser enn traumer og det er ikke gitt at det er dette som skal være mest belastende for terapeuten.

En annen faktor kan være alvorlighetsgraden av klientenes vansker. Det vil være naturlig å tro at det er mer krevende for terapeuter å behandle mer alvorlige tilstander. Det kan også tenkes at sammensetningen av klientgruppen har betydning. For eksempel er det mulig at det er en fordel for terapeuter å ha en viss variasjon med tanke på tilstandene de behandler. Men samtidig kan det finnes en motsatt effekt: at for mye av denne variasjonen skaper større utfordringer, fordi terapeutene ikke får muligheten til å bli gode nok til å takle alle lidelsene. Jobber man mer spesialisert kan fordelene være at man blir dyktigere på det feltet man jobber i, både med tanke på å lykkes med behandlingen, men også med tanke på det å takle de bestemte utfordringene det arbeidet representerer for dem personlig.

Det å diskutere faktorer knyttet til egenskaper til klientene kan være krevende fordi man ikke ønsker å legge skylden på klientene for at terapeuter opplever jobben som belastende. Det å skape et slikt inntrykk kan gjøre at folk kvier seg for å søke hjelp eller holder tilbake i behandlingen i frykt for å være en belastning for terapeuten. Samtidig bør vi ikke skygge unna å undersøke de faktorene som kan ha betydning for at terapeuter utvikler plager. Vi bør være bevisst på måten vi omtaler dette på og at ansvaret ikke ligger på

klientene, men heller på at systemet bør innrettes slik at vi minimerer risikoen for terapeutene, for eksempel ved at vi unngår at noen terapeuter blir sittende med veldig mange krevende saker. Ved å frembringe mer kunnskap om ytre faktorer som har betydning for omsorgstretthet og sekundærtraumatisering vil vi kunne være i stand til å gjøre systemiske endringer på ulike nivåer som vil kunne hjelpe mange terapeuter, heller enn at hver enkelt terapeut blir overlatt til å hjelpe seg selv.

Konklusjon

Å være psykoterapeut kan være både en givende og krevende rolle. Det er lite som er mer meningsfullt enn det å hjelpe andre mennesker, men samtidig innebærer det å nærme seg andres lidelse. Denne oppgaven hadde som mål å undersøke hvilken kunnskap som foreligger om de faktorene som har betydning hvor godt terapeutene tåler belastningen det er å stå i dette. I vårt utvalg av studier fant vi at et bredt spekter av slike faktorer hadde blitt undersøkt, som var knyttet til egenskaper ved terapeuten, klientene eller arbeidsforholdene. Det var klart flest studier som så på faktorer knyttet til terapeuten, mens det var færrest som undersøkte betydningen av arbeidsforholdene. Når det gjaldt klientfaktorer undersøkte studiene hovedsakelig betydningen av å jobbe med klienter med traumer. For mange av faktorene viste ikke resultatene et klart bilde. Mange av de andre faktorene hadde få studier sett på. De mest robuste funnene var at sosial støtte og opplevelse av mening ser ut til å representere beskyttelsesfaktorer, mens administrative oppgaver var forbundet med plager. Ulike kognitive faktorer hos terapeuten ser også ut til å ha betydning for utfall. Sett bort fra sosial støtte var det overraskende få studier som hadde undersøkt effekten av konkrete selvivaretakelsesstrategier og funnene var generelt sett blandet. Tolkning av funnene vanskeliggjøres av at de kvantitative studiene nesten utelukkende benyttet seg av krysseksjonelt design. Det er et behov for eksperimentelle eller longitudinelle studier som

kan frembringe kunnskap om de kausale sammenhengene mellom disse faktorene og omsorgstretthet eller sekundærtraumatisering.

Referanser

- Bearse, J. L., McMin, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(3), 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0031182>
- Benatar, M. (2000). A qualitative study of the effect of a history of childhood sexual abuse on therapists who treat survivors of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation, 1*(3), 9–28. https://doi.org/10.1300/J229v01n03_02
- Ben-Porat, A. (2015). Vicarious post-traumatic growth: Domestic violence therapists versus social service department therapists in Israel. *Journal of Family Violence, 30*(7), 923–933. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9714-x>
- Binder, P. (2014). *Den som vil godt: Om medfølelsens psykologi*. Fagbokforlaget.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(4), 386–393. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Carmel, M. J. S., & Friedlander, M. L. (2009). The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 461–467. <https://doi.org/10.1037/a0015422>
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B., Peterson, A., & Benight, C. (2013). Secondary Traumatic Stress Among Mental Health Providers Working With the Military Prevalence and Its Work- and Exposure-Related Correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 917–925.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, *12*(2), 235–243.

<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Coetzee, S. K., & Laschinger, H. (2018). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & health sciences*, *20*(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/nhs.12387>

Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *23*(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>

Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, *166*(1), 29–34. Cambridge Core.

<https://doi.org/10.1192/bjp.166.1.29>

Dattilio, F. M. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist*, *50*(6), 393–399.

<https://doi.org/10.1111/ap.12157>

De Lange, E. F., & Chigeza, S. (2015). Fortigenic qualities of psychotherapists in practice. *Journal of Psychology in Africa*, *25*(1), 56–59.

Deighton, R. M., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, *20*(1), 63–75.

<https://doi.org/10.1002/jts.20180>

Devilley, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, *43*(4), 373–385.

<https://doi.org/10.1080/00048670902721079>

- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology, 25*(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Dworkin, E. R., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M. A., Cadigan, J. M., & Kaysen, D. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders, 229*, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.042>
- Eng, L., Nordstrom, J., & Schad, E. (2021). Incorporating compassion into compassion fatigue: The development of a new scale. *Journal of Clinical Psychology, 77*(9), 2109–2129. <https://doi.org/10.1002/jclp.23113>
- Ericsson, U., Pettersson, P., Rydstedt, L., & Ekelund, E. (2021). Work, family life and recovery: An exploratory study of “the third shift”. *Work, 70*(4), 1131–1140. <https://doi.org/10.3233/WOR-213624>
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*(3), 275–282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275>
- Frankl, V. E. (2004). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Rider.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research*

- and Therapy*, 44(10), 1451–1460. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.001>
- Halevi, E., & Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? Differentiation of self as an indicator for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698–705. <https://doi.org/10.1037/tra0000318>
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>
- Holden C. L., & Jeanfreau M. M. (2021) Are Perfectionistic Standards Associated with Burnout? Multidimensional Perfectionism and Compassion Experiences Among Professional MFTs. *Contemporary Family Therapy*, 1-11. Digital forhåndspublisering. doi:10.1007/s10591-021-09605-6
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.
- Juczynski, Z., Oginska-Bulik, N., & Binnebesel, J. (2021). Empathy and Cognitive Processing as Factors Determining the Consequences of Secondary Exposure to Trauma Among Roman Catholic Clergymen. *Journal of Religion & Health*, 61(2), 1226–1241. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01443-y>
- Kabunga, A., Anyolitho, M. K., & Betty, A. (2020). Emotional intelligence and compassion fatigue among psychotherapists in selected districts of Northern Uganda. *South African Journal of Psychology*, 50(3), 359–370. <https://doi.org/10.1177/0081246319889174>

- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology, 9*(4), 216–230.
<https://doi.org/10.1177/153476560300900404>
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious Trauma Among Therapists Working with Sexual Violence, Cancer, and General Practice. *Canadian Journal of Counselling, 38*(4), 260–276.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology, 14*(2), 32–44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kizilhan, J. I. (2020). Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. *BMC Psychiatry, 20*. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02508-0>
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaite, D., & Cardena, E. (2014). Transformative Narratives: The Impact of Working With War and Torture Survivors. *Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy, 6*(2), 120–128.
<https://doi.org/10.1037/a0031966>
- Lakioti, A., Stalikas, A., & Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional Psychology: Research and Practice, 51*(6), 560–570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>
- Laverdiere, O., Ogradniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Clinicians' empathy and professional quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease, 207*(2), 49–52.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000927>
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma Work, Sense of Coherence, and Positive and Negative Changes in Therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(3), 185–188. <https://doi.org/10.1159/000084004>
- Marmaras, E., Lee, S. S., Siegel, H., & Reich, W. (2003). The Relationship Between

- Attachment Styles and Vicarious Traumatization in Female Trauma Therapists. *Special Issue: Traumatic Stress and Its Aftermath: Cultural, Community, and Professional Contexts.*, 26(1), 81–92. https://doi.org/10.1300/J005v26n01_07
- Martin-Cuellar, A., Lardier, D. T., Atencio, D. J., Kelly, R. J., & Montanez, M. (2019). Vitality as a moderator of clinician history of trauma and compassion fatigue. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(4), 408–419. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09508-7>
- Maslach, C. (1998). A Multidimensional Theory of Burnout. I C. L. Cooper (Red.) *Theories of Organizational Stress* (s. 68–85). Oxford University Press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McKim, L. L., & Smith-Adcock, S. (2014). Trauma Counsellors' Quality of Life. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 58–69. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9190-z>
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The Contribution of Therapist Beliefs to Psychological Distress in Therapists: An Investigation of Vicarious Traumatization, Burnout and Symptoms of Avoidance and Intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 417–428. <https://doi.org/10.1017/S135246580300403X>
- Møller, L. (2014). *Professionelle relationer*. Akademisk Forlag.
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2016). Clinician Responses to Client Traumas: A Chronological Review of Constructs and Terminology. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 306–313. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Norcross, J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (3. utg.). Oxford University Press.

- Norcross, J., & VandenBos, G. (2018). *Leaving It at the Office: A Guide to Psychotherapist Self-Care* (2. utg.). The Guilford Press.
- Norrman Harling, M., Hogman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: Eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *15*(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1785610>
- Oginska-Bulik, N., Juczynski, Z., & Michalska, P. (2020). The Mediating Role of Cognitive Trauma Processing in the Relationship Between Empathy and Secondary Traumatic Stress Symptoms Among Female Professionals Working With Victims of Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(3). <https://doi.org/10.1177/0886260520976211>
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2021). Forced Social Isolation and Mental Health: A Study on 1,006 Italians Under COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663799>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, *372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pearlman, L. A. (1996). Review of the TSI Belief Scale. I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (s. 414–416). Sidran.
- Pearlman, L. A. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale*. Western Psychological Services.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and*

- Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pinker, S. (2011). The better angels of our nature: Why violence has declined. *The better angels of our nature: Why violence has declined*. Viking Books.
- Pope, K., & Tabachnick, B. (1994). Therapists as Patients: A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems, and Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Posselt, M., Deans, C., Baker, A., & Procter, N. (2019). Clinician wellbeing: The impact of supporting refugee and asylum seeker survivors of torture and trauma in the Australian context. *Australian Psychologist*, 54(5), 415–426. <https://doi.org/10.1111/ap.12397>
- Robinson-Keilig, R. A. (2014). Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1477–1496. <https://doi.org/10.1177/0886260513507135>
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. W W Norton & Co.
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>
- Rzeszutek, M., Partyka, M., & Golab, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 213–220. <https://doi.org/10.1037/pro0000024>
- Saleem, T., & Hawamdeh, E. (2022). Counselor self-efficacy, spiritual well-being and compassion satisfaction/fatigue among mental health professionals in Pakistan. *Current Psychology*. 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02499-5>

- Samios, C., Abel, L. M., & Rodzik, A. K. (2013). The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: an application of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Anxiety, stress, and coping*, 26(6), 610–623. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.784278>
- Samios, C., Rodzik, A. K., & Abel, L. M. (2012). Secondary traumatic stress and adjustment in therapists who work with sexual violence survivors: The moderating role of posttraumatic growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 341–356. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.691463>
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49–64. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>
- Schwebel, M., & Coster, J. (1998). Well-functioning in professional psychologists: As program heads see it. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(3), 284–292. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.3.284>
- Singh, J., & Hassard, J. (2021). Emotional labour, emotional regulation strategies, and secondary traumatic stress: A cross-sectional study of allied mental health professionals in the UK. *Social Science Journal*. <https://doi.org/10.1080/03623319.2021.1979825>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holtum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual. The professional quality of life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Sidran Press.

- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2. utg.). ProQOL.org.
- Steed, L., & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 5(1).
- Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2(2).
- Stiegler, J. R. (2015). *Emosjonsfokusert terapi: Å forstå og forandre følelser*. Gyldendal akademisk.
- Sui, X.-C., & Padmanabhanunni, A. (2016). Vicarious trauma: The psychological impact of working with survivors of trauma for South African psychologists. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 127–133.
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9). <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Tominaga, Y., Goto, T., Shelby, J., Oshio, A., Nishi, D., & Takahashi, S. (2020). Secondary trauma and posttraumatic growth among mental health clinicians involved in disaster relief activities following the 2011 Tohoku earthquake and tsunami in Japan. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(4), 427–447. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1639493>
- Tryon, G. S. (1983). The pleasures and displeasures of full-time private practice. *The Clinical Psychologist*, 36(2), 45–48.
- van Minnen, A., & Keijsers, G. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behaviour Therapy And Experimental Psychiatry*, 31(3–4), 189–200.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00005-2)

Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 41.

<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>

Way, I., VanDeusen, K., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma—A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49–71.

<https://doi.org/10.1177/0886260503259050>

Westreich, L. M. (2005). Alcohol and mental illness. *Primary Psychiatry*, 12(1), 41–46.

Yip, S. Y. C., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Law, R. W. (2017). The mediating role of self-compassion between mindfulness and compassion fatigue among therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8(2), 460–470. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0618-5>

Zeleskov-Doric, J., Hedrih, V., & Doric, P. (2012). Relations of resilience and personal meaning with vicarious traumatization in psychotherapists. *International Journal of Psychotherapy*, 16(3), 44–55.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E., & Costello, E. (1996). The validation of the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40) in a sample of inpatients. *Child Abuse & Neglect*, 20(6), 503–510.

[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00032-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00032-4)

Aafjes-Van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). What Do Therapist Defense Mechanisms Have to Do With Their Experience of Professional Self-Doubt and Vicarious Trauma During the COVID-19 Pandemic? *Frontiers in psychology*, 12, 647503. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647503>

Aafjes-van Doorn, K., Bekes, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma:*

Theory, Research, Practice, and Policy, 12(S1), S148–S150.

<https://doi.org/10.1037/tra0000868>

Annen informasjon

Tabell 1

Inkluderte artikler fra litteratursøk i databasene PsycINFO og MEDLINE

Forfatter (Årstell)	Land	N	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Benetar (2000)	USA	12	83	Intervju	Terapeutfaktor	VT
Brady et al. (1999)	USA	446	100	TSI, IES	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Carmel & Friedlander (2009)	USA	106	53	PRoQOL, IES-R	Terapeutfaktorer	STS og CF
Cieslak et al. (2013)	USA	224	67	STES, STSS	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Craig & Sprang (2009)	USA	532	65	ProQOL	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	CF
De Lange & Chigeza (2015)	Sør-Afrika	7	86	Intervju	Terapeutfaktorer	CF

Forfatter (Årstall)	Land	<i>N</i>	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Deighton et al. (2007)	Australia / Tyskland	100	65	ProQOL	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	CF
Deville (2009)	Australia / New Zealand	152	70	STSS, TSI	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	STS og VT
Diehm et al. (2019)	Australia	78	83	STSS	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Eng et al. (2021)	Sverige	655	83	STSS, CFI	Terapeutfaktorer	CF
Follette et al. (1994)	USA	558	47	TSC-40	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	STS
Halevi & Idisis (2018)	Israel	135	84	TSI	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Harrison & Westwood (2009)	USA	6	Ukjent	Intervju, ProQOL	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Holden & Jeanfreau (2021)	USA	247	71	ProQOL	Terapeutfaktorer	STS
Juczynski et al. (2021)	Polen	140	44	STSI	Terapeutfaktorer	STS

Forfatter (Årstall)	Land	<i>N</i>	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Kabunga et al. (2020)	Nord-Uganda	207	56	ProQOL	Terapeutfaktorer	CF
Kadambi & Truscott (2003)	Canada	91	54	TSI, IES	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Kadambi & Truscott (2004)	Canada	221	84	TSI, IES	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Killian (2008)	Canada	20/104	80/80	Intervju, ProQOL	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	STS og CF
Kizilhan (2020)	Irak / Tyskland	82	52	Intervju, QST	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Kjellenberg et al. (2014)	Sverige	69	75	ProQOL	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	STS og CF
Lakioti et al. (2020)	Hellas	163	85	ProQOL	Terapeutfaktorer	STS
Laverdiere et al. (2019)	Canada	240	78	ProQOL	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	STS
Linley et al. (2005)	UK	85	52	CiOQ, TWE	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	VT

Forfatter (Årstall)	Land	<i>N</i>	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Marmaras et al. (2003)	USA	375	100	TSI, IES-R	Terapeutfaktorer	VT
Martin-Cuellar et al. (2019)	USA	113	77	ProQOL	Terapeutfaktorer	CF
McKim & Smith-Adock (2014)	USA	98	74	ProQOL	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	CF
McLean et al. (2003)	Australia	116	73	TSI, IES	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Norrman Harling et al. (2020)	Sverige	8	63	Intervju	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	CF
Oginska-Bulik et al. (2020)	Polen	164	100	STSI	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Pearlman & Mac Ian (1995)	USA	136	72	TSI, IES	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	VT
Posselt et al. (2019)	Australia	50	72	ProQOL	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	CF
Robinson-Keilig (2014)	USA	320	78	STSS	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	STS

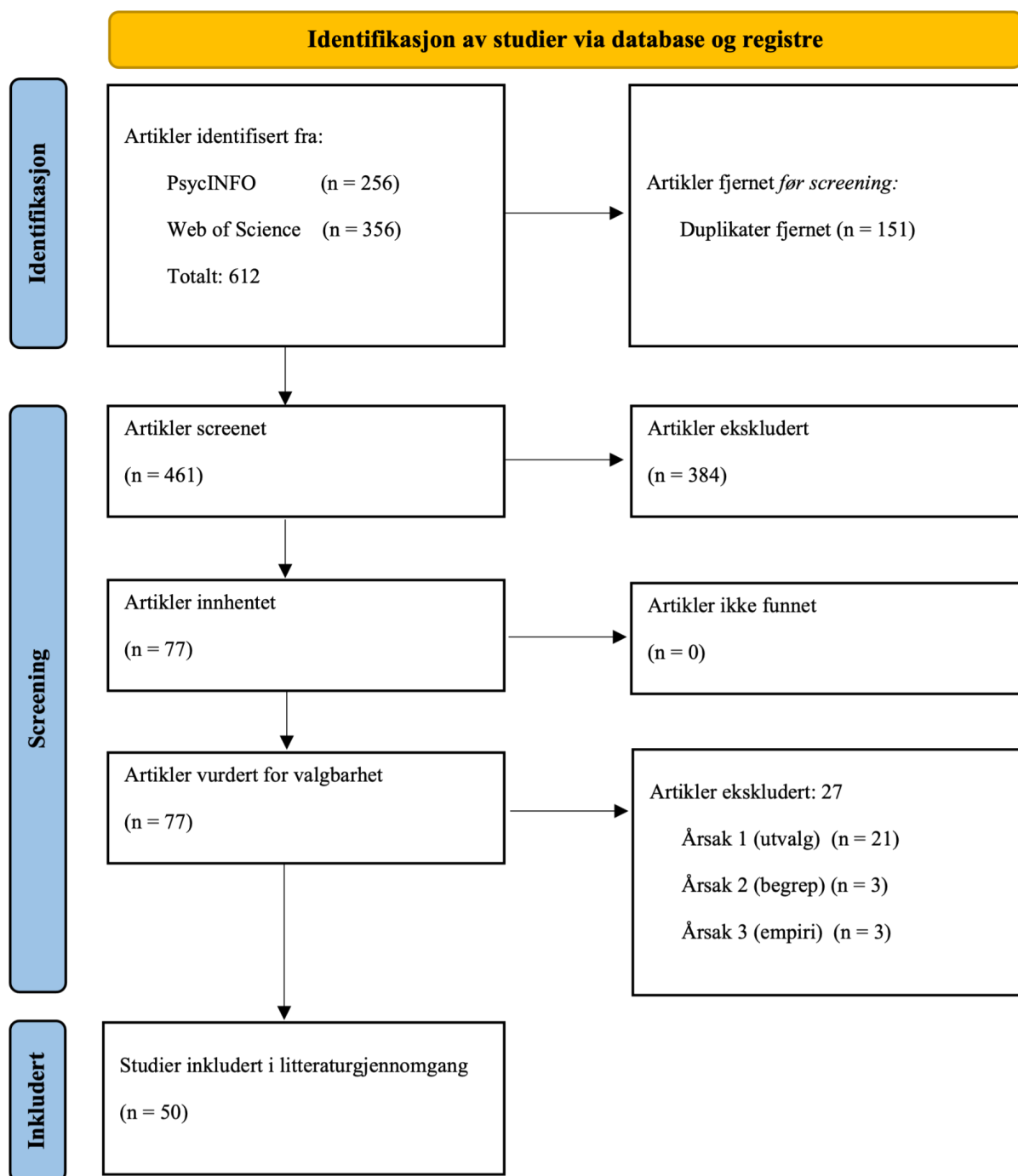
Forfatter (Årstell)	Land	<i>N</i>	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Rzeszutek (2015)	Polen	80	74	PTSD-F	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Saleem & Hawamdeh (2022)	Pakistan	55	42	ProQOL	Terapeutfaktorer	CF
Samios et al. (2012)	Australia	61	84	ProQOL	Terapeutfaktorer	STS
Samios et al. (2013)	Australia	61	84	ProQOL	Terapeutfaktorer	STS
Schauben & Frazier (1995)	USA	148	100	TSI	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	VT
Singh & Hassard (2021)	UK	99	66	ProQOL	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Sodeke-Gregson et al. (2013)	UK	253	72	ProQOL	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	STS
Steed & Bicknell (2001)	Australia	67	69	ProQOL, IES-R	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	CF
Steed & Downing (1998)	Australia	12	100	Intervju	Klientfaktorer	VT
Sui & Padmanabhanunni (2016)	Sør-Afrika	6	67	Intervju	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	VT

Forfatter (Årstell)	Land	N	% Kvinner	Måleverktøy	Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Tominaga et al. (2020)	Japan	230	72	ProQOL, IES-R	Terapeutfaktor, Klientfaktorer, Arbeidsforhold	CF, STS
van Minnen & Keijsers (2000)	Nederland	39	62	TSI, Intervju	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT, STS
Way et al. (2004)	USA	347	60	IES	Terapeutfaktorer, Klientfaktorer	VT
Yip et al. (2017)	Kina	77	88	ProQOL	Terapeutfaktorer	CF
Zeleskov-Doric et al. (2012)	Serbia	68	71	TABS	Terapeutfaktorer	VT
Aafjes-van Doorn et al. (2020)	USA	105/336	88/78	VTS	Terapeutfaktorer, Arbeidsforhold	VT
Aafjes van-Doorne et al. (2021)	USA	339	73	VTS	Terapeutfaktorer	VT

Tabellforklaring. CF = Omsorgstretthet, STS = Sekundærtraumatisering, VT = Vikarierende traumatisering, ProQOL = Professional Quality of Life Scale, TSI = Traumatic Stress Institute Belief Scale, IES = Impact of Events Scale, IES-R = Impact of Event Scale-Revised, STSS = The Secondary Traumatic Stress Scale, CFI = Compassion Fatigue Inventory, CiOQ = Changes in Outlook Questionnaire, PTSD-F = PTSD Questionnaire: Factorial Version, STES = Secondary Trauma Exposure Scale, STSI = Secondary Traumatic Stress Inventory, TABS = Trauma and Attachment Belief Scale, TSC-40 = Trauma Symptom Checklist-40, TWE = Trauma Work Experience, VTS = Vicarious Trauma Survey.

Figur 1

Identifikasjon av studier til litteraturgjennomgang



Notat. Adaptert fra "The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews," av Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al., (2021), *BMJ*, doi: 10.1136/bmj.n71

Appendiks A

Skjema for dataekstraksjon

Tittel**Forfatter(e), årstall, land****Metode** (*Kvalitativ eller kvantitativ, hvilke verktøy ble brukt?*)**Deltakere** (*Antall, kjønn, alder, yrkesgruppe, erfaringslengde*)**Utfallsmål** (*Compassion fatigue, sekundærtraumatisering, vicarious traumatization*)**Teori****Kort beskrivelse av effekt og funn****Svakheter ved studien****Skal den med?** (*Inkludert, ekskludert, kanskje*)**Annet****Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer**

Appendiks B

Resultater fra enkeltstående funn

Differentiation of Self. *Differensiering av selvet* er et begrep hentet fra Bowen familiesystemteori og omhandler individets evne til å opprettholde emosjonell balanse mellom å kjenne seg som et eget selv og å kjenne seg som tilhørende andre. Halevi & Idisis (2018) undersøkte 135 terapeuter med måleverktøyene Differentiation of Self Inventory (DSI) og TSI og fant en sterk negativ korrelasjon mellom sekundærtraumatisering og differensiering av selvet. En regresjonsanalyse viste at 47,4 % av variasjonen i skårer på TSI kunne forklares av differensiering av selvet.

Emosjonell intelligens. Kabunga et al. (2020) ønsket å undersøke om det var en sammenheng mellom terapeuters omsorgstretthet og deres emosjonelle intelligens. De spurte 207 terapeuter ved hjelp av ProQOL og Emotional Competency Inventory (ECI). De fant flere sammenhenger. Den første var mellom sosial forståelse og nivåer av omsorgstretthet, ved at økt sosial forståelse var assosiert med lavere nivå av omsorgstretthet hos terapeuter. Den andre var at økt selvbevissthet var knyttet til lavere nivå av omsorgstretthet. Og den tredje at økte sosiale ferdigheter var forbundet med lavere nivå av omsorgstretthet.

Forsvarsmekanismer. Aafjes-Van Doorn et al. (2021) undersøkte sammenhengen mellom terapeuters forsvarsmekanismer (Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40) og Defense Mechanisms Rating Scale-Self Report-30 (DMRS-SR-30)) og symptomer på sekundærtraumatisering (Vicarious Trauma Survey (VTS)). Resultatene ga støtte til at bruk av modne forsvarsmekanismer kan fungere som en beskyttelsesfaktor, mens høyere nivåer av umodne og nevrotiske forsvarsmekanismer var forbundet med økt risiko for sekundærtraumatisering.

Perfeksjonisme. Perfeksjonistiske holdninger var forbundet med høyere nivå av sekundærtraumatisering målt med ProQOL i studien til Holden & Jeanfreau (2021).

Positive følelser. Lakioti et al. (2020) undersøkte 163 terapeuter med Brief Interpersonal Reactivity Index (B-IRI), PERMA-Profilen og ProQOL, og fant at terapeuter som rapporterte om mer positive følelser hadde mindre sannsynlighet for å oppleve sekundærtraumatisering..

Resiliens. Zeleskov-Doric et al. (2012) fant en negativ korrelasjon mellom sekundærtraumatisering (målt med Trauma and Attachment Belief Scale (TABS)) og resiliens (målt med Adversity Response Profile (ARP)).

Sekundær posttraumatisk vekst. Én studie har målt sekundær traumatisk vekst (ved bruk av Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)) og funnet støtte for at dette kan fungere som en beskyttelsesfaktor gjennom å moderere de negative konsekvensene av sekundærtraumatisering i form av angst, depresjon, opplevd mening og livstilfredshet (Samios et al., 2012).

Compassion satisfaction. En studie har pekt på compassion satisfaction (CS) som en beskyttende faktor. Saleem & Hawamdeh (2021) brukte ProQOL fant en negativ korrelasjon mellom subskalaen for CS og CF.

Tilknytning. I en studie som inkluderte 375 kvinnelige traumeterapeuter fant Marmaras et al. (2003) at tilknytningsstil kunne forklare 28 % av variansen i forstyrrelser av kognitive skjemaer og 15 % av variansen i påtrengende symptomer, hyperaktivitet og unngåelse (IES). Utrygg tilknytning (særlig engstelig og overopptatt tilknytningsstil) var forbundet med mer forstyrrelser i kognitive skjemaer (TSI), mens terapeuter med trygg tilknytningsstil hadde minimalt med slike forstyrrelser.

Vitalitet. Én studie undersøkte sammenhengen mellom vitalitet (målt med Subjective Vitality Scale (VS) og omsorgstretthet (mål med subskalaene for STS og utbrenthet i ProQOL) og fant en negativ korrelasjon, noe som ga støtte til forfatterens hypotese om at vitalitet kan fungere som en beskyttende faktor (Martin-Cuellar et al., 2019).

Negative online terapierfaringer. En studie fant at negative erfaringer med online terapi under COVID-19-pandemien predikerte høyere nivå av sekundærtraumatisering (Aafjes-van Doorn et al., 2020).

Appendiks C

Andre måleverktøy

Compassion fatigue inventory (CFI). Selvrapporteringskjema bestående av 27 spørsmål utviklet av forfatterne (Eng et al., 2021), og bygger på tidligere konseptualisering av omsorgstretthet (Coetzee & Klopper, 2010; Coetzee & Laschinger, 2018). Spørsmålene besvares på en fempunkts likert-skala fra *passer ikke i det hele tatt* til *passer perfekt*.

Changes in Outlook Questionnaire (CiOQ). Selvrapporteringskjema bestående av 26 spørsmål som måler positive og negative endringer på hver sin skala. Besvares på en sekspunkts likert-skala fra *sterkt uenig* til *svært enig* (Linley et al., 2005).

PTSD Questionnaire: Factorial Version (PTSD-F). Selvrapporteringskjema med 30 spørsmål som måler kvantitative psykometriske nivåer av traumesymptomer. Spørsmålene samsvarer med tre subskalaer: påtrengende tanker/fysiologisk aktivering, unngåelse og en global skala fra alle spørsmålene. Besvares med en firepunkts likert-skala fra *aldri* til *alltid*. Rapporteres å ha god reliabilitet (Rzeszutek et al., 2015).

The Secondary Trauma Exposure Scale (STES). Selvrapporteringskjema utviklet for og av forfatterne av studien som måler variasjon, omfang, hyppighet og proporsjon av indirekte eksponering for traumer. Spørreskjemaet lister opp ti ulike traumatiske hendelser som testpersonen skal svare *ja* eller *nei* på om det har blitt eksponert for i terapiforløp. Videre må testpersonen angi hvor mange klienter som har opplevd de ulike traumatiske hendelsene på en skala fra *ingen* til *flere tusen* (Cieslak et al., 2013).

Secondary Traumatic Stress Inventory (STSI). Modifisert utgave av Post Traumatic Stress Disorder Checklist-5 (Oginska-Bulik et al., 2022). Det er et selvrapporteringskjema som består av 20 spørsmål vedrørende påkjenninger av å hjelpe andre og PTSD-symptomer. Spørsmålene besvares på en fempunkts likert-skala fra *ikke tilstede* til *sterkt tilstede* (Oginska-Bulik et al., 2022)

Trauma and Attachment Belief Scale (TABS). Videreutvikling av TSI gjort av Pearlman i 2003. Selvrangeringskjemaet inneholder 84 spørsmål om egen sikkerhet, tillit til andre, selvfølelse, intimitet og opplevelse av kontroll, som besvares på en sekspunkts likert-skala fra *sterkt uenig* til *sterkt enig* (Zeleskov-Doric et al., 2012).

Vicarious Trauma Survey (VTS). Selvrangeringskjema bestående av åtte spørsmål angående belastninger knyttet til å arbeide med traumatiserte klienter. Besvares med en syvpunkts likert-skala fra *sterkt uenig* til *sterkt enig*. Rapporteres å ha sterke psykometriske egenskaper (Aafjes-Van Doorn et al., 2021).

Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). Selvrangeringskjema bestående av 40 spørsmål som undersøker omfanget av traumespesifikke symptomer. Måleverktøyet består av seks subskalaene: angst, depresjon, dissosiering, seksuelt misbruk, seksuelle problemer og søvnforstyrrelser. Rapporteres å ha god reliabilitet og å kunne skille mellom seksuelt misbrukte og ikke-misbrukte i kliniske og ikke-kliniske utvalg, samt anslå kumulativ effekt av traume (Follette et al., 1994).

Trauma Work Experience (TWE). Selvrangeringskjema som anslår frekvensen og omfanget på terapeutens arbeid med traumeklienter. Besvares ved å anslå hvor mange prosent av arbeidstiden i løpet av en måned man brukte med traumeklienter på en fempunkts likert-skala fra *0-20%* til *80-100%* (Linley et al., 2005).